

00669

5



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

Facultad de Contaduría y Administración

Facultad de Química

Instituto de Investigaciones Sociales

Instituto de Investigaciones Jurídicas

Tesis

**Actitud Ética en la Atención Médica con Pacientes
Críticos de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del
Hospital 1° de Octubre I.S.S.S.T.E.**

Que para obtener el grado de:

Maestro en:

**Ciencias de la Administración
(Sistemas de Salud)**

Presenta: Guadalupe Ruíz Pérez

Director de tesis: MAO. Jesús Octavio Muñoz Jiménez

México, D.F.

1

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2003.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

Facultad de Contaduría y Administración

Facultad de Química

Instituto de Investigaciones Sociales

Instituto de Investigaciones Jurídicas

Tesis

**Actitud Ética en la Atención Médica con Pacientes
Críticos de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del
Hospital 1° de Octubre I.S.S.S.T.E.**

Que para obtener el grado de:

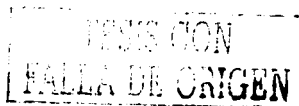
Maestro en:

**Ciencias de la Administración
(Sistemas de Salud)**

Presenta: Guadalupe Ruíz Pérez

Director de tesis: MAO. Jesús Octavio Muñoz Jiménez
Asesor de apoyo: Dr. Ramón Echenique Portillo
Asesor de apoyo: Dr. Luis Berruecos Villalobos

México, D.F.



2003

2

RESUMEN (ABSTRACT)

Se requiere mejorar la calidad de atención médica en los hospitales públicos de México. Dentro de los factores que influyen en la misma, son de vital importancia la ética organizacional y las actitudes éticas al momento de prestar el servicio médico en las áreas de Medicina Crítica, esto permite la eficiencia en los procesos, aumenta la competitividad y permite una rápida acreditación en el área de la salud pública y privada.

No se han documentado modelos para el estudio de las actitudes éticas en los servicios de salud.

En este trabajo de tesis se propone un modelo basado en el marco teórico expuesto en cuatro capítulos, la experiencia académica y laboral en el área de Cuidados Intensivos por parte de la alumna y en un método estadístico actualizado para la medición actitudinal ética; en este caso, del personal médico de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y de los familiares de pacientes en estado crítico. Se utilizó para ello un instrumento de investigación tipo encuesta con reactivos referentes a la conducta ética ante una situación crítica en ambos grupos. Se midieron estas actitudes con el método estadístico de Ecuaciones Estructurales, abarcando tres dimensiones importantes: A) de Compromiso Ético, B) de Compromiso Axiológico y C) de Compromiso con la Calidad del Servicio; posteriormente se validaron sus respectivos resultados y son notables las tendencias que dirigen las acciones para mejorar la ética en la atención médica y la calidad en el servicio de UCI, así como mejorar las expectativas sobre la unidad, comunicación intrafamiliar e informe médico en el grupo de familiares de pacientes críticos.

En las conclusiones se proponen acciones como la participación de comités hospitalarios, implementación de un código de ética hospitalario, plan de vigilancia ética, enseñanza y aprendizaje sobre ética, apoyo de servicios y actitudes específicos con el fin de mejorar los procesos y el control del programa integral de ética hospitalaria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

RESUMEN (ABSTRACT)	6
INTRODUCCIÓN	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
MARCO TEÓRICO	11

CAPÍTULO I. CONCEPTOS DE ÉTICA, VALORES Y DERECHOS HUMANOS

1.1. Concepto de Ética	11
1.2. El Pensamiento Histórico de la Ética	13
1.3. Conceptos y Teorías sobre los Valores.....	21
1.4. Conceptos sobre Derechos Humanos.....	26
1.5. Historia de los Derechos Humanos.....	33
1.6. Ética, Derecho, Medicina y Sociedad.....	43

CAPÍTULO II. ÉTICA, MEDICINA, TECNOLOGÍA, BIOÉTICA, TANATOLOGÍA Y EUTANASIA

2.1. Ética y Tecnología Médica.....	58
2.2. Bioética y Medicina.....	64
2.3. Ética y Tanatología	74
2.4. Ética y Eutanasia	92

CAPITULO III. ÉTICA Y DERECHOS HUMANOS EN LOS PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO

3.1. Qué es el Paciente en Estado Crítico.....	104
3.2. Ética y el Paciente en Estado Crítico	104
3.3. Derechos Humanos del Paciente en Estado Crítico.....	118
3.4. El Médico y los Conflictos Éticos en la Unidad de Cuidados Intensivos	124

CAPITULO IV. ÉTICA, CALIDAD Y ATENCIÓN MÉDICA DEL PACIENTE CRÍTICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO.

4.1. La Ética en la Unidad de Cuidados Intensivos como Factor de Calidad.....	141
4.2. Calidad de la Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos.....	149

4.3. Las Unidades de Cuidados Intensivos en México	165
4.4. El Sistema Administrativo del Hospital Público en México y la Unidad de Cuidados Intensivos.	174

CAPÍTULO V. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. Objetivos de la Investigación.....	194
5.2. Hipótesis	194
5.3. Tipo de Población (Universo Problema).....	195
5.4. Especificación de Variables	197
5.5. Criterios de la Unidad de Análisis.....	197
5.6. Elaboración y Desarrollo de Instrumentos.....	198
5.7. Validación de Instrumentos	206
5.8. Resultados y Análisis	209

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	340
---	------------

PROPUESTAS DE SOLUCIÓN	351
-------------------------------------	------------

FUENTES DE CONSULTA	368
----------------------------------	------------

GLOSARIO	385
-----------------------	------------

ANEXOS	389
---------------------	------------

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Fuente de vida, por permitirme vivir esta gran experiencia.

A mis Padres:

Con gran cariño y respeto, por ser mis grandes maestros de vida y contar siempre con su amor y apoyo incondicionales.

A mis hermanos (as) y amigos (as):

Por acompañarme en mis trabajos y éxitos.

Agradecimiento especial:

A Jesús Octavio Muñoz Jiménez por compartirme sus ideas, emociones y conocimientos tan valiosos durante estos años y por alentarme continuamente.

A Ramón Echenique Portillo por su sencillez, comprensión e interés para leer de principio a fin esta tesis y por aclarar mis confusiones en los momentos más difíciles durante la realización de este trabajo.

A Luis Berruecos Villalobos por su enseñanza en la Metodología de la Investigación con la cual me fue posible ordenar y estructurar esta amplia tesis y por la revisión y sugerencias realizadas.

A Héctor J. Carrillo Villa y Marisol Cervantes por su interés y amistad para finalizar esta tesis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¡Gracias por siempre!

Guadalupe

INTRODUCCIÓN

La actitud ética en la Unidad de Cuidados Intensivos es un factor importante en la calidad de la atención médica. La pregunta es, ¿qué grado de actitud ética prevalece en la UCI del Hospital 1° de Octubre, ISSSTE? ya que el planificar la forma de inducir al grupo médico que labora y a los usuarios hacia una conducta ética permanente, parte del clima ético encontrado, el cual, si está en grados alto o medio, sólo debe motivarse; y si está en grados bajo o deficiente, entonces debe considerarse todo un plan de formación, control y aplicación de las conductas éticas en el área.

Los gerentes o "managers" en las organizaciones de salud, diariamente toman decisiones y realizan acciones que tienen consecuencias para los individuos, las entidades que representan y las comunidades a las cuales sus organizaciones sirven. Al tomar decisiones y llevar a cabo acciones, la dirigencia necesita tener estándares éticos bien desarrollados, los cuales deben ser aplicados en el contexto de la filosofía y la cultura de las organizaciones de salud en las cuales trabajan. La ética no tiene un alto costo. La ética se vuelve un rasgo de personalidad. Se incorpora al sistema de valores de quien la practica. Influye en todos los aspectos de la vida. Es un rasgo que hay que ganarse. Perderla es fácil, ganarla es un poco más difícil. El gran desafío para el tercer milenio, es la recuperación de la vigencia de los paradigmas clásicos de la moralidad.

Lo dañino del incremento y popularización de una conducta intemperante y antiética es que promueve un falso modelo de éxito, con la consecuencia de que va degenerando las bases de la cultura corporativa y social. Este fenómeno, precisamente es lo que ha marcado la decadencia y desaparición de las más famosas sociedades e imperios de la historia. Por eso, es de gran ayuda que el riesgo y consecuencias de este popular paradigma pueden y deben enfrentarse con el establecimiento y promoción de un sólido código de moralidad y conducta ética en las organizaciones, junto con la educación continua dirigida y modelada de manera coherente desde las instancias de liderazgo de la sociedad toda. Con un esfuerzo oportuno y consistente en este sentido se puede lograr un verdadero desarrollo económico, social y cultural.

Existen principios absolutos para cualquier estructura ética, en lo que concierne al ser humano en sí. Éstos incluyen la autonomía de decisión, individualidad, igualdad de derechos y la práctica de deberes elementales como el no dañar a nada ni nadie (sin absoluta necesidad). El estudio y la enseñanza de estos principios mínimos de convivencia es el fundamento de la ética social. Los tres grandes principios éticos son:

haz el bien y evita el mal; no hagas a otro lo que no desees que hagan contigo; haz a los demás lo que desees que hagan contigo.

El respeto a los derechos individuales llega hasta donde los actos de las personas comienzan a lesionar el bien común. La ética autónoma es la capacidad de la persona para actuar en forma consistentemente moral, sin influencias externas e independientes de la voluntad y que se imponen por la sanción, que puede ser política, social o religiosa. Los principios fundamentales de la ética natural son: Inviolabilidad del ser humano, igualdad de derechos y respeto a la integridad personal.

El médico debe poseer características esenciales: amor por el enfermo, bondad con el ser humano, conocimiento científico y respeto por la persona. Habiendo superado las etapas históricas del médico como sacerdote, hechicero o mago, científico frío con conocimientos aplicables; debe ser funcionario social, un dirigente, un amigo de los enfermos, que se preocupa por el mejoramiento de las personas y conglomerados humanos. La ética médica no dicta decisiones, ofrece enfoques sistemáticos de problemas morales. El médico no puede darse el lujo de renunciar a sus principios en la forma en que está siendo obligado (por presión legal, económica, burocrática o social) por el concurso de "éticas" que vive nuestra sociedad. El médico debe preservar la dignidad y la ética de la profesión a pesar del acoso de nuevos "dioses" de la sociedad actual.

"El médico competente no anuncia su competencia: la demuestra. El médico humanitario no anuncia su compasión: la practica".

El aparato conceptual ético de algunas naciones se fundamenta en los principios éticos del informe Belmont: Autonomía (la persona está en capacidad de autogobernarse correctamente), de beneficencia (debe ofrecerse a la gente lo que beneficie y no ocasionarle el mal) y de justicia (todos los seres humanos son iguales en derechos). Los deberes "prima facie" son aquéllos que hay que cumplir siempre y los deberes efectivos son los que surgen de cada circunstancia. El método de valoración ética parte siempre del análisis de todos los hechos y circunstancias que rodean al paciente y su enfermedad, el problema que se afronta es situacional. Existen métodos de ética clínica que siguen pasos para recopilar los hechos del caso, recopilar los valores de las partes involucradas, definir los principales conflictos de intereses y valores, descubrir las medidas que protegen el mayor número de valores e intereses de las partes, planear la forma de actuar, sostenerse y defender la decisión que se tome. Otras formas evalúan: las circunstancias médicas, opciones terapéuticas, riesgos posibles, conocer las preferencias del paciente,

incluyendo su capacidad de decisión, sopesar el tipo de calidad, analizar los factores económicos y sociales.

Tanto la familia como las instituciones y organizaciones sociales enfrentan un reto permanente por sobrevivir. En las postrimerias de este milenio todavía tenemos que discutir cuestiones esencialmente básicas para la convivencia social humana. La necesidad de un ejercicio ético se debate en los foros profesionales, empresariales y políticos. Muchos argumentos se levantan para justificar actitudes y comportamientos que dejan mucho que desear en los campos privado y público. La responsabilidad por el rescate de los valores y principios legítimos que pueden dar continuidad y prosperidad a nuestra civilización sigue siendo de cada individuo. Más que apelar a la institucionalización de los códigos de conducta moral desde los testamentos de poder, o desde las oficinas ejecutivas de las grandes corporaciones, la ética debe ser parte de la educación del individuo desde su infancia, reforzada especialmente por la educación familiar y formal. Si queremos una gerencia más íntegra, éticamente efectiva hay que comenzar desde ahora por educar en los principios éticos a las generaciones de médicos y personal hospitalario que posteriormente serán coordinadores de áreas o directivos; para que a su vez promuevan y transmitan a otros trabajadores la actitud ética en las diferentes áreas y logren así, incorporarla a la estructura de la organización.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se requiere urgentemente mejorar los servicios de salud.

Un factor que influye en la eficiencia de los servicios de salud es la disposición ética tanto del personal médico como de los usuarios.

Son múltiples los factores que influyen en la calidad de la atención médica, sin embargo el factor ético es trascendente para su mejoría.

Por lo que resulta necesario conocer la disposición ética existente tanto en el personal médico como en los usuarios del servicio, mediante cuestionarios de aplicación directa; lo que permitirá identificar las actitudes en relación con la conducta ética en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Una vez verificada la disposición ética es posible:

- a) Si existe, motivar su práctica.
- b) Si hay poca disposición ética, considerar un proceso de formación para que se refuerce y considere dentro de la atención médica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

CONCEPTOS DE ÉTICA, VALORES Y DERECHOS HUMANOS.

1.1. Concepto de Ética.

La ética es la rama de la Filosofía que comprende la parte teórico-práctica de los actos humanos en relación con el equilibrio entre el bien estar y el bien ser. Orienta hacia la actitud correcta del individuo para vivir bien.

La palabra ética deriva del griego *éthos* (ἔθος) que quiere decir costumbre, carácter, modo de ser y se considera como la actitud de la persona hacia la vida. En un principio significó morada o lugar de habitación, más tarde, en la época de Aristóteles el vocablo se personalizó para señalar un lugar íntimo, el sitio donde se refugia la persona, como también lo que hay allí dentro, la actitud interior, el carácter. Siendo así, *éthos* (ἔθος) es la raíz o fuente de todos los actos particulares. El sentido griego original se perdió más tarde al pasar al latín pues se transformó por *mos*, *moris*, significado casi sinónimo de habitus, una práctica, un comportamiento, una conducta. Por su parte, la forma plural *mores* quería significar lo externo, las costumbres o los usos. La ética tiende a ser universal, por la abstracción de sus principios, pudiéndose interpretar como la reflexión de la conciencia. La ética es la disciplina que se ocupa de la moral, de algo que compete exclusivamente a los actos humanos y que los califica como buenos o malos, a condición de que ellos sean libres, voluntarios y conscientes, pudiendo entenderse como el cumplimiento del deber; vale decir, relacionarse con lo que uno debe hacer o no debe hacer.

Los actos humanos

Según Gutiérrez Saenz¹ existen dos tipos de actos, los Actos humanos y los Actos del hombre.

1. Los "Actos Humanos". Se ejecutan consciente y libremente, es decir, en un nivel racional. Se originan en la inteligencia y la voluntad.

¹ Gutiérrez Sáenz, Raúl. "Introducción a la ética." México. Ed. Esfinge, pp. 77 a 79. Año 1995.

2. Los "Actos del Hombre". Carecen de conciencia o de libertad, o ambas cosas. Estos actos carecen de moral (son amorales) por tanto, no pueden juzgarse desde el punto de vista moral como buenos o malos.

Todo acto humano conlleva un elemento psíquico: el "Fin" o "intención", que es el objetivo o finalidad por la cual se realiza un acto humano.

- a. Cuando significa objetivo, suele considerarse el fin próximo².
- b. Cuando hablamos del fin como intención o finalidad, podemos referirnos al fin intrínseco del acto³.

El concepto de "bueno" en general, significa cualquier acción, cualquier objeto que contribuya a la obtención de un fin deseable. El "bien" es una propiedad de ser en cuanto tal. El "bien moral", es algo propio del hombre y de sus acciones libres.

La bondad ética⁴ es un calificativo referido a los actos humanos, cuando llenan las condiciones especificadas por la ética. La bondad ética es todo aquello que perfecciona la naturaleza y los actos humanos.

La bondad ontológica⁵ existe en cualquier objeto en tanto que se presenta como atractivo para la voluntad. En la bondad ontológica todo ente es bueno solamente por existir.

Las acciones que lesionan los fines esenciales de la naturaleza humana son intrínsecamente malas; las que los favorecen son buenas.

El bien y lo bueno nos proporcionan felicidad, pues gracias a eso y a muchas otras cosas, hacemos brotar nuestro ser y sacamos a relucir lo que apenas estaba en germen. Entonces, lo que hace brotar nuestro ser es bueno y lo que le anule es malo.

El amor es lo bueno por excelencia, pues se vuelca por entero a la felicidad de los seres amados y para conseguirlo da lo mejor de sí mismo, con lo cual obtiene a la vez su propia felicidad. Ser feliz en el fondo es sentir que se ama y se es amado y que a través de ese amor se llega a una plenitud de la existencia. Lo bueno consiste en incrementar la realidad propia y la de los demás para gozar al máximo de la conquista de la realidad, el mal consiste en poner el empeño en destruirse a sí mismo y en destruir a los otros directa o indirectamente, tal como ocurre en el comercio con la drogadicción, pereza, envidia, maledicencia, mentira, calumnia, egoísmo. El bien ético es aquél que se consigue a través de la elección consciente, razonada y libre, de todo cuanto favorezca el acrecentamiento

² <http://www.monografias.com/trabajos6/etic.shtml>.

³ <http://www.monografias.Ref.cit>.

⁴ <http://monografias.com/trabajos6/etic/etic2.shtml>.

⁵ <http://monografias.Ref.cit>.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de la existencia nuestra, la de los demás y de la naturaleza entera; significa además, eludir equívocas tentaciones placenteras y a menudo el mero gusto por destruir al prójimo que se evidencia en la maledicencia o en alegría ante su desgracia. Atentar voluntariamente contra el bien de otros hombres o de la naturaleza es como atentar contra uno mismo.

1.2. El pensamiento histórico de la ética.

Ética de Sócrates (Filósofo griego, nació en Atenas, año 470 a.C. y murió en Atenas año 399 a.C.).

Sócrates⁶ adoptó un nuevo modo de vida: la meditación sobre lo que son las cosas de la vida. Con lo cual lo "ético" no está primariamente en aquello sobre que lo medita sino el hecho mismo de vivir meditando.

Atribuía todo a la razón sublime del hombre y veía la fuente de la ética en la armonía interior entre la razón, los sentimientos y pasiones. La "virtud", la concebía como la fuerza que nos permite adelantar por el camino del desenvolvimiento intelectual en las artes, ciencias y ramas de la actividad creadora; por eso es preciso, en primer lugar, el conocimiento: no solamente el conocimiento científico natural sino también la comprensión de la vida social y las relaciones mutuas entre los hombres⁷.

La virtud⁸ procede del conocimiento ético que es realmente bueno, da al hombre la posibilidad de vivir sin oprimir a los demás, tratándolos con justicia. Los bienes falsos son los bienes externos, más o menos materiales; los verdaderos, son los valores anímico-espirituales. Entre los primeros hay que incluir la riqueza y los honores; entre los segundos, la verdad y la prudencia.

Da un lugar preferente a la *areté* (ἀρετή).⁹ Se considera la *areté* equivalente a la virtud.

El hacer lo correcto es lo mejor para la persona y si alguien hace lo contrario, es porque no lo ha meditado suficientemente; nadie comete voluntariamente el mal, ésta es la famosa negativa a la existencia de *akrasia* (ἀκρασία) o debilidad de la voluntad.¹⁰

⁶ <http://www.zubiri.org/works/spanishworks/nhd/socratesysabiduria.htm>.

⁷ Vela, Argüelles. "Ética", México. Ed. Porrúa. p. 46.

⁸ Vela, Argüelles. Obra citada. p.46.

⁹ Singer, Peter. "Compendio de ética". Madrid, España. Ed. Alianza. Cap. 10 p. 187. Año 1995.

¹⁰ Singer, Peter. Obra citada, p. 187.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A Sócrates¹¹ se le considera el fundador de la Ética debido a su insistencia en temas como: virtud, bondad, santidad y justicia; teniendo como lema la frase del oráculo de Delfos: "Conócete a ti mismo".

En su otra teoría de la cadena de injusticias¹² establece que: más vale sufrir una injusticia que cometerla; asimismo no prohíbe la propia y legítima defensa, lo que prohíbe es la defensa a base de nuevas injusticias.

Ética de Platón (Filósofo griego, nació en Atenas en el año 427 a. de C. y murió en Atenas el año 348 a. de C.).

"Según Platón¹³, el bien es un elemento esencial de la realidad. El mal no existe en sí mismo, sino como reflejo imperfecto de lo real, que es el bien. En sus diálogos (primera mitad del siglo IV a. de C.) mantiene que la virtud humana descansa en la aptitud de una persona para llevar a cabo su propia función en el mundo. El alma humana está compuesta por tres elementos: el intelecto, la voluntad y la emoción; cada uno de los cuales posee una virtud y juega un papel específico en la persona buena. La virtud del intelecto es la sabiduría, o el conocimiento de los fines de la vida; la de la voluntad, es el valor, la capacidad de actuar, y la de las emociones es la templanza, o el autocontrol. El intelecto ha de ser el soberano, la voluntad figura en segundo lugar y las emociones en el tercer estrato, sujetas al intelecto y a la voluntad. La persona justa cuya vida está guiada por este orden, es por lo tanto una persona buena".

Según el diccionario de la Real Academia Española¹⁴ (edic. 21ª) "virtud" es el hábito de obrar bien, por disposición constante del alma a las acciones conformes a la ley moral.

La virtud como sabiduría¹⁵: quien adquiere esta virtud alcanza un "saber" de orden superior; se trata del conocimiento de las ideas de Bien, Justicia, Valor, Piedad y Belleza que representan la cumbre del alma humana. Existe lo justo en sí y es independiente de la cultura, tradiciones o sociedades.

La virtud como purificación¹⁶: el hombre virtuoso es aquél que purifica el alma de las pasiones y prescinde cada vez más del cuerpo para poder acceder mejor al mundo de

¹¹ José Hernán Albornoz. "Ética para Jóvenes".

<http://www.geocities.com/HotSprings/Resorts/3291/ARISTOS.html>.

¹² Gutiérrez Sáenz, R. Obra citada. pp. 226 y 227.

¹³ Dell' Ordine, J. L. "Ética". <http://www.monografias.com/trabajos/etica/etica.shtml#escu>.

¹⁴ Real Academia Española. "Diccionario de la Lengua Española". Madrid, España. Ed. Brosnac. S.L. p. 1487. Año 1996.

¹⁵ <http://sapiens.yacom/webfilosofia/plato2.htm>.

¹⁶ <http://sapiens.Ref.cit>.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

las ideas. La vida buena y virtuosa es una vida mixta en la que hay que saber aceptar el placer con moderación.

La virtud como armonía¹⁷: la justicia es la virtud fundamental que consiste en el acuerdo de las tres partes del alma como si fueran los tres términos de una armonía musical. La virtud es la salud, la belleza y bienestar del alma y la justicia es la armonía del hombre. La virtud se divide en tres categorías: prudencia, fortaleza y templanza. La justicia es la armonía y síntesis de todas las virtudes.

Las ideas son seres espirituales, perfectos, subsistentes, modelo de todo ente material. Los entes materiales de este mundo no valen, no son seres propiamente dichos; son un pálido reflejo de aquellas ideas.

En la teoría acerca del hombre, cada persona existe desde antes de su nacimiento en este mundo¹⁸. Las almas espirituales viven una especie de paraíso en contemplación de las ideas, plenas de conocimiento; pero por castigo de los dioses, han sido condenadas a vivir en este mundo encarceladas en un cuerpo material. El hombre tiene que purificarse respecto a lo material; pero a su muerte reencarnará en otro cuerpo y así sucesivamente hasta que logre purificarse por completo (metempsicosis o transmigración de las almas). La unión con el cuerpo ha producido el olvido de las ideas. El proceso según el cual aprender es recordar recibe el nombre de anamnesis.

La idea del Bien es la cumbre de todas las ideas. Ella debe ser el centro de toda nuestra actitud práctica. Se debe aspirar a ella y purificarse de todo lo material.

El "eros" (*ερος*) platónico es el amor que sublima al hombre, lo espiritualiza y lo acerca al mundo de las ideas en cuyo centro está el Bien, confundido con la Belleza.

La teoría ética¹⁹ presentada descansa en la suposición de que la virtud es conocimiento y que éste puede ser aprendido. Dicha doctrina debe entenderse en el conjunto de su teoría de las ideas. Como ya se ha dicho, la idea última es la idea de Dios y su conocimiento de esa idea es la guía en el trance de adoptar una decisión Moral. Conocer a Dios es hacer el Bien. La consecuencia de esto,²⁰ es que aquél que se comporta de forma inmoral lo hace desde la ignorancia.

Esta conclusión deriva de que una persona virtuosa es realmente feliz y como los individuos siempre desean su propia felicidad siempre ansían hacer aquello que es moral.

¹⁷ Ref. cit.

¹⁸ Gutiérrez Sáenz. R.. Obra citada. p.p. 232 y 233.

¹⁹ <http://www.monografias.com/trabajos5/platon2.shtml>.

²⁰ <http://habitantes.elsitio.com>.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ética de Aristóteles (Filósofo griego, nació en Estagira, Macedonia en el año 384 y murió en Calcis, Eubea en el año 322 a. de C.).

A la ética de Aristóteles²¹ se le conoce con los calificativos de ética de bienes, de fines, eudemonista y ética material:

1. Todo arte e investigación científica, lo mismo que toda acción y elección, parecen tender a algún bien; siendo el bien, aquéllo a que todas las cosas aspiran.
2. Siendo en gran número las acciones, muchos serán por consiguiente los fines. Un fin querido por sí mismo será el bien soberano; el conocimiento de ese bien nos permite acertar mejor donde conviene. La mayoría llama a ese bien la felicidad y suponen que es lo mismo vivir bien y obrar bien que ser feliz. Considera la felicidad como meta de la vida. A los bienes que ordenamos para alcanzar otros, los llamó bienes medios. Al bien más elevado, al que no podemos convertir en medio para alcanzar otro bien, lo denominó bien final o supremo. Al bien supremo lo identificó con la felicidad o eudaimonía (ευδαιμονία)²². La felicidad consistía en la posesión de la sabiduría.

Aristóteles sostuvo que la felicidad podría consistir en la posesión del poder²³.

Aristóteles estableció que la felicidad resulta del único atributo humano de la razón.²⁴ Las virtudes son en esencia un conjunto de buenos hábitos; para alcanzar la felicidad, una persona ha de desarrollar dos tipos de hábitos: los de la actividad mental (conocimiento, contemplación) y los de la emoción práctica. Las virtudes morales son hábitos de acción que se ajustan al término medio, el principio de moderación. El término medio es el estado virtuoso entre los dos extremos de exceso e insuficiencia.

Hay dos tipos de fines²⁵: instrumentales, que son las acciones ejecutadas como medios para lograr otros fines; intrínsecos, que son las acciones efectuadas por su valor intrínseco, es decir acciones realizadas por sí y para sí mismas.

La personalidad humana se divide en tres elementos²⁶: pasiones (emociones), facultades (habilidad para sentir tales emociones) y estados de carácter. La virtud es un perfeccionamiento de una facultad humana. Hay dos tipos de virtudes, las dianoéticas

²¹ <http://www.geocities.com/HotSprings/Resorts/3291/ARISTOS.html>. Obra citada.

²² <http://www.geocities.com/HotSprings/Resorts/3291/ARISTOS.html>. Ref. cit. p.3.

²³ <http://www.monografias.com/trabajos5/etica/etica.shtml#escu>. Obra citada.

²⁴ <http://www.monografias.com/trabajos5/etica/etica.shtml#escu>. Obra citada.

²⁵ Patiño G. Susana. "El Profesor como Transmisor de Valores". México. Ed. ITESM Campus Monterrey Centro de Valores Éticos. p. 69.

²⁶ Patiño G. Ref. cit. p. 70 y 71.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(ΘΙΛΑΠΟΕΤΙΛΑΘ) perfeccionan el entendimiento: ciencia, filosofía, prudencia, arte; las éticas (lo no racional, de nuestra alma): fortaleza, templanza y justicia.

Los tipos de justicia son²⁷: a) conmutativa (lo igual por lo igual); b) distributiva, que regula el reparto de bienes, derechos y obligaciones; c) judicial, que regula la aplicación de sanciones por los jueces; d) legal, que regula las relaciones de los ciudadanos con el cuerpo social.

Los bienes se dividen en²⁸: bienes externos (riqueza, honores, fama, poder), bienes del cuerpo (salud, placer, integridad) y bienes del alma (contemplación, sabiduría).

Ética de Santo Tomás de Aquino. (Filósofo y teólogo dominico, nació en Roccaseca entre Roma y Nápoles, Italia en el año 1225 y murió en Fasanova en el año 1274).

“En el siglo XIII, Santo Tomás de Aquino²⁹ afirmó que el primer principio del pensamiento sobre la conducta es que hay que hacer y perseguir el bien y evitar el mal. La voluntad humana está sometida a tres órdenes: en primer lugar el orden de su propia razón, en segundo lugar a las órdenes del gobierno humano, sea espiritual o temporal y en tercer lugar está sometida al orden universal del gobierno de Dios. La ley natural se puede descubrir mediante el ejercicio de la recta razón. La acción recta es la conducta que tiende a promover o de hecho realiza la consumación del ser humano. Las virtudes son aquellos hábitos de acción que conducen a la consumación de la naturaleza racional del agente. Habla de dos tipos de leyes: la natural, encarnada en tendencias naturales del ser humano como la autoconservación, y la ley de Dios que es una fuente suplementaria de disposiciones con las cuales se puede alcanzar el bienestar”.

La idea del fin último natural de toda persona creada es el conocimiento y el amor de la causa primera. Este fin puede ser alcanzado al término de su existencia terrenal, en una vida puramente espiritual. La sanción de la actividad moral es natural e inmanente. La muerte, fija para siempre el alma humana, ya sea en el orden y la bienaventuranza o ya sea en el desorden y la infelicidad³⁰.

Para Santo Tomás la clave de la moralidad radica en la libertad³¹. Tres requisitos para que el hombre pueda ser moral son: 1) La existencia de un código que establezca

²⁷ <http://orbita.stannedia.com/-tododericho/aristoteles2/htm>.

²⁸ <http://www.cibernous.com/autores/Aristoteles/loria/etica/etica.html>. p.2. Singer. Peter. Obra citada. cap. 11 pp. 198-216.

²⁹ Singer. Peter. Obra citada. cap. 11 pp. 198-216.

³⁰ <http://www.vaca.ac.er/acta/1997Nov/guille2.htm>-54k

³¹ <http://www.filosofia.net/materiales/tem/taquino.htm>.

una norma de conducta a seguir; 2) Que el hombre sepa y conozca la norma y 3) Que pueda decidir con libertad.

En esta ética se considera que el ser humano viene de Dios y es criatura divina; su fin es Dios. Estando en posesión de dicho Bien el hombre encuentra su felicidad plena. Ningún otro bien puede calmar la felicidad humana, puesto que se trataría de bienes limitados, caducos (riqueza, placer, honores).

El acto humano³² debe ser voluntario, libre, estructurado por la inteligencia, con tres fuentes de moralidad: el objeto, el fin y las circunstancias. El primero es el contenido mismo del acto. El fin es la intención que tiene quien ejecuta el acto. Las circunstancias son accidentes a la substancia del acto. Para que un acto sea bueno, se requiere que tanto el fin como el objeto sean buenos, que estén de acuerdo con la norma de moralidad.

La norma de moralidad³³ es la recta razón. Así, acto bueno es cuando está de acuerdo con la recta razón.

Se insiste en la conciencia como norma subjetiva de moralidad. Cada persona debe regirse por su propia conciencia, la cual debe formarse de acuerdo con las normas objetivas de moralidad. El hombre con su conciencia es el que rige su acto.

La Ética de Spinoza (Filósofo racionalista y pensador religioso; nació en Amsterdam, Holanda 1632 y murió en la Haya, Holanda año 1677).

El Dios de Spinoza es la naturaleza misma. Dios es la causa activa de todas las cosas, pero actúa según las leyes de la naturaleza³⁴. El alma y el cuerpo son una misma cosa. La gente no conoce los móviles de sus acciones. Las decisiones del alma obedecen a la misma necesidad que las ideas sobre las cosas reales.

En la naturaleza no encontramos nunca el deber ser, sino la necesidad de ser. El conocimiento del bien y del mal no es otra cosa que el sentimiento de la alegría o de la tristeza. La aspiración del hombre es la felicidad.

Según Spinoza, la ética se deduce de la psicología y ésta a su vez de la metafísica. Todas las cosas son neutras en el orden moral. Todo lo que contribuye al conocimiento de la naturaleza del ser humano o se halla en consonancia con la razón humana está prefigurado como bueno.

La razón es necesaria para refrenar las pasiones y alcanzar el placer y la felicidad

³² Gutiérrez Sáenz. R. Obra citada. p. 248.

³³ Gutiérrez Sáenz. R. Obra citada. p. 248.

³⁴ Vela. Argüelles. Obra citada. p. 85.



evitando el sufrimiento. El estado humano más elevado es el amor intelectual de Dios, dado por el conocimiento intuitivo, que es facultad mayor de la razón ordinaria.

El hombre es una parte de la naturaleza³⁵ y, por tanto, el moralista debe ser naturalista. Lo primero que debemos entender, son las causas de nuestras pasiones, para, entendiéndolas, liberarnos de ellas; la mayor felicidad del hombre, y la paz de su alma procede tan sólo de ese completo conocimiento filosófico de sí mismo.

Los seres humanos mantienen su identidad o individualidad por un período limitado de tiempo. Los seres humanos, no pueden ser completamente libres, e inafectados por causas exteriores.

"Un hombre libre en nada piensa menos que en la muerte, y su sabiduría no es una meditación de la muerte, sino de la vida". En la medida en que conocemos, no podemos apeteer sino lo que es necesario, ni podemos satisfacernos enteramente con otra cosa que la verdad. Cuanto más conocemos las cosas particulares, más conocemos a Dios.

Ética de Immanuel Kant (Filósofo, nació en Königsberg – ahora Kaliningrado, Rusia- año 1724 y murió en Königsberg, Prusia, año 1804).

No importa con cuánta inteligencia actúe el individuo, los resultados de las acciones humanas están sujetos a accidentes y circunstancias; la moralidad de un acto no tiene que ser juzgada por sus consecuencias sino únicamente por su motivación ética. Sólo en la intención radica lo bueno. Como principio moral se plantea: "obra de tal modo que la máxima de tu acción sea una ley universal", "obra como si la máxima de tu acción debiera tornarse, por tu voluntad, en ley universal de la naturaleza"³⁶.

Se insiste en que uno ha de tratar a los demás como si fueran "en cada caso un fin, y nunca sólo un medio".

Lo bueno es el cumplimiento del deber. El bien no se relaciona con el ser sino con el deber ser. El deber es la obediencia a la norma moral por respeto a la razón.

Kant estableció los postulados de la razón práctica³⁷:

- 1) Postulado de la libertad: Sólo hay moralidad si hay responsabilidad y sólo hay responsabilidad si hay libertad.

³⁵ Stuart Hampshire. "Spinoza". Ed. Alianza, Madrid. Cap. 4, pp. 88 –127. Año 1982.

³⁶ Vela. Argüelles. Obra citada. pp. 105 y 106.

³⁷ http://culwww.upr.clu/~huma/documentos/DrRojas/10_Kant.html.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 2) Postulado de la inmortalidad del alma: En esta vida no se da la plena coincidencia entre el que hace el bien y la felicidad, en la otra vida pueden coincidir la felicidad y el que hace el bien.
- 3) Postulado de la existencia de Dios: Sólo un Dios justo puede hacer justicia por el bien que hemos realizado, pues en el mundo los humanos somos injustos.

En ésta ética hay un incondicional compromiso con la libertad humana, con la dignidad del hombre y con la concepción de que la obligación moral no deriva ni de Dios, ni de las autoridades y comunidades humanas ni de las preferencias o deseos de los agentes humanos, sino de la razón.³⁸

Se identifica a la buena voluntad como único bien incondicional. No tenemos un conocimiento cierto ni de nuestras máximas ni de las de los demás.

Cada persona es a la vez legisladora y está sujeta a la ley, en el que cada cual es autónomo (se legisla a sí mismo) con la condición de que lo legislado respete el "status" igual de los demás como legisladores.

Kant distinguió entre deberes perfectos e imperfectos. Los primeros valen para todos los agentes en todas sus acciones con otras personas. En los principios de obligación imperfecta dichos agentes no son autosuficientes y por tanto son mutuamente vulnerables.

Conceptos sobre la Ética.

La actitud ética es escoger lo que se debe hacer entre la multitud de acciones naturales que se querría o se podría hacer. El actuar ético correcto se acompaña muchas veces de placer.

Si la salud es uno de nuestros bienes máximos y la ética es la sabiduría de procurar el bien, en ninguna parte puede ella identificarse tanto con un quehacer como en la medicina.

La moral³⁹ es la práctica del individuo que se refiere al modo de realizar las cosas (costumbres). La ética médica es la disciplina que comprende la parte teórica de los actos médicos en el ejercicio de la profesión. La deontología es una disciplina descriptiva y empírica cuyo fin es la determinación de ciertos deberes (lo obligatorio, justo y adecuado) luego entonces la deontología médica es el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico. La bioética es la disciplina que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

³⁸ Singer, Peter. Obra citada, cap. 14 p. 253.

³⁹ Echenique Portillo, R. "Apuntes sobre Ética y Bioética en los negocios". México, Dep. FCA-MASS, 2000.

estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, así como las relaciones del hombre con los restantes seres vivos. Los principios fundamentales de la bioética son: autonomía, beneficencia y justicia; se divide en microética (que comprende el teorema, la práctica y la aplicación; el teorema comprende los antecedentes teóricos e históricos, la práctica examina las técnicas para la aplicación de los principios bioéticos y la aplicación trata del análisis jurídico de los problemas biomédicos) y macroética (que estudia temas como reglamentación de la biotecnología, enseñanza de la bioética, comités de examen ético, investigaciones con seres humanos, regularización de la reproducción, la muerte y su problemática).

El principio de autonomía⁴⁰ se fundamenta en que el enfermo no es un simple ente sino una persona dotada de razón para entender y de voluntad para decidir, hay consentimiento informado si se acepta o rechaza un tratamiento de acuerdo con lo que estima su bien. De tal manera que toda enfermedad es una pérdida mayor o menor de autonomía.

El principio de beneficencia⁴¹ atañe fundamentalmente al médico que debe ser cuidadoso en una preparación científico-técnica excelente y elevados principios con el fin de proporcionar al enfermo la mejor atención posible.

El principio de no maleficencia⁴² supone justamente no hacer daño al enfermo por respeto a la dignidad de la persona humana.

El principio de justicia involucra sobre todo a la sociedad o al Estado, e implica procurar recursos suficientes para que todos tengan acceso fácil a la salud.

1.3. Conceptos y teorías sobre los valores.

Valores y Principios morales

J. Hessen⁴³, expresó que nuestros juicios morales de valor pueden ser producto de un conocimiento discursivo - racional pero, sobre todo, deben basarse en una experiencia y aprehensión inmediata, emocional. Hutcheson⁴⁴, sostiene que el sentido moral percibe las cualidades valiosas de una acción o de una intención. El conocimiento del valor, sería

⁴⁰ Echenique Portillo. R. Ref. cit.

⁴¹ Echenique Portillo. R. Ref. cit.

⁴² Echenique Portillo. R. Ref. cit.

⁴³ <http://www.encolombia.ref.cit> P. 5.

⁴⁴ <http://www.encolombia.ref.cit> p. 5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

producto de la intuición sensible; pero el conocimiento adquirido por conducto del sentido moral (la conciencia) sería producto de la intuición no sensible o espiritual.

Para Risieri Frondizi⁴⁵, los valores no son cosas, ni vivencias, ni esencias; son valores, es decir, propiedades o cualidades *sui géneris* que poseen ciertos objetos llamados bienes, éstos, a su vez, equivalen a las cosas valiosas. Esas cualidades son irreales, sin corporalidad, valiosas o estimables en sentido espiritual, abstracto. Para considerarse como tales deben poseer características propias, aceptadas por algunos y registradas⁴⁶ por Ferrarter Mora en su Diccionario de Filosofía, así:

1. Ser valentes.
2. Tener objetividad. Pese a no ser cosas reales, los valores poseen objetividad dado que son deseables, valiosos.
3. Tener polaridad. Tener un contrario o disvalor.
4. Tener cualidad. Siendo imposible de cuantificar.
5. Tener jerarquía. Hay valores inferiores y superiores. Esta cualidad permite que exista una tabla o sistema de valores.
6. Tener dependencia. Hacen siempre referencia al ser; no pueden existir sin apoyarse en objetos reales.

¿Para qué sirven los valores? Sirven de fundamento a las reglas con las cuales el individuo gobierna sus propias acciones. Esas reglas son los principios morales. Ha de tenerse en cuenta que un firme sistema de valores y principios es indispensable cuando se quiera adoptar una resolución razonable, ética. Tener conciencia de lo moralmente valioso es facilitar el cumplimiento del deber.

Para Cicerón⁴⁷, el más importante de los principios es el que tiende a mantener la sociedad y a fomentar la unión entre los hombres: la justicia y la beneficencia. Para los utilitaristas, como Jeremías Bentham⁴⁸, aquéllo que produce el mayor bien posible se identifica con el deber. Sólo el placer es bueno, - dice - sólo en él consiste la felicidad humana y toda acción se ha de juzgar correcta o incorrecta en función de su tendencia a aumentar o disminuir la felicidad de los interesados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁴⁵ Risieri Frondizi. "¿Qué son los valores?." Santiago. Ed. F.C.E. Año 1993.

⁴⁶ <http://www.encolombia.ref.cit>, p. 5.

⁴⁷ Cicerón, Marco Tulio: "Sobre los deberes". España. Madrid Ed. Tecnos. Año 1989.

⁴⁸ <http://www.encolombia.ref.cit>, p. 6.

Valores

"Valor"⁴⁹. - Es la cualidad que poseen algunas realidades, llamadas bienes, por lo cual son estimables".

Aceptar la vida humana como principal valor ético, seguido de la salud, es una propuesta no carente de lógica:

a) La ética es una disciplina antropocéntrica, al igual que la medicina. b) El hombre siempre ha sido considerado como el Bien Mayor de la Naturaleza y, por lo tanto, sirve de vehículo a valores, entre los cuales la "vida y la salud" son los más valiosos, poseen sus contrarios o antivalores, que son la "muerte y la enfermedad". c) Se acepta que los valores, para ser considerados como tales, requieren tener una existencia virtual, requisito que llenan la vida y la salud, pues están sostenidas en un ser real, en algo corporal, que es el cuerpo humano.

Tanto la vida como la salud podrían quedar clasificadas como valores biológicos, vitales.

Decía Descartes⁵⁰ que la salud es sin duda el primer bien y fundamento de todos los demás bienes de esta vida.

No obstante que la medicina sea considerada una ciencia natural, en el fondo tiene mucho de ciencia moral, espiritual, pues lo que busca es propiciar el bien del hombre; vale decir, es humanitaria. Vida y salud son valores morales.

La felicidad, es lo que puede experimentar una persona cuando tiene vida con salud. Son los bienes supremos, lo más importante para alcanzar la felicidad.

Los valores son tales porque guardan una relación armoniosa con el ser humano.

El valor moral perfecciona a las personas en cuanto a tal y se enclava en el núcleo de la identidad personal. La persona con valor moral manifiesta una triple armonía; no hay autoengaño ni falsas posturas hacia los demás, y los tres niveles: pensamiento, palabras y acciones, expresan los mismo, la naturaleza que se realiza en forma armoniosa. La persona que actúa con un nivel moral positivo tiene puesta su atención en el valor moral intrínseco del acto que ejecuta y no del beneficio personal que traerá consigo.

Un acto honesto⁵¹ es una acción que posee un valor intrínseco y, además se

⁴⁹ Real Academia Española. Obra citada. p. 1460.

⁵⁰ <http://www.encolombia.ref.cit. p. 11>.

⁵¹ <http://www.monografias.com/trabajos6/etic/etic2.shtml>.

ejecuta dentro de una actitud de benevolencia, desinterés y generosidad que procede del núcleo de identidad personal del individuo.

Cuando cada persona crea sus propios valores y por tanto es imposible hablar de un criterio moral único que rija por igual a todos los seres humanos, se habla de relativismo moral.

El amoralismo corresponde a las acciones carentes de valor moral. A este plano corresponden los actos del hombre que permanecen en un plano inferior al de los actos humanos.

Dentro de la clasificación de los valores⁵² se dividen en:

1. Infrahumanos.- Los que perfeccionan al hombre en sus estratos inferiores. Por ejemplo: placer, fuerza, agilidad.
2. Inframorales.- Aquéllos exclusivos del hombre que perfeccionan los estratos que sólo posee un ser humano como son: económicos, no éticos (verdad, inteligencia, ciencia), estéticos, sociales.
3. Morales.- Son las virtudes que dependen del libre albedrío (prudencia, justicia, fortaleza, templanza).
4. Religiosos.- Sobrehumanos, sobrenaturales, son las virtudes teologales (santidad, amistad divina o gracia, caridad).

Propiedades del acto honesto⁵³:

1. Responsabilidad.- Propiedad del acto humano por la cual la persona que lo ejecuta debe dar cuenta, o sea participar de los beneficios si el acto es honesto o en su caso reparar los perjuicios si el acto es deshonesto.
2. Mérito.- Es el derecho a una recompensa por haber actuado bien.
3. Sanción.- Es el correspondiente castigo que se merece por el incumplimiento o violación de la ley.
4. Progreso moral. Consiste en el mejor conocimiento y aplicación de las normas morales. Puede manifestarse:
 - a) En el plano intelectual.
 - b) En la línea de la voluntad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁵² <http://www.monografias.ref.cit>.

⁵³ <http://www.monografias.com/trabajos6etic/etic2.shtml>.

La Esencia de la virtud.

La virtud es otra propiedad de los actos honestos. La virtud es una cualidad, que inclina y facilita la realización de dichos actos. No hay virtudes innatas, todas deben adquirirse mediante el esfuerzo y repetición. La virtud depende de la actuación voluntaria y libre del sujeto.

Virtud es una cualidad estable y adquirida que facilita el acto honesto.

Las virtudes se dividen en:

- a) Naturales (intuición, fortaleza).
- b) Sobrenaturales (fe, esperanza y caridad).
- c) Intelectuales (prudencia, ciencia, arte, sabiduría).
- d) Morales (prudencia, justicia, fortaleza, templanza).

Las virtudes morales hacen al hombre bueno. Las virtudes intelectuales sólo hacen bueno al hombre en cierto aspecto y en algunos casos podrían estar en contra del valor moral.

Los valores son estados ideales de perfección. Guían la acción desde el punto de vista ético.

Existe la teoría objetiva, la cual establece que las cosas tienen valor en sí mismas, ya que tienen cualidades, se considera lo que en realidad valen. La teoría subjetiva define que el hombre construye los valores para determinar la diferenciación de una cosa en relación a una perfección o a otra; el sujeto le da cualidades a las cosas.

Una clasificación práctica de los valores es:

- a) Instrumentales.- Medidas para llegar a un fin. Por ejemplo: el conocimiento, la salud, el respeto.
- b) Terminales.- Fines a los que aspira el ser humano durante su vida. Por ejemplo: felicidad, sentido de logro, vida próspera.

De tal forma que por ello puede entenderse el que los seres humanos en apariencia tenemos valores diferentes, pues lo que para algunos es un medio para otros es un fin o viceversa. Los seres humanos que utilizan antivalores para llegar a sus fines son favorecedores de la corrupción en un sistema justo y natural de valores.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Principios.- Principio⁵⁴ es la "norma o idea fundamental que rige el pensamiento o la conducta". En ética se manejan principios morales, es decir, aquéllos que fundamentan que los actos sean buenos.

1.4. Concepto de derechos humanos.

Derechos Humanos⁵⁵ son "un conjunto de facultades e instituciones que, en cada momento histórico, concretan las exigencias de la dignidad, la libertad y la igualdad humanas.

Existe un derecho humano cuando una norma de carácter constitucional regula la conducta de los particulares de tal forma que previene obligaciones o prohibiciones para las autoridades del Estado.

El derecho humano es la facultad que tiene el ser humano por razón de su propia naturaleza, de la naturaleza de las cosas y del ambiente en que vive, para conservar, aprovechar y utilizar libre pero licitamente sus propias actitudes, su actividad y elementos que honestamente puede disponer a fin de lograr su bienestar, su progreso personal, familiar y social.

Características de los Derechos Humanos.

- Son fruto de una lucha de siglos por arrancar parcelas de poder al Estado.
- Son formas del deber ser, en las que se recogen las exigencias de potencialidades de la persona humana y de grupos sociales.
- Son reflejo de las luchas y situaciones sociales de conflicto existentes en cada momento histórico.
- Son textos, declaraciones formales, normas de derecho internacional y constituciones.
- Constituyen un fenómeno histórico, tanto desde el punto de vista formal como desde el punto de vista de contenido o material: declaraciones.
- Materialmente, el contenido de esa declaración escrita entraña también un hecho histórico.
- Reflejan formas filosóficas e ideológicas existentes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁵⁴ Real Academia Española. Obra citada. p. 1182.

⁵⁵ Pérez Luño. A. E. "Delimitación conceptual de los Derechos humanos en la obra: Los Derechos Humanos Significación, estatuto jurídico y sistema". Sevilla. Ed. de la Universidad de Sevilla. pp. 14-15. Año 1979.

- Su sucesión histórica muestra una clara evolución de lo particular a lo general y de lo asistemático a lo sistemático.
- En su evolución demuestran una progresiva universalización.
- Determinan una progresiva ampliación del número y contenido de los derechos reconocidos.
- En las declaraciones se produce una progresiva expansión del campo territorial y personal de la protección jurídica de estos derechos.
- Existencia de un progresivo reconocimiento de mayor número de garantías de los derechos.

Caracteres de los Derechos Humanos.

Las propiedades fundamentales de los Derechos Humanos son:

- Inmutabilidad.
- Carácter histórico:
- Situacional: desde una determinada perspectiva histórica y una determinada cultura.
- Corresponden a determinadas estructuras político-sociales y culturales.
- Están enculturizados.
- No existe un catálogo definitivo de derechos. Dependen de factores múltiples como:
- Evolución de las fuentes de poder.
- Necesidades y formas de agresión.
- Magnitud de toma de conciencia de los mismos.
- Diversa interpretación y concepción de los Derechos Humanos.
- Formas de organización social y política.
- Los Derechos Humanos tienen límites de naturaleza ético-jurídica.
- El reconocimiento de la dignidad de la persona humana.
- El carácter procesal de los Derechos Humanos, deriva necesariamente del proceso de evolución de los mismos.
- El carácter de absolutos en tres sentidos básicos:
- La dimensión ético-jurídica fundamental.
- No pueden ser infringidos justificadamente.
- Confieren un poder inmediato y directo sobre el bien de la personalidad.
- Tienen prevalencia frente a decisiones políticas y normas jurídicas.⁵⁶

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁵⁶ Martínez de Vallejo Fuster, B. "Los Derechos Humanos como Derechos Fundamentales". Del Análisis del Carácter Fundamental de los Derechos Humanos a la Distinción Conceptual. Madrid. Ed. Ballesteros J. Editor. Derechos Humanos. Tecnos. p.48. Año 1992.

- Son originarios o innatos.
- Son extrapatrimoniales.
- El carácter de inalienables.
Esta característica significa que son irrenunciables.⁵⁷
- Aunque existe la necesaria presencia de límites en el ejercicio de los derechos.
- Los derechos son necesarios porque corresponden a toda persona.
- Tienen carácter sistémico. Constituyen un sistema, en el sentido de que conforman una unidad existente entre el fundamento y las garantías de los Derechos Humanos.
- El carácter dialéctico de los Derechos Humanos.
- Entre los poderes estatal, ideológico y social dominantes y los poderes ideológico y social dominados.
- El carácter utópico.
- Como aquéllas que es digno de convertirse en realidad fáctica.
- El carácter expansivo.
- Surgimiento y desarrollo de tres sucesivas generaciones de derechos: los derechos de la primera generación (derechos civiles y políticos), los derechos de la segunda generación (los derechos económicos, sociales y culturales) y los derechos de solidaridad (también denominados derechos de los pueblos o derechos de la tercera generación)⁵⁸
- Concreción de nuevos derechos.
- La progresiva universalización.
- La traslación de sus garantías y de categorías conceptuales. Esta característica se concreta en:
 - Múltiples textos internacionales y de las constituciones estatales del texto de la Declaración Universal de Derechos Humanos.
 - Son tendencialmente universales.
 - Constituyen preceptos éticos.
 - Constituyen criterios de racionalidad.
- En relación al objeto de protección: constituyen patrimonio común de la humanidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁵⁷ Laporta, F. "Sobre el Concepto de Derechos Humanos". Ed. Doxa. No. 4 Alicante. pp. 43-44. Año 1987.

⁵⁸ Gros Espiell, H. "Estudios sobre Derechos Humanos". España Madrid. Ed. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Civitas. p. 327. Año 1988

- En relación a las garantías. Existe una evidente tendencia a establecer organismos internacionales de protección de los Derechos Humanos.

Principios de los Derechos Humanos.

1. La libertad, la justicia y la paz en el mundo.
2. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente unos con otros.
3. La realización del ser humano libre necesita condiciones que permitan a cada persona gozar de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.
4. El derecho de los pueblos para autodeterminar su destino y su desarrollo económico, social y cultural es condición para disfrutar de los derechos y las libertades fundamentales.
5. La consolidación, dentro de las libertades democráticas, de un régimen de libertad personal y de justicia social fundado en los derechos esenciales del hombre.
6. El Estado no podrá destruir ni restringir los derechos humanos fundamentales.
7. Los Estados se comprometen a lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos y las garantías.

Derechos y libertades fundamentales.

1. Toda persona tiene los derechos y las libertades proclamados, sin distinción alguna.
2. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.
3. Los hombres y las mujeres tienen iguales derechos.
4. Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre.
5. Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
6. Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o su reputación.
7. Toda persona tiene derecho a circular libremente y elegir su lugar de residencia.
8. Toda persona tiene derecho a una nacionalidad.
9. En caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo y disfrutar de él en cualquier país.
10. Los hombres y las mujeres tiene derecho a casarse y fundar una familia.
11. Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión.

12. Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión.
13. Toda persona tiene derecho a la libertad de reunión y de asociación pacífica.
14. Es un derecho dirigirse a las autoridades en forma respetuosa para formular peticiones y, desde luego, obtener respuesta.
15. Son derechos la propiedad individual y la colectiva.
16. Son derechos humanos la igualdad ante la ley y, cuando alguien es acusado de cometer un delito, ser considerado inocente, mientras no se pruebe su culpabilidad.
17. Es un derecho de la víctima de un delito que se castigue al delincuente.

Todos los derechos humanos tienen como límite los derechos de los demás:

- No es un derecho cometer un delito y permanecer impune, es decir, sin sanción.
- No es un derecho reclamar privilegios para no cumplir con las leyes, reglamentos y demás normas jurídicas.
- No es un derecho la venganza o "hacerse justicia por su propia mano"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Pensadores defensores de los Derechos Humanos.

"Uno de los termómetros más precisos para medir la madurez política y social de una sociedad es el grado en que respeta o no los derechos humanos.

*Mahatma Gandhi.*⁵⁹

"Una declaración de derechos cuyos principios se apliquen en una legislación determinada puede ciertamente hacer algo para proteger a las masas de hombres y mujeres ordinarios. A la libertad personal sólo puede dársele seguridad si el mal se suprime radicalmente."

*Aldous Huxley.*⁶⁰

"Cualquier declaración de derechos debe contener derechos sociales, económicos y políticos; considerándose como una norma a la que debe aspirarse".

*E.H. Carr*⁶¹.

"Cada ser humano individual es una unidad valiosa y singular con un destino propio y con derechos y deberes hacia sí mismo, que tiene la libertad de vivir y aprender a

⁵⁹ Gandhi, Mahatma. "Los Deberes de los Ciudadanos del Mundo". Bangui Colony. New Delhi. 25 de mayo de 1997

⁶⁰ Gutiérrez de Velasco. J. I. "Los Derechos Humanos". Aldous Huxley-Los Derechos Humanos y los Hechos de la Situación Humana. México. Ediciones del Milenio. p. 16. Año 2000.

⁶¹ Gutiérrez de Velasco. J. I. Obra citada. Gutiérrez Velásco, J.I. Carr. Edit. "Los Derechos Humanos", p. 20.

su propio modo. Por lo que la base de todos los derechos humanos es la libertad de experiencia".

*Quincey Wright.*⁶²

"Una declaración de derechos adecuada ha de garantizar, por una parte, un mundo con pluralidad de valores diferentes y asegurar por otra, un procedimiento gracias al cual los pueblos y naciones puedan y deban pasar mas allá de sus presentes ideologías cuando estas ideologías se contradigan tanto entre sí que amenacen la paz del mundo. Los antagonismos en cualquier terreno si no se les trasciende, se destruye el uno al otro. Se debe incluir la garantía de la libertad para la investigación científica y filosófica".

*F. S. C. Northop.*⁶³

"Derechos: poder e interés. Derecho del pueblo a rebelarse contra los emperadores tiránicos. Al término de la revolución se asocian altos ideales. La voluntad del pueblo es la voluntad del cielo. El pueblo es de primera importancia, el Estado es de menos importancia. Se establecen cinco relaciones básicas: el soberano y sus súbditos, padres e hijos, marido y mujer, el hermano mayor y el menor, el amigo y el amigo. Todos los hombres somos merecedores de los mismos derechos. Ningún individuo debería tener derecho a poseer más de su parte o vivir ociosamente a expensas de los demás. Tenemos derecho a un sentimiento de dignidad y confianza en nosotros mismos a un máximo grado posible de autoexpresión de cada individuo, nuestra vida debe ser conveniente, libre e interiormente disfrutable, el derecho elemental al goce es necesario, por tanto a no estar sobrecargado de trabajo o de actividades sociales, cada individuo constituye un fin en sí mismo, las instituciones sociales son un medio para desarrollar a cada individuo, que cada individuo o nación debe respetar los derechos de los demás".

*Chung Su Lo*⁶⁴

"Las necesidades más elementales de la existencia humana son la comida, el vestido, la salud, protección, descanso, tiempo libre, educación, seguridad, la libertad de conciencia o personal con las únicas limitaciones de la libertad individual en beneficio de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁶² Gutiérrez de Velasco, J. I. Obra citada. Wright. Quincy. "Relaciones entre diferentes categorías de Derechos Humanos". pp. 52 a 68.

⁶³ Gutiérrez de Velasco. Obra citada. Northop. F.S.C. "Hacia una Declaración de Derechos para las Naciones Unidas". pp. 69 a 73.

⁶⁴ Gutiérrez de Velasco, J. I. Obra citada. Chung Su Lo. "Los Derechos Humanos en la Tradición China". pp. 74 a 79.

la comunidad mundial. El ser humano tiene derecho a la vida (tanto del cuerpo como del alma o espíritu). Se debe incluir una justicia objetiva y una policía apolítica".

*Salvador de Madariaga*⁶⁵.

"Se reclaman derechos cuando un sector de la comunidad encuentra que sus necesidades son limitadas por las restricciones que le impone una clase privilegiada. Los derechos humanos consisten en el derecho a realizar amplias aspiraciones humanas".

John Lewis.⁶⁶

"La nueva definición de los derechos humanos ya no puede ser el asegurar la mayor independencia posible al elemento dentro de la sociedad, sino combinarlo todo con vistas al logro del individuo por medio de la integración hábilmente llevada de este último en el grupo unificado".

R. P. Teilhard de Chardin.⁶⁷

"Los derechos comunes a todos los seres humanos son la nutrición, el sexo, dominio, el deseo de terruño, la libertad del individuo, la facilidad de movimientos y de sociabilidad, el sentimiento religioso, al pensamiento abstracto, a otorgárseles algún respeto, al desarrollo de su propio genio, a descubrir la verdad mediante la observación y el raciocinio, a la igualdad humana y la libertad individual. La democracia política es el único cimiento sobre el cual se puede edificar la realización plena de los derechos humanos".

Hamayun Kabir.⁶⁸

"Manú y Buda propusieron un código de las diez libertades humanas esenciales y controles o virtudes necesarios para la vida buena. Las cinco libertades sociales son: 1.- Liberación de la violencia (Ahimsa) 2.- La liberación de la miseria (Asteya), 3.- La liberación de la explotación (Aparigraha) 4.- La liberación de la violación o deshonor (Aryabhichara), 5.- La liberación de la muerte y enfermedad tempranas (Armitatya y Arogya). Las cinco posesiones o virtudes individuales son: 1.- Ausencia de tolerancia (Akrodha), 2.- Compasión o sentimiento por el prójimo (Bhutadaya, Adroha), 3.- Sabiduría

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁶⁵ Gutiérrez de Velasco, J. I. Obra citada. De Madriga, Salvador. "Los Derechos Humanos o Relaciones Humanas?", pp. 25 a 33.

⁶⁶ Gutiérrez de Velasco, J. I. Obra citada. Lewis, John. "De los Derechos Humanos", pp. 34 a 47.

⁶⁷ Gutiérrez de Velasco, J. I. Obra citada. Teilhard de Chardin, R. P. "Algunas Consideraciones Acerca de Los Derechos Humanos", pp. 55 a 57.

⁶⁸ Gutiérrez de Velasco, J. I. Obra citada. Hamayun, Kabir. "Los Derechos Humanos y la Tradición Islámica", pp. 80 a 84

(Juana, Vidya), 4.- Libertad de pensamiento y de conciencia (Satya, Sunrta), 5.- Liberación del miedo y la insatisfacción o desesperación (Prawrtti, Abhaya, Dhurti)".

*S. V. Puntambekar.*⁶⁹

"Se reducen los derechos innatos a uno: la libertad. Cuanto más aumentan los poderes de los individuos, más disminuyen las libertades de los mismos individuos. Además de un problema filosófico se ha vuelto un problema político".

*Norberto Bobbio.*⁷⁰

"Existe una ciudadanía internacional que tiene sus derechos, sus deberes y que nos compromete a levantarnos contra todo abuso de poder. Los gobiernos se arrogan el derecho a contabilizar en términos de ganancias y de pérdidas las desgracias de los hombres provocadas por sus decisiones o toleradas con sus negligencias. A los individuos les corresponde indignarse y hablar, a los gobiernos reflexionar y actuar".

*Michael Foucault.*⁷¹

"En nombre de los derechos humanos se reprime al rebelde y se conserva la estructura opresiva. Nos preguntamos si los derechos humanos se han convertido en la nueva religión de los creyentes. El área de la ética es la que responde a aidós (αἰδώς), entendida como la disposición del sujeto libre de reconocer la humanidad de los otros sujetos y la decisión de no tratarlos de modo coactivamente instrumental; el área del derecho pertenece a dike (δίκη) comprendida como institucionalización formal de lo que a cada cual corresponde y conjunto de garantías que aseguran su protección".

*Fernando Savater.*⁷²

1.5. Historia de los Derechos Humanos.

Una primera etapa estaría constituida por el humanismo greco-romano, como en sus orígenes orientales, el denominado Código Hammurabi, que es el primero que regula la conocida Ley del Talión, estableciendo el principio de proporcionalidad de la venganza, es decir, la relación entre la agresión y la respuesta. Los Diez Mandamientos del Antiguo

⁶⁹ Gutiérrez de Velasco. J. I. Obra citada. S. C. Puntambekar "El Concepto Hindú de los Derechos Humanos", p.p. 85 a 89.

⁷⁰ Gutiérrez de Velasco. J. I. Obra citada. Bobbio, Norberto. "Sobre el fundamento de los Derechos Humanos", p.p. 90 a 100.

⁷¹ Gutiérrez de Velasco. J. I. Obra citada. Foucault, Michael. "Frente a los Gobiernos, los Derechos Humanos", pp. 101 a 102.

⁷² Gutiérrez de Velasco. J. I. Obra citada. Savater, Fernando. "Fundamento y Disputa de los Derechos Humanos", pp. 103 a 108.

Testamento, constituyen otro antecedente en la historia de los derechos humanos, ya que mediante el establecimiento de prohibiciones, se estaban reconociendo valores fundamentales de los seres humanos, como el derecho a la vida, al prescribir el "no matar". Por otra parte en el Estoicismo, "con la precisión del concepto de derecho natural y el desarrollo del iusnaturalismo fundamentado en la racionalidad y rematado en un cosmopolitismo, que acercaría a los hombres".

El Cristianismo, dio origen a una nueva etapa al proclamar la igualdad entre los seres humanos y al rechazar la violencia.

Los movimientos de Reforma y Contrarreforma perseguían una mayor libertad.

En 1215 estableció límites al poder del Estado frente a sus súbditos en la Carta Magna, conjuntamente con el habeas corpus de 1679 y el "Bill of Rights" de 1689.

Las ideas de Charles Montesquieu (1689 - 1755) y Juan Jacobo Rousseau (1712 - 1778) en Francia, son fundamentales. Montesquieu criticó severamente los abusos de la Iglesia y del Estado.

Por su parte Juan Jacobo Rousseau, denunció vigorosamente las injusticias y miserias resultantes de la desigualdad social. Propugnó la idea de una sociedad basada en igualdad absoluta.

En 1776 la Declaración de Independencia, redactada por Thomas Jefferson y aprobada por los Estados Unidos el 4 de julio del referido año, proclamaba lo siguiente: "Sostenemos como verdaderas evidencias que todos los hombres nacen iguales, que están dotados por su Creador de ciertos derechos inalienables, entre los cuales se encuentra el derecho a la vida, a la libertad y a la búsqueda de la felicidad...".

El desarrollo conceptual de los derechos humanos individuales alcanzó su mayor riqueza en las ideas liberales de la Revolución Francesa hacia 1789, con la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano.

Las revoluciones mexicana y rusa de 1917, constituyen hechos históricos determinantes para la consagración jurídica de estos derechos colectivos, que han sido denominados derechos económicos y sociales.

En la segunda guerra mundial, la comunidad internacional dirigió su interés hacia el establecimiento de estos derechos en declaraciones y pactos internacionales.

Los modelos históricos de aparición del Estado moderno son identificables porque describen un proceso de aparición de un poder absoluto que hegemoniza la actividad coactiva y represora, terminando con los testamentos medievales y el poder eclesial.

Resulta de gran interés la fuerte corriente doctrinal que, en el siglo XVI, se produjo a partir de la llegada de los españoles a América, a propósito del trato que aquéllos deben brindar a los indígenas.

Dos autores, uno es Francisco de Vitoria, fundador del moderno Derecho internacional y el otro es el Padre Fray Bartolomé de Las Casas, defensor de los derechos de los indios:

- Francisco de Vitoria, produjo en Salamanca, sus "Reelecciones".
Constituyendo el principal fundamento ético que culminó en las llamadas Leyes nuevas de las Indias, de 1542, y de un modo más matizado en las Ordenanzas de descubrimiento de 1573.
Más tarde veremos consagrados en la Declaración Universal de 1948, como el Derecho a la vida, el derecho a la igualdad, etc.
- Fray Bartolomé de Las Casas, en su obra *De Regia Potestate* ha podido ser considerado, precursor, no sólo de la teoría actual de los Derechos Humanos sino también de la doctrina de la Teología de la Liberación.

Durante el siglo XIX se produjeron una serie de declaraciones:

- Están vinculadas al movimiento constitucional, típico de la época. Son declaraciones constitucionales de signo liberal.
- Se sigue la línea marcada por la Declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789.
- Como principales declaraciones en el siglo XIX pueden citarse:
 - La Constitución Francesa de 1848.
 - La Constitución de Cádiz de 1812.
 - La Constitución de la Monarquía Española del 18 de junio de 1837.
 - La Constitución Española de 23 de mayo de 1845.
 - La Constitución de la Monarquía Española de 1856.
 - La Constitución de la Nación Española, de 1 de Junio de 1869.
 - El Proyecto de Constitución Federal de la República Española, de 17 de julio de 1873.
 - La Constitución de la Monarquía Española de 1876.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las Declaraciones de Derechos Humanos en el siglo XX.

- Están vinculadas a las profundas transformaciones sociales: culturales, políticas, jurídicas...
- Son consecuencia de la evolución interna de los Estados, como de las profundas transformaciones en las relaciones internacionales.
- Como consecuencia de la universalización del fenómeno bélico aparece la paz como valor esencial a proteger por la acción internacional.
- Están vinculadas a los grandes fenómenos sociales de la época.
- Desarrollan las líneas de evolución iniciadas en los siglos anteriores.
- Se da la acentuación del proceso de concreción o especificación de los derechos. Esta característica da lugar a:
 - Acentuación del proceso de generalización y universalización del sujeto de los derechos humanos.
 - Acentuación del proceso de expansión de los Derechos Humanos.
 - Acentuación del proceso de expansión de las garantías de los Derechos Humanos.
- Las principales declaraciones que tuvieron lugar en el siglo XX se pueden clasificar en cuatro grandes bloques:
 - Las declaraciones internacionales de Derechos Humanos, que, a su vez, se clasifican en declaraciones universales y declaraciones regionales.
 - Las declaraciones constitucionales.
 - Las declaraciones formuladas por organizaciones religiosas.
 - Las declaraciones formuladas por organizaciones no gubernamentales (ONG's).

Las Declaraciones Universales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Destaca como fundamental, la Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París.

La Declaración Universal fue seguida por cuatro instrumentos de fuerza legal. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y sus dos Protocolos Facultativos. La Declaración tiene principalmente autoridad moral.

Las declaraciones regionales pueden clasificarse en tres grandes zonas o regiones:

- Las declaraciones pertenecientes al bloque regional europeo, dentro del cual se encuentran las declaraciones pertenecientes al Consejo de Europa, a la Unión Europea y a la ARE.

Las declaraciones constitucionales se definen como el reconocimiento formal por parte de los textos legales constitucionales contemporáneos, de los Derechos Humanos como derechos fundamentales, en cuanto concreción positivizada de aquéllos, y de sus correspondientes garantías.

Las Declaraciones formuladas por Organizaciones Religiosas.

- Son aquéllas formuladas por diversas iglesias y comunidades religiosas, en las que implícita o explícitamente se hace un reconocimiento de los Derechos Humanos.

Las Declaraciones formuladas por Organizaciones no Gubernamentales (ONG's).

- Las declaraciones de carácter internacional. La más relevante, es la Declaración de Argel o Declaración de Derechos de los Pueblos, de 1976.
- Las declaraciones de carácter interno. Aquéllas formuladas por Organizaciones No Gubernamentales dentro de un determinado Estado.

Derechos Humanos.

- Se fundan en la dignidad de la persona humana, por el hecho de serlo, y por su propia naturaleza y libertad.
- Representan las aspiraciones y concretizaciones de justicia.
- Son aquéllos que tiene una persona por su calidad humana.
- Creencias, actitudes y valores expresables en estructuras políticas, económicas y sociales.
- Limitados sólo por los derechos de otros seres humanos y las "justas exigencias del orden".
- Son crítica del poder y de toda modernidad; punto de convergencia del derecho y la educación.
- Utopía e ideal de civilización.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ETAPAS DE DERECHOS HUMANOS.

Etapas	Generación	Fecha	Derechos Amparados
Primera etapa	...	Principios del s. XVIII	Individuales
Segunda etapa	1ª	1776 a 1789	De libertad y políticos.
Tercera etapa	2ª	1800 a finales de 1970	Sociales
Cuarta etapa	3ª	1970 hasta nuestros días.	De los pueblos o de solidaridad.

Etapas de Derechos Humanos:

Primera etapa (Derechos Individuales) Se fundan en:

- * Convivencia humana
- * Justicia
- * Dignidad humana
- * Responsabilidad de los propios actos
- * Idea de libertad
- * Igualdad de todos los hombres

Segunda etapa (Derechos Políticos). Se fundan en:

- * La libertad y dignidad humanas

Tercera etapa (Derechos sociales) se fundan en :

- * Igualdad bajo la perspectiva socioeconómica; derechos económicos, sociales y culturales.

Cuarta etapa (Derechos solidarios) se fundan en:

- * Derechos de solidaridad y carácter comunitario.

Las Organizaciones No Gubernamentales (ONG's)

También existen las Organizaciones No Gubernamentales (ONG's), de las cuales hay decenas que se ocupan de los Derechos Humanos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

La Acción de las ONG's.

Definición

Las Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) son agrupaciones civiles sin fines de lucro que desde hace aproximadamente dos décadas trabajan por la defensa y promoción de los derechos humanos, bien en su totalidad, bien actuando sobre derechos específicos.

La acción realizada por las ONG's comprende cinco ámbitos fundamentales:

- Elaboración de convenciones sobre derechos humanos.
- Recopilar información sobre violación de derechos humanos.
- Elaboración de campañas pro derechos humanos.
- La denuncia a las violaciones de los derechos humanos por parte de gobiernos de los diversos países y grupos sociales.
- Difusión y pedagogía de los derechos humanos.

GRUPOS DE APOYO A ONG's	
♦ Brigadas Internacionales de Paz	
♦ Derechos Humanos	
♦ Equipo Nizkor	
♦ Fundación Luis Vives	

ONG's REGIONALES DE DERECHOS HUMANOS	
♦ África	♦ Antigua Unión Soviética
♦ América	♦ Medio Este y África del Norte
♦ Asia	♦ El Pacífico
♦ Europa	♦ Libertad para el Mundo Musulmán

ONG's DE DERECHOS HUMANOS TEMÁTICOS	
♦ Asistencia Humanitaria	♦ Internet
♦ Educación	♦ Migrantes y Refugiados
♦ Esclavitud	♦ Mujeres
♦ Expresión y Prensa	♦ Objetores de Conciencia
♦ Indígenas	♦ Religión y Conciencia
	♦ Salud

LISTA DE ONG's MÁS RECONOCIDAS PRO DERECHOS HUMANOS

- ♦
- ♦ Acción Pro Educación de Derechos Humanos A. C.
– México
- ♦ Amnistía Internacional, Secciones
- ♦ Brigadas Internacionales de Paz
- ♦ Centro Cultural Demos
- ♦ Centro de Derechos Humanos de Nüremberg
- ♦ Comité contra la Esclavitud Moderna – España
- ♦ Derechos
- ♦ Equipo Nizkor
- ♦ Federación Internacional de Derechos Humanos-FIDH
- ♦ Instituto Interamericano de Derechos Humanos
- ♦ Instituto Peruano de Educación de Derechos Humanos y la Paz.
- ♦ Reporteros sin Fronteras
- ♦ Proyecto Defensa
- ♦ Derechos Humanos Fundados
- ♦ Observación de Derechos Humanos
- ♦ Derechos Humanos Internet
- ♦ Federación Internacional de Helsinki para Derechos Humanos
- ♦ Comisión Mundial para la Paz y Consejo de Derechos Humanos
- ♦ Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja
- ♦ Comisión Andina de Juristas
- ♦ Asociación Mundial para la Paz y Consejo de Derechos Humanos
- ♦ Asociación Mundial Federalista
- ♦ Consejo Regional de Derechos Humanos-Asia
- ♦ Liga de Derechos Humanos
- ♦ Liga Internacional Femenina para la Paz y la Libertad
- ♦ Asociación Internacional de Juristas Demócratas
- ♦ Comisión Internacional de Juristas
- ♦ Greenpace
- ♦ UNICEF

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REDES DE ONG's

- ♦ Campaña global para la libertad en Internet
- ♦ Federación Internacional de Ligas de Derechos Humanos
- ♦ Organización Mundial contra la Tortura

ONG's DE MÉDICOS Y DERECHOS DE LA SALUD

- Médicos del Mundo-España
- Sociedad Internacional para la Salud y Derechos Humanos

ORGANISMOS INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS

- OEA
- ONU
- EU
- Organismos Europeos. (O. E)
- Organismos Africanos. (O. F)
- Cortes internacionales. (C. I. D. H)
- Corte Penal Internacional.
- Corte Penal Internacional para la Antigua Yugoslavia.
- Corte Penal Internacional Para Ruanda.
- Comisión y Corte Interamericana de DDHH .
- Comisión y Corte Europea de DDHH .
- ONU- Web Oficial.
- Oficina de la Alta Comisionada para los Derechos Humanos.
Centro de información de las Naciones Unidas para México,
Cuba y República Dominicana
- Comité Internacional de la Cruz Roja. (C. I. C. R.)
- CIDH

ORGANISMOS INTERNACIONALES EUROPEOS DE DERECHOS HUMANOS

- Corte y Comisión Europea de Derechos Humanos.
- Consejo Europeo.
- Europa- Servidor de la Unión Europea.
- Parlamento Europeo.
- Tribunal de Justicia y Tribunal de Primera Instancia.

ENLACES ORGANISMOS INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS

- OEA
- Corte y Comisión Internacional de Derechos Humanos.
- OEA- Web Oficial.

CENTROS DE INVESTIGACIÓN DE DERECHOS HUMANOS

- Centro de Derechos Humanos – Universidad Católica Andrés Bello – Venezuela
- Centro Internacional de Derechos Humanos y Desarrollo Democrático – Canadá
- Instituto de Derechos Humanos y Relaciones Internacionales Alfredo Vázquez Carrizosa – Colombia
- Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas - Madrid
- Instituto de los Derechos Humanos de la Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas" (IDHUCA) – El Salvador
- Instituto de Derecho Internacional de Derechos Humanos – Universidad de De Paul - EEUU
- Laboratorio de Estudios Interculturales - Universidad de Granada

SISTEMA DE DERECHOS HUMANOS

SISTEMA INTERNACIONAL SISTEMA INTERAMERICANO SISTEMA NACIONAL EN MÉXICO

- ONU – 1945

Objetivo: Promover y estimular los derechos humanos y velar por su respeto.

Instrumentos: Declaraciones que describen y concretan el contenido.

- UNESCO
- OIT
- OMS

La eficiencia del sistema depende de su aptitud para imponer sus garantías.

- OEA – 1948

Aprueba la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre.

1969 Aprueba la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Órganos de ellas, son:

- ♦ Corte Interamericana (C. Rica)
 - ♦ Comisión Interamericana D. H. (Washington, 1953)
 - ♦ Instituto Interamericano D. H. (C. Rica, es académica para educación, investigación y promoción de los D. H.)
- La base de protección es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
 - Constituciones Estatales.
 - Garantías Individuales.
- Instrumentos de Protección:
 1. PROFECO
 2. Procuraduría Agraria
 3. Proc. Fed. Prot. Ambiente.
 4. Proc. Defensa Indígena, 1986.
 5. Comisión Nacional D. H.
 6. Comisiones D. H. Estatales.
 7. CONAMED.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.6. Ética, Derecho, Medicina y Sociedad

Responsabilidad profesional y jurídica de la práctica médica.

Su conocimiento se remonta a la antigüedad, en las culturas mesopotámicas, el código de Hammurabi (s. XVIII a. de C.) es el primer documento que señaló la posibilidad de yatrogenia, al establecer castigos para el médico en caso de fracasar en su actividad profesional, estableciendo en el artículo 218 de su cuerpo legal lo siguiente: "Si un médico ha llevado a cabo una operación de importancia en un señor con una lanceta de bronce y ha causado la muerte a ese señor o si ha abierto la cuenca del ojo de un señor con la lanceta de bronce y ha destruido el ojo de ese señor se le amputará su mano".⁷³

En el artículo 219 del mismo cuerpo legal establecía: "si un médico ha llevado a cabo una operación de importancia en el esclavo de un subalterno con una lanceta de bronce y le ha causado la muerte entregará esclavo por esclavo" y en el artículo 220 mencionaba: "si ha abierto la cuenca del ojo con una lanceta de bronce y ha destruido su ojo pesará plata por la mitad de su precio".⁷⁴

En la antigua Grecia, Plutarco refirió que Glaucus, médico de Ephestion fue condenado a morir en la cruz por la indignación que le produjo a Alejandro el abandono en que el infortunado médico había dejado a su cliente, mismo que trajo como consecuencia la muerte de éste. En Roma, la Ley Aquilia regía a los médicos; en ella se habla por primera vez de la culpa gravis que ha servido de base para muchas legislaciones. En los pueblos bárbaros existía también la responsabilidad médica. Entre los Ostrogodos, cuando un enfermo moría por la impericia del médico, éste era entregado a la familia, quien tenía poderes plenos sobre él.⁷⁵

En la edad media uno de los documentos más antiguos data del siglo XIII. Consistía en una sentencia de la burguesía de Jerusalem contra un médico por haber causado la muerte de un enfermo al cortar transversalmente la pierna. La Jurisprudencia francesa del siglo XV, castigaba las faltas intencionales de los médicos aún cuando fuesen leves y las graves aún cuando no hubiese habido dolo. En 1596 y 1602 el parlamento de París declaró que los médicos cirujanos no son responsables de los accidentes que sobrevienen en el curso de un tratamiento y años más tarde, cambiando

⁷³ Carrillo Fabela L.M.R. La responsabilidad profesional del médico. México. D.F. Ed. Porrúa. p. 1. Año 1999.

⁷⁴ Carrillo Fabela. L.M.R. Obra citada. p. 2.

⁷⁵ Carrillo Fabela. L.M.R. Obra citada. pp. 2-3.

su doctrina, condenaba algunos métodos terapéuticos. En los años 1825 y 1832 se procesó a dos médicos (Proceso Helie y proceso Thouret Noroy) por haber obrado imprudencialmente y con impericia en su actuación profesional, ambos médicos fueron condenados a pagar a su paciente una indemnización vitalicia. Estos fueron los primeros casos de responsabilidad profesional médica conocidos, los cuales sirvieron de antecedentes jurídicos para que fuera legislándose en el mundo estas acciones.⁷⁶

En nuestro país, en el Archivo General de la Nación, dentro de la unidad documental de la Real Audiencia, existe material que de alguna manera se relaciona con el tema que incluye: procesos o denuncias contra médicos por el mal ejercicio de su profesión, (documentos escasos y de difícil localización). Así mismo en la unidad Eclesiástica figuran diversos procesos contra médicos que utilizaron procedimientos o medicamentos no permitidos y a quienes se les inculpaba de hechiceros.⁷⁷

En México, el artículo 4° Constitucional de nuestra Carta Magna en vigor en su párrafo cuarto establece que "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 los que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución".⁷⁸

La Ley General de Salud⁷⁹ en su artículo 48 señala: "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 digno de los profesionales, técnicos y auxiliares"; en las reformas a nuestra Carta Magna del 3 de Septiembre de 1993 el último párrafo del artículo 20 establece: "En todo proceso penal; la víctima o el ofendido por algún delito, tendrá derecho a recibir asesoría jurídica, a que se le satisfaga la reparación del daño cuando proceda, a coadyuvar con el Ministerio Público, a que se le preste atención médica de urgencias cuando la requiera y, los demás que señalen las leyes".⁸⁰ Como podemos observar, la reforma constitucional eleva a nivel de garantía individual el derecho que tiene el ciudadano a la atención médica de urgencias cuando la requiera, en donde el médico es protagonista de uno de los principales papeles en esta escena de reforma.

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

⁷⁶ Carrillo Fabela, L.M.R. Obra citada. p. 3.

⁷⁷ Carrillo Fabela, L.M.R. Obra citada. p. 3.

⁷⁸ "Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México, D.F. Ed. SISTA. SA. de CV., pp. 4 y 73.

⁷⁹ "Ley General de Salud". México, D.F. Ed. Porrúa. p. 131.

⁸⁰ "Constitución Política. obra citada. p. 8.

Cuando se hablaba de responsabilidad profesional del médico, existen diversas legislaciones: Constitución, Código Penal, Código Civil, Ley General de Salud (en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en Materia de Investigación para la Salud, en Materia de Control Sanitario para la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos), Normas Técnicas de la Secretaría de Salud, Ley General de Profesiones, Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, entre otras.

DISPOSICIONES LEGALES, REGLAMENTARIAS Y ADMINISTRATIVAS EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Código Penal Federal.
- Código Civil.
- Ley General de Salud.
- Acuerdos emitidos por el Consejo de Salubridad General de la República.
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de sanidad internacional.
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de actividades, establecimientos, productos y servicios.
- Diversas Normas Oficiales Mexicanas.
- Normas técnicas en materia de atención médica que serán sustituidas en breve por normas oficiales mexicanas en fase de elaboración.
- Los derechos relacionados con la atención médica emitidos por el Ejecutivo Federal (certificados de defunción y muerte fetal).
- Acuerdos de la Secretaría de Salud.
- Ley General de Profesiones.
- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

En derecho, se considera a una persona responsable cuando se le puede imputar una sanción.

La responsabilidad puede ser penal, civil o administrativa. La condición profesional implica un especial deber de obrar con prudencia y conocimiento de las cosas.

La responsabilidad civil constituye un instrumento jurídico orientado a la reparación de un daño mediante el abono de su equivalente económico. Difiere de lo penal en que esta última (aunque pueda también suponer un sacrificio patrimonial del sujeto responsable como ocurre con la pena de multa) no pretende la reparación sino el castigo de una infracción. Las responsabilidades civil y penal obedecen a principios distintos, sin

embargo con frecuencia se enjuicia la responsabilidad civil del médico en un proceso penal.

Los delitos son acciones u omisiones que sancionan las leyes penales y pueden ser dolosos o culposos. Son dolosos, cuando conociendo los elementos del tipo penal ó previendo como posible el resultado típico quiere o acepta la realización del hecho sancionado por la ley. Son culposos, cuando se produce el resultado típico que no se previó siendo previsible, o previó confiando en que no se produciría, en virtud de la violación a un deber de cuidado que debía y podía observar según las circunstancias y condiciones personales. Los médicos, con frecuencia están involucrados en denuncias por la comisión de algún delito en el ejercicio de su profesión, los cuales son catalogados como "delitos contra la vida y la integridad corporal".

El Código Penal⁸¹ tiene un título Décimo Segundo, que reglamenta la Responsabilidad Profesional en lo aplicable a los médicos, me refiero en lo particular al artículo doscientos veintiocho que dice:

Art. 228.- Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre ejercicio profesional, en su caso;

- I. Además de las sanciones fijadas para delitos que resultan consumados, sean dolosos o culposos, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia; y
- II. Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquéllos.

En el sentido jurídico se dice que un individuo es responsable cuando de acuerdo con el orden jurídico, se debe hacer u omitir. La responsabilidad nace como una obligación.

Las obligaciones éticas, se definen entre otras, en la declaración de los derechos de los pacientes considerados como Derechos Humanos inherentes a toda persona que debe ser atendida médicamente; su incumplimiento lleva a repercusiones de repudio.

Las obligaciones jurídicas, son las conductas que se deben hacer o no hacer y que regulan la legislación y son imperativas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁸¹ "Código Penal Federal", México. D.F. Ed. SISTA. S.A. de C.V., p. 157.

Las acciones son frecuentemente las que pueden producir la comisión de delitos y parecen ser las más comunes; sin embargo, la ley contempla delitos que se cometen "sin hacer absolutamente nada" llamados delitos de comisión por omisión. La obligación en la atención médica se enmarca en la Ley General de Salud.⁸²

Art. 7.- Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Art. 8.- Las actividades de atención médica son:

- I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales.

Entre los delitos de peligro para la vida y la integridad corporal se prevé el abandono de persona enferma. Se requiere que el enfermo no pueda cuidarse así mismo. Este delito por omisión puede ser imputado a los profesionales de la enfermería.

Es tal la cantidad de quejas por mala atención médica, que incluye a la enfermería y demás auxiliares, que se consideró necesario crear la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) para atender las demandas de los usuarios de los servicios médicos. Recibe quejas, investiga irregularidades, emite opiniones, acuerdos y laudos.

La Ética Médica es la fuente del Derecho Sanitario. Los apuntados principios esenciales del arte médico guardan íntima relación con los principios generales del derecho. Mientras el razonamiento médico tiene por objeto la comprensión del paciente, en tanto enfermo, el jurídico retroalimenta, esencialmente en razón del criterio de justicia, la legitimidad del acto biomédico. La medicina plantea e interpreta diversos valores que a la luz del derecho tiene por objeto establecer reglas de convivencia y éste es el quehacer jurídico.

El término responsabilidad tiene dos aspectos, ético y jurídico, e implica el compromiso de ser responsable por actos propios y en algunos casos de los ajenos, así como de una obligación reparadora ante una mutación injusta del orden jurídico, merced a la trasgresión de los derechos del tercero. La libertad se refiere a dos planos (derechos subjetivos) en favor de los actores de la relación jurídica médico-paciente: para el médico será el derecho de libertad prescriptiva y para el paciente el de libertad terapéutica. El acto biomédico es aplicable al principio general del derecho "a lo imposible nadie está

⁸² "Ley general" ... Obra citada, pp 125-126 .

obligado", es importante señalar, que en el estado actual de la medicina el 50 a 60% de pacientes (con enfermedades crónicas) sólo pueden ser atendidos a través del tratamiento sintomático y no puede ofrecerse una verdadera curación. En igual sentido, las legislaciones positivas, no sólo en el derecho mexicano, eximen de responsabilidad al médico, cuando los efectos nocivos a la salud de los pacientes, no obstante el tratamiento, derivan exclusivamente de excesos o imprudencia de estos últimos, de ahí que la responsabilidad deba ser asumida exclusivamente por los pacientes en tanto está a cargo el autocuidado de su salud.

De esta suerte sólo es posible entender la responsabilidad en sentido jurídico en tanto sinónimo de compensación.

Tratándose de la responsabilidad profesional del médico y tomando en consideración que no le es exigible una obligación de resultados sino de medios (la correcta aplicación de las medidas de sostén terapéutico) sólo puede estimarse incorrecta su actuación por razón de impericia (falta de conocimiento), negligencia (omisión de un deber de cuidado) o dolo (incurrir en cualquier maquinación o artificio para engañar al paciente) y para el establecimiento de responsabilidad ponderar la vulneración real de los derechos de tercero (riesgo dado) el efecto adverso a la salud, a la vida o a otros bienes. La responsabilidad penal, ciertamente rara en cuanto al quehacer médico, tiene por objeto la readaptación social y en casos especialmente graves (impericia temeraria o dolo) impedir que alguien que en franco desprecio a los valores implícitos en el arte de la medicina, se sirva de ésta, esencialmente a través de actos de simulación para transgredir el orden jurídico.

En una profesión como la Medicina resulta necesario delimitar su entorno jurídico para así poder distinguir aquellos casos en los que se implica responsabilidad por parte del profesionista de aquéllos atribuibles a causas ajenas a la mano del médico. En México, los casos graves de orden jurídico en relación a la práctica médica con frecuencia no son evaluados en el ejercicio de acciones judiciales, sino que por lo general se persiguen diversos intereses que no necesariamente se vinculan con una mala práctica; esto se debe a dos razones básicas: falta de conocimientos médicos básicos por parte de la población y aquella población que tiene conocimientos pero que persigue beneficios francamente monetarios.

De tal forma, que para determinar la responsabilidad médica jurídica se debe considerar los múltiples factores que influyen el medio donde se lleva a cabo el acto médico, desde el tipo de empresa a la que se presta el servicio, la reglamentación interna

de ese hospital, práctica privada o pública, gubernamental o no, existencia de insumos, calidad, mantenimiento, intervención de personal de apoyo paramédico, exceso de trabajo, tipo de organización que puede o no favorecer el conflicto en la atención médica, salarios y honorarios, horarios de trabajo, desgaste psicofísico del médico por exceso de trabajo, intereses ajenos de grupos internos o externos a la empresa que repercuten indirectamente sobre la atención médica.

El Dr. Kretschmer⁸³ expresó: "los que practicamos la medicina cotidianamente y recordamos la máxima hipocrática aquélla de curar a veces, mejorar frecuentemente y consolar siempre; sabemos que consolar cuesta mucho tiempo, cuesta mucho conocimiento, cuesta mucha compasión, cuesta mucha cultura y lo hace uno lo mejor posible y se paga muy mal (incluyéndose las demandas). Eso es lo que ha mantenido razonablemente económica a la medicina. Lo que la ha hecho cara ha sido la tecnología y lo anteriormente señalado. Es el momento de decir a los economistas que tendrán muy buenos esquemas, pero la medicina sigue siendo un problema de individuos, ético, humanístico".

Ética, Medicina y Sociedad.

El médico debe ser sujeto de respeto por parte del paciente, las instituciones, el Estado y la Sociedad. En la actualidad la integridad del médico está siendo sistemáticamente afectada: al no brindarle condiciones dignas para su ejercicio, al exigírsele francamente resultados imposibles en determinadas condiciones de trabajo, al orillar a los más calificados fuera de las instituciones públicas cuando se profundizan las diferencias siempre existentes de remuneración en relación al mercado privado, a los extremos de insostenibilidad. Se le vulnera, en fin, al reprochársele las vidas que no pudo salvar en una batalla, que libró con dientes y uñas, en ausencia de recursos básicos, inexistentes a causa del imperio de la corrupción y el egoísmo.⁸⁴

La ética nos permite discernir, cuestionar y proponer. Sin ello, no seremos verdaderamente médicos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁸³ Kretschmer Schüd. R. "La responsabilidad profesional del médico y el humanismo" Rev. CONAMED. México. Año 3 N° 9. Oct.-Dic.: 1998. p. 27-28.

⁸⁴ García Noval, José. "Ética Médica: Tres Problemas Actuales". Ed. Universidad de San Carlos de Guatemala. 1997 p.3. Año. 1997.

Fundamentos Sociales

La función social de la medicina comprende procurar el bienestar de todo el conglomerado de la comunidad, el abordar el cuidado de la salud en general para conservar la integridad física humana, el velar por el entorno que rodea al hombre, el prevenir las enfermedades, afrontarlas para vencerlas o disminuir el dolor y en fin, el tratar de mejorar y prolongar los patrones de vida digna, tanto individual como colectiva (enfoque holístico de la salud).

Los valores más importantes del ser humano son la vida y la salud. Los actos médicos están orientados a cuidar la salud con la máxima meta de preservar la vida, siempre dentro del más alto concepto de calidad y dignidad.

Quienes se dedican al noble ejercicio de la medicina debieran ser las personas más capacitadas, las más correctas a toda prueba y al mismo tiempo las de mayor sensibilidad humana, con espíritu de cooperación y de servicio a la colectividad.

A la profesión médica se estimó como un apostolado requiriente de dignidad y dedicación total; necesariamente a su vez estabilidad en un rango superior con especial consideración y confianza de parte de la ciudadanía.⁸⁵

La comunidad le exige al médico relevante preparación científica, habilidad en su arte, idoneidad profesional, gran moralidad y cierta proyección social en el ejercicio de sus funciones.

En contraparte, la sociedad debería procurar que el médico disponga de los elementos para el ejercicio óptimo de la profesión, y cuente con un nivel económico y social digno en relación con su alto rango cultural, científico y de responsabilidad dentro de la comunidad sin privaciones ni exageraciones.⁸⁶

El espíritu médico comprende tres fundamentos: técnico-científico, sensibilidad profesional y amplitud filosófica.

El médico, para cumplir con el principio ético-científico de la medicina debe poseer una vocación humanitaria profesional, conocimientos científicos y habilidades profesionales actualizadas en todo momento, que le permitan ofrecer el cuidado necesario a los enfermos de manera segura, digna, honorable y en lo posible altruista.

El fundamento de la deontología médica es: curar, algunas veces, aliviar con frecuencia, consolar siempre.

⁸⁵ Cardona. A. "Responsabilidad Médica y sus Proyecciones Médico-Legales". Imp. Dept. Manizales. Año 1942.

⁸⁶ Cardona. A. "Responsabilidad Médica... Obra citada.

El ganar la confianza del enfermo es condición indispensable para estimular el sentimiento del alma y disponerlo favorablemente para el reestablecimiento de la salud y la buena relación médico- paciente.⁸⁷

Relación médico – sociedad.

La relación del médico con la sociedad para el ejercicio médico tiene una doble consideración: por una parte, la sociedad de los profesionales, colegiada, de la que derivan los códigos deontológicos de conducta profesional, y por otra, la sociedad civil de donde derivarse las políticas públicas de salud. El ejercicio médico actual a dejado de ser individualista (sin dejar de ser individual e irrepetible), para ser ejercido dentro de la organización sanitaria a través de guías clínicas y protocolos de carácter consensado, que garantiza la buena *praxis* (πραξις) técnica y la calidad, pasando de esta manera el médico a administrar la salud con la libertad de su ética individual en un sistema público en el que al profesional, a pesar de ser un funcionario asalariado, no se le pueda exigir una determinada práctica médica.

De este modo se impone la objeción de conciencia, racional y razonable, basada en principios éticos. En este sentido, la Asamblea General de la Organización Médica Colegial aprobó el 31 de mayo de 1997 la "Declaración de la Comisión Central de Ética y Deontología Médica"⁸⁸ en la que expresó:

"La negativa del médico a realizar por motivos éticos o religiosos determinados actos que son ordenados o tolerados por la autoridad, es una acción de gran dignidad ética cuando las razones aducidas por el médico son serias, sinceras y constantes y se refieren a cuestiones graves o fundamentales".

La relación sociedad / naturaleza humana.

Otros foros como la Conferencia Permanente Europea de los Comités Nacionales de Ética (Paris, Enero 1998) y la propia UNESCO, que han creado un Comité Mundial de Ética, abogan la premura por establecer un código mundial que por consenso establezca el nuevo marco ético de la sociedad, que armonice la ciencia y la naturaleza humana, protegiendo la especie. Se ha abierto, en consecuencia, un nuevo capítulo de la ética médico- social en defensa no sólo del individuo sino de la propia especie humana.

El ejercicio de la medicina en el contexto médico- social va a abordarse con un cambio cualitativo, que los profesionales se verán obligados a asumir. El conocimiento

⁸⁷ Laín. Intralco P. "Medicina Social y Ética Médica". Historia Universal de la Medicina. Barcelona. Ed. Salvat Editores SA. pp. 109-112. Año 1972.

⁸⁸ López Piñero. J.M. "Historia de la Medicina". Madrid. España. Ed. Medicina. Historia 16. Año 1990.

científico (ciencia pura o aplicada) se desarrollará de acuerdo con la "medicina basada en la evidencia", abandonando el empirismo científico de la última centuria.

El profesional de medicina, inmerso en un sistema sanitario público que cambia sus modelos de gestión y quien no imagina tener que ser gestor de ese cambio, se abocará a ser "proveedor" de servicios médicos, lo que exigirá la formación en técnicas de gestión y economía de la salud. Así mismo el médico se encontrará inmerso en la toma de decisiones de la administración sobre las presentaciones y la oferta de servicios, justificados en razón de la evidencia científica y del resultado en salud; resultados previsibles que el médico debe garantizar.⁸⁹

El ejercicio médico, también se modificará en los años inmediatos por el abordaje ético que requieren las nuevas técnicas que actúan sobre la naturaleza (physis) humana respecto a la eficacia/riesgo- seguridad/beneficio y la confortación entre las diferentes éticas del médico, del individuo y de la sociedad, que requiere nuevos códigos deontológicos mundiales en defensa de la especie humana.

También resulta importante pensar siempre en el servicio comunitario y actuar para la colectividad y también superarse y abandonar los individualismos, grupismos, las pasiones personales y las ambiciones políticas partidistas, que no representen los ideales de la totalidad del conglomerado.

Acto Médico

El acto médico es esencialmente un servicio de naturaleza personal que exige un contacto inmediato entre el prestador y el consumidor de esa forma particular de trabajo. Para que dicho encuentro se efectúe, prestador y consumidor deben movilizarse con objeto de que ese servicio se verifique. En la Antigüedad Clásica, los médicos deambulaban por las ciudades e iban de casa en casa ofreciendo sus servicios en terapéutica interna, cirugía y dietética. Con el transcurso del tiempo se modificó esa modalidad de oferta de servicios y a partir de muchos decenios atrás se reconocen tres formas de movilización para el acto médico:

- a. El médico acude al domicilio del paciente cuando su presencia es expresamente solicitada.
- b. El paciente busca el lugar específico de trabajo del médico, su consultorio.
- c. Los dos se encuentran en un ambiente colectivo y técnicamente diferenciado: hospital o clínica.

⁸⁹ Cervera Soto. Santiago. "El Ejercicio de la Medicina en el contexto médico-social del año 2000". Navarra, España. Rev. Española de Salud Pública. 2000. p.p. 1-13.

Antecedentes Históricos

La medicina conocida como "liberal", como forma histórico social combina esos tres lugares de práctica técnica pero establece una nítida hegemonía: el trabajo en el consultorio.

La medicina liberal a lo largo de toda su evolución jamás logró equiparar la asistencia individual de los que podían pagarla con las poblaciones carecientes o de trabajadores. Por eso, cuando surge y se afianza la seguridad social, los conflictos son constantes entre la Medicina privada y los sistemas solidarios.

Sin lugar a dudas la imagen del médico ha cambiado: hoy es un hombre como los demás, sin privilegios. Su imagen se ha desdibujado al tiempo que destacaron las de otras profesiones que cumplen maestrías y doctorados con igual dignidad. No es intocable en cuanto a responsabilidad profesional; cobra y paga como todos. Ha perdido el rango sacerdotal, y debe rendir cuenta de sus errores – juicios de mala *praxis* (*πραξις*), y no se puede escudar en el secreto profesional.

La medicina liberal es la medicina cuyo ejercicio obedece a los siguientes principios:

- Libre elección del médico por el enfermo.
- Libertad de prescripción por parte del médico.
- Acuerdo directo entre enfermo y médico en materia de honorarios.
- Pago directo de los honorarios por el enfermo al médico (no existe organización mediadora).

En los sistemas de salud se va perfilando un sujeto que reemplazará al concepto de paciente: es el concepto de cliente institucional, este cambio se asocia a la concepción de la sociedad, la cual no se presenta como una comunidad de sentido, sino como una de servicios, de intercambios pragmáticos y competitivos. En el nuevo modelo, el individuo pasa a ser central; está menos vinculado a la suerte de actores colectivos, más orientado al mercado, al cálculo costo-beneficio y dentro de una lógica de ganadores-perdedores.

La base de regulación del contrato será el poder de compra de cada clientela; que es estimulada en forma incesante por el propio modelo tecnológico actual de intervención y es elitizada en forma progresiva por varios componentes del modelo, como por ejemplo el costo de la asistencia. Será a través de la capacidad de consumo permitida por la renta del consumidor, que se delimitarán aquellas mismas calidades.

En términos institucionales, desde hace 40 años el Estado es el gran empleador de la fuerza de trabajo médica: Una importante proporción de médicos labora para alguna

institución estatal, aspecto de gran importancia en el contexto de las políticas neoliberales que actualmente se siguen en el país, según las cuales, se implementó la primera reforma del Estado algunos años atrás y ahora la segunda reforma del Estado. Hasta este momento, la política que se ha seguido en relación con el personal que trabaja en las instituciones estatales ha sido la de incentivar las renuncias ó retiros voluntarios a través del aumento y la indemnización. Ésto conlleva a que los recursos humanos más calificados, especialmente médicos y enfermeras, renuncien a su trabajo en el sector público, especialmente en los hospitales. Por lo general, los médicos que se han retirado son aquéllos de mayor calificación, de niveles jerárquicos superiores y con práctica privada establecida.

Hasta el momento, la línea política es que los servicios de salud deben buscar "autogestionarse" (autofinanciarse). Esto significa que el Estado no va a aumentar, sino a disminuir su aporte y que cada unidad debe conseguir "formas creativas de financiamiento". Ésto ha sido entendido así por los funcionarios de los servicios de salud, especialmente en los hospitales donde han aumentado las tarifas por atención, buscando así incrementar la participación porcentual del rubro "ingresos propios" dentro del presupuesto.

A lo anterior se suma un marcado deterioro en los ya insuficientes servicios de salud con la correspondiente disminución en la accesibilidad a los servicios de salud de grandes sectores poblacionales. Este impacto ha sido mucho mayor por el predominio del modelo de atención de salud centrado en la enfermedad y el individuo, con la aplicación de tecnologías de alto costo, sin una racionalidad básica que favorezca la utilización equitativa de los servicios. Simultáneamente, se evidencia un significativo incremento de la participación de diversas fuerzas sociales en la defensa de sus derechos ciudadanos, lo cual plantea un reto al sistema político tradicional a fin de articular la acción de la sociedad civil a sus procesos de gestión.

Debe añadirse el impacto del desarrollo económico y tecnológico sobre la medicina. La medicina liberal, en la que el médico y el paciente en su relación decidían autónomamente sobre el tipo y los costos de los servicios, está desde hace tiempo superada por la mediación de la organización de asistencia de salud.

La característica más típica del trabajo médico es que se asienta en bases técnicas y éticas conjuntas y necesariamente simultáneas.

El trabajo médico, por lo tanto tiene que ser especificado como una labor donde la ética y la técnica dependen una de la otra como las caras de una misma moneda y que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

dicha dependencia es completamente necesaria. La coexistencia de éstas dos especificaciones de medicina, resulta no ser algo sencillo. Ellas disputan la soberanía de la práctica médica pero sin que la una pueda abandonar a la otra. Hoy día, la técnica se ha convertido en algo sumamente importante, lo que hace que se presente como si fuese independiente del ejercicio de la ética. La moral parece ser más una mera circunstancia con recurso adicional al puesto de acción técnica, que parte integral de la propia sustancia del ejercicio. De ahí que, en vez de una "técnica moralmente dependiente", el ejercicio de la medicina tiene que tomarse como si fuera una técnica moralmente modelada. Esta dependencia fue la señal de la medicina liberal, en la cual surgió la constitución de la ética como verdadera herramienta tecnológica de la práctica médica. La ética correspondió a la construcción de la autonomía profesional, y se constituyó en el sólido apoyo de la posición de la autonomía.

Asimismo, la tradición médica es una fuerza activamente configurativa del presente, en cuanto a la superespecialización, la pérdida de la relación médico – paciente, la burocratización de la atención y su centralización en hospitales monstruos saturados de tecnología; la búsqueda ansiosa por parte del paciente de una atención personalizada de una medicina que por vía de una tecnologización creciente ha terminado por deshumanizarse, alejándose de las profundas necesidades del individuo, reemplazando la clínica por el laboratorio y los monitores, revelándose incapaz de hacer frente a la compleja patología de nuestra sociedad actual y sumando yatrogenias.

Tanto el sistema de atención de la salud como la medicina están en crisis.

Se pueden sintetizar las problemáticas actuales respecto de la medicina de esta manera:

- Amplio proceso de democratización y construcción de ciudadanía;
- Aparente superación de la crisis económica con adopción de políticas de ajuste estructural;
- Reducción del apoyo estatal con impacto desfavorable en los sectores sociales;
- Énfasis en el derecho a la salud y reformulación sectorial;
- Significativa incorporación tecnológica y aumento incontrolable del costo de la atención a la salud;
- Colectivización del trabajo médico en reemplazo progresivo de la práctica liberal;
- Amplia experimentación de innovaciones educativas encaminadas a la transformación del perfil profesional y al perfeccionamiento didáctico pedagógico.

Poder Médico

La ciencia médica tiene como características:

- Es difícil de adquirir por su complejidad.
- Está en constante evolución.
- Sirve para resolver problemas de muerte e impotencia humana.

Lo anterior le confiere poder a la medicina (y al médico). Así que no es de extrañarse que en rededor de la medicina se haya creado un círculo y se la considere como uno de los grandes poderes que ha habido a lo largo de la historia.

Un elemento distintivo y característico de su poder es la liturgia médica, formada por la bata blanca (lo diferencia de los demás mortales); el vocabulario (lo hace incomprendible para el no iniciado) y la escritura ilegible, tan típica.

En todas las sociedades distintos actores han pugnado por hacerse con el poder del médico.

"Se está juzgando cada vez con mayor rigor el accionar médico"

Replantear las metas de la medicina requiere, al mismo tiempo, cuestionar las metas y valores de la sociedad y de su sustrato social.

Las personas interactúan física y socialmente con otros para solventar sus carencias y así enfrentar la vida y el entorno físico.

La medicina sirve a necesidades humanas comunes y existen valores que deberían merecer respeto y aceptación universal. La autodeterminación y la justicia son valores particularmente importantes.

La investigación médica requiere del consentimiento informado, el cual debe ser trabajado por la sociedad con el fin de tener un nivel aceptable de asistencia sanitaria equitativamente para todos; los tratamientos médicos deberían estar basados en la mejor evidencia científica disponible acerca de su eficacia, y la conmiseración y la justicia deberían ser el sello distintivo de la asistencia médica humanizada.

Sobre la naturaleza de la medicina y sus metas existen dos visiones opuestas y complementarias a la vez: una que intenta discernir las metas inmanentes, la otra que intenta descubrir las metas construidas socialmente, ligadas a los tiempos y a la cultura. La posición inmanentista⁹⁰ sostiene que los fines peculiares de la medicina están constituidos como respuesta intrínseca a la universal experiencia humana de la enfermedad. Esta respuesta subraya la necesidad de reparar, ayudar, cuidar y curar.

⁹⁰ Hasting Center Report. "Medicina y sociedad".
[Http://www.fdpi.org/bibliografia/metlas_mc/medicina_sociedad.as](http://www.fdpi.org/bibliografia/metlas_mc/medicina_sociedad.as).

La medicina debería aferrarse a esos valores inherentes. Ellos permitirán resistir los intentos de dominación o manipulación social, y le otorgarían su rumbo. Para los médicos, por su parte, esos valores sostendrán su integridad, independientemente de cuáles sean los valores sociales. La medicina, inevitablemente, estará influida por los valores y objetivos de la sociedad en la que se encuentre, pero no significa que sus propios valores puedan o deban reducirse a aquéllos.

Una medicina que no posea dirección interior o valores centrales, será fácilmente victimizada o mal utilizada por la sociedad debido a la falta de recursos para resistir las usurpaciones en su contra – como notoriamente ocurrió con la medicina nazi y comunista. Pero es también ingenuo pensar que los valores médicos se mantendrán exentos de influencias sociales. Dado que los médicos, el personal sanitario y los pacientes son parte de la sociedad, nunca será posible trazar una línea neta entre la medicina y otras instituciones sociales.

Lo más apropiado parece un diálogo abierto y continuo entre la medicina y la sociedad, en el que cada una procure expresar su manera de comprender la enfermedad y la muerte, así como su perspectiva sobre la provisión de asistencia sanitaria. Del lado médico, la ética y la integridad en la práctica de la profesión serán de importancia fundamental.

Los pacientes deberían saber la verdad sobre su condición, y que sus puntos de vista y valores personales deberían ser tomados con toda seriedad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO II

ÉTICA, MEDICINA, TECNOLOGÍA, BIOÉTICA, TANATOLOGÍA Y EUTANASIA.

2.1. Ética y Tecnología Médica.

Sin lugar a dudas nos ha tocado vivir en un mundo regido por la tecnología, considerada por nuestra civilización como parámetro de progreso.

¿Emulando a Dios?. Lo que pueda hacerse, será hecho. No todo lo técnicamente posible es éticamente aceptable.⁹¹

No cabe duda que la ciencia y la técnica pueden traer alivio y satisfacción al género humano, pero no debe perderse de vista que el uso anárquico de los poderes adquiridos puede ser generador de daños irreparables.

El enfrentamiento entre los principios morales y científicos respecto al uso de los descubrimientos de la ciencia experimental está sometido a su más difícil prueba.

El término *tekhne* (τεκνηνικη) proviene del griego que suele traducirse por técnica, pero también por arte. Lo que atañe al arte o la técnica es producto de la intervención humana y no de la naturaleza.

El drama acontece cuando el ser humano jugando a ser Dios, se burla de la naturaleza porque el vacío que crea entonces acaba por absorberlo y negarlo. Esta es la paradoja de la técnica que vemos por todas partes: por un lado, control y dominio extraordinarios; por el otro subordinación y alienación. Por lo que manipular la vida y rechazar las fronteras de la muerte se convierte en un fin deseable.

La esperanza técnica contiene en sí misma sus propios límites. Cuando la producción artificial, sobre todo la económica, se convierte en la medida del éxito, no debe extrañarnos que el ser humano pierda la dirección, es decir, el sentido.⁹²

A través de las conquistas tecnológicas y los avances de la ciencia, nuestro fin de siglo se caracteriza por una pérdida de sentido. Nuestra civilización se caracteriza por una ideología que incluye el proceso sin límites, es decir, sin reglas ni control.

Como marca René Dubos⁹³: nuestras sociedades, toman sus decisiones en

⁹¹ Hurtado Oliver, Xavier. "El derecho a la vida y a la muerte?" México, D.F. Ed. Porrúa. Año 2000.

⁹² Louis Baudouin, Jean, Blondeau, Danielle. "La ética ante la muerte y el derecho a morir". Barcelona, España. Ed. Herder, S.A., p II. Año 1995.

⁹³ Dubos, Rene. "Choisir d'être humain." Paris, Francia. Ed. Colección Meditations. No. 147. p. 167. Año 1974.

función de los medios y no de los fines, su criterio es la cantidad de producción y consumo en vez de la calidad de vida humana.

Nuestra época concede a la soberanía del "yo narcisista" todas las coartadas y privilegios. El egocentrismo sirve tanto de barrera como de filtro en las relaciones humanas. La cultura técnica es una carrera por el tener a expensas del ser, un aumento del egocentrismo que aísla y destruye los valores familiares. La solidaridad ha cedido el paso al individualismo. El ser humano que muere se encuentra solo consigo mismo.

Al negar sistemáticamente los problemas de los demás, el narcisismo y el egocentrismo de la cultura generan aburrimiento. Para colmar el vacío se prima la búsqueda del placer en todos los sentidos. El arte de vivir (*viviere*) se superpone al de vivir bien (*bene vivere*), basado esencialmente en el consumo del placer inmediatamente disponible. La insatisfacción es general, la calidad de vida no es necesariamente proporcional al desarrollo cuantitativo de la cultura industrial y técnica. Nace en nuestro interior el sentimiento de haber apartado y arrinconado indebidamente algo tan indispensable como fundamental: el sentido y la calidad de las cosas. El deseo de construir el mundo supera al de apropiarse de su sentido, deplora precisamente la pérdida de lo esencial, de la búsqueda de lo esencial. Se crea un profundo vacío.

El carácter sagrado de la vida pronto dejó de ser un criterio suficiente para tomar decisiones sobre la vida y la muerte, sobre todo desde que la evolución tecnológica permite mantener la vida de modo artificial casi indefinidamente.

Para describir, perfectamente el pánico que siente la humanidad ante la invasión de la ciencia se expresa: miedo físico, miedo intelectual y miedo moral que hace perder al hombre sus referencias y valores.

El miedo a la muerte sigue allí, ni el progreso científico ni en la tecnificación de la muerte encontrará respuesta a su desilusión y a su angustia. A la muerte se la rechaza ante todo por miedo. La tecnología controla el proceso de la muerte. La tecnociencia con sus mil promesas ha exacerbado la conciencia del carácter ineludible de la muerte, sembrando una cierta desilusión y reactivado la angustia; ha contribuido a la pérdida de sentido de la vida, y de la muerte, ya que la ciencia no produce sentido. La tecnificación ha dejado su huella indeleble sobre el rostro de la muerte.

La ciencia y la técnica constituyen en la actualidad la principal fuerza productiva de la sociedad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La bioética tiene que ver con el punto de contacto entre la ética y la tecnología médica moderna en lo que afecta el control de la vida humana⁹⁴. Los avances tecnológicos médicos se pueden clasificar en tres categorías: los que permiten la curación de enfermedades a un costo moderado; los que facilitan y hacen posible la prevención de enfermedades y la promoción de salud con poco dispendio económico y los que permiten mantener la salud y una calidad de vida aceptable, pero que para su implantación exitosa necesitan de considerables recursos tanto en la esfera material como lo humano⁹⁵.

Frente a la sociedad, los avances tecnológicos de este último tipo son generadores de problemas, ya que son los factores económicos los que decidirán a la larga si el surgimiento y dominio de una nueva tecnología debe o no tener una repercusión inmediata en la comunidad, ya sea por facilitar, limitar o finalmente rechazar su uso.

Las nuevas tecnologías al ser aplicadas en el campo de la medicina pueden conducir a nuevos daños iatrogénicos, o a daños que el médico ocasiona aunque éste siempre intenta el bien, o sea devolver la salud al paciente y que violan el principio de la no maleficencia de la bioética.⁹⁶

La práctica médica actual enfrenta continuamente al facultativo con dilemas o problemas de tipo ético relacionados con los adelantos obtenidos en el campo tecnológico, ya sean de carácter diagnóstico o terapéutico. Muchas decisiones de conflicto determinan que el médico no siempre desarrolle una conducta de respeto a las esperanzas y deseos del enfermo debido a que en muchas directivas de los políticos, se favorecen más las inversiones para la sociedad en su conjunto que para el individuo aislado.

En los últimos tiempos se ha observado una tendencia, no despreciable, al abuso en el empleo de los medios tecnológicos en la práctica médica.

La conclusión inevitable de lo referido es que muchos facultativos ignoran realmente la utilidad de las pruebas que indican en comparación con otras parecidas, ya sean en relación con su posible valor en diferentes situaciones clínicas o bien con respecto al costo real de tales pruebas.⁹⁷

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁹⁴ Ferguson, S.B. Wright, D.F. "Nuevo Diccionario de Teología". El Paso E.U. Ed. Casa Bautista de Publicaciones, pp. 146-8. Año 1992.

⁹⁵ Blac, D. "The paradox of medical care". Londres, Inglaterra. 13 ed. Coll. Physicians. 1979. pp. 57-65.

⁹⁶ Guamer, V. "Nuevas Tecnologías y Nuevos Daños Iatrogénicos". México D.F. Gaceta Médica de México Vol. 131 No. 5-6: 1995. pp. 533-51.

⁹⁷ Jennet, B. "High technology medicine. Benefits and Burdens". Ed. Oxford. University Press. pp 53-74. Año 1986.

La aplicación consciente y consecuente de los principios de la Bioética llevan, a todas aquellas personas responsabilizadas con las investigaciones y la prestación de servicios biomédicos, a una mayor competencia y mejor desempeño en el ejercicio de sus actividades, hacia la excelencia investigativa-asistencial en el campo de la Biomedicina.

La tendencia progresiva a la tecnificación y al desarrollo de la medicina contemporánea tiene también algunas consecuencias negativas, en el sentido que el aparato no da una idea acerca de la personalidad del enfermo, con su complejo mundo sociopsíquico y moral de inquietudes y aspiraciones. El peligro está precisamente en la relación médico-aparato-paciente, donde el enfermo puede ser sometido a acciones mecanicistas que indefectiblemente lo lleven a un plano de despersonalización.

Emplear la nueva tecnología médica entraña también diversas preocupaciones como su elevado costo, el acceso equitativo de los pacientes a los servicios de salud, el consentimiento voluntario para someterse a una nueva tecnología, la relación médico-paciente, así como el perfil profesional del médico del futuro. En efecto, el alto costo de estas tecnologías de punta obligará, sin dudas a controlar más e investigar la relación costo/beneficio particularmente de aquellos procedimientos de alto costo y alto riesgo. La atención médica, a tenor de la introducción de estos adelantos, se ha encarecido sostenidamente en los últimos años, lo cual establece el dilema de quiénes deben beneficiarse principalmente de ellos: los que pueden pagar, o los que los necesitan realmente.

En las circunstancias actuales en que vive el mundo, los países subdesarrollados continúan siendo las principales víctimas de los cambios en la economía internacional y el sector de la salud se halla entre aquellas áreas que han quedado relegadas. Las «políticas de ajuste económico» repercuten fundamentalmente en el desarrollo social, con un sostenido déficit de recursos, que se refleja en reducidos presupuestos de salud, a lo cual se adiciona la persistencia de una desigual distribución del ingreso nacional, de forma tal, que amplios sectores de la población quedan marginados del acceso, no ya de tecnologías de punta, sino incluso de los más elementales servicios de salud.

La insuficiente información junto con la propaganda sensacionalista de los medios de comunicación dominados por el interés de las ganancias que tienden a generar falsas esperanzas, ha conducido al fenómeno comúnmente conocido como «abuso tecnológico». Precisamente, una de las cuestiones importantes que plantea el uso de un nuevo procedimiento médico, está relacionado con las condiciones en que se verifica actualmente el acceso de países subdesarrollados al progreso científico-técnico.

La necesidad urgente de reconstruir cuidadosamente la ética médica con la finalidad de abordar los nuevos dilemas y conflictos que la tecnología médica y las políticas de salud en la evolución introducen en la función del médico y en la gestión de salud, se hace impostergable en este momento histórico con nuevos enfoques y estructuras; debe poner fin a las condiciones antagónicas entre los valores científicos y morales sin perder los principios humanísticos.

Las inversiones gubernamentales en la ciencia médica dieron como resultado toda una serie de nuevas tecnologías médicas e intervenciones terapéuticas. La relación entre ciencia y medicina que comenzó a finales del siglo XIX empezó a dar sus frutos en forma de nuevos medicamentos, máquinas de hemodiálisis, técnicas de trasplante de órganos, sistemas de soporte vital, técnicas de alimentación artificial, unidades de cuidados intensivos, intervenciones quirúrgicas salvadoras, etc. Sin embargo, con cada nuevo avance aparecieron nuevos problemas éticos. En los años sesentas, un comité de ética en el estado de Washington- EUA, intentó tomar decisiones éticamente justificables sobre quién debía tener acceso a una máquina de hemodiálisis cuando esta escasa tecnología no podía ofrecerse a todos. La bioética moderna no está interesada únicamente en la investigación médica en sujetos humanos y en la humanidad de las intervenciones médicas. Desde sus inicios se ha preocupado por la participación de los pacientes y las comunidades en la toma de decisiones sobre asuntos socioeconómicos, tales como la distribución de recursos escasos.

Los médicos siempre han aceptado la responsabilidad moral que conlleva el ejercicio del poder médico sobre los pacientes. Tradicionalmente, la ética médica ha expresado esta responsabilidad en forma de códigos y tratados éticos publicados por las propias asociaciones de médicos. Todo poder profesional autorizado socialmente, y especialmente el poder médico, lleva aparejada una responsabilidad pública. El derecho a practicar la medicina implica restricciones morales tanto internas como externas.

La medicina científico-tecnológica ha llevado tratamientos médicos a foros públicos de discusión. La práctica de la medicina pasó de la intimidad, del consultorio o la casa del paciente a los hospitales públicos, donde las respuestas a los problemas éticos tenían que justificarse públicamente.

No es posible estar en contra de la tecnología, que por cierto ha salvado y salvará con éxito muchas vidas, sino en contra de su endiosamiento al ocupar el lugar del acercamiento humano, de ese encuentro singular e irreplicable con el paciente muriente.

TRAFICAR CON
FALLA DE ORIGEN

Estamos en contra de la "aparatoología" que nos aleja de él en el momento más trascendentalmente reflexivo de la vida que es justamente la cercanía con la muerte.

La tecnología tanatocrática, medicaliza la experiencia de muerte, se la roba al moribundo.

La tecnología racionalmente empleada posibilita la continuidad de la vida en cantidad y calidad. Su empleo irracional la convierte en tanatocracia, imposibilitando una muerte digna, entendiendo como tal aquélla sin dolor, con lucidez para esa experiencia reflexiva y fundamentalmente con capacidad para recibir y transmitir afectos.

Cuando así ocurre ese momento final, la decaetaxis (δεκαεξίς) de los griegos, "no es terrorífico ni doloroso; la muerte tiene lugar en la calma, probablemente pasó hacia un mundo y un modo de existencia que el muriente ya ha entrevisto". Cuando posibilitamos una muerte digna estamos honrando la vida, *morte digna vita honora*.

Ya no hay nada que hacer. Típica frase que dirigimos a los familiares de un enfermo cuya muerte es ineluctable. Deberíamos decir ya no hay nada que tratar, porque en realidad hay mucho todavía por hacer, más aún, es cuando más podemos hacer. Tenemos recursos invalorable: el efecto sanador de nuestras palabras, de nuestras manos y de nuestra presencia.

Herederos del dualismo cartesiano mente y cuerpo, nos constituimos en plomeros de cuerpo antes que médicos de la persona. Ésta necesita algo más que remedios y aparatos, nos necesita a nosotros como persona-médico y en esta relación la palabra es fundamental. ¿Qué decirle a un paciente en esas circunstancias? Siempre, con un mensaje de esperanza, las palabras serán un bálsamo. Pero a veces las palabras no alcanzan, entonces están nuestras manos, esas manos "vencedoras del silencio".

Qué razón tenía quien dijo que en terapia intensiva los enfermos a veces mueren con "hambre de piel", en nosotros está el saciarlos, comprenderlos.

Por último, el efecto sanador de nuestra propia presencia, que el paciente sienta que estamos a su lado, que vibramos en ese encuentro irrepitible de persona-persona, que estamos en su misma sintonía corporal. Entonces, ayudando así a bien morir nos estamos ayudando a bien vivir.

La sanidad que realmente triunfa es la que está apuntalada en el comportamiento ético del profesional sanitario y no la tecnológicamente triunfalista y, sin embargo, paupérrima desde la perspectiva ética. ¿Para qué serviría un triunfo médico, desde la perspectiva tecnológica, si constituye un aparatoso fracaso ético y va en contra de los deseos y expectativas del paciente?. Éste, es precisamente uno de los retos que tiene

planteados la medicina moderna. El avance tecnológico y las numerosas y necesarias especialidades surgidas han hecho que la medicina avance considerablemente. Pero en este ámbito existe una importante disonancia entre la búsqueda del éxito y la tecnología médica más audaz y sofisticada, por una parte y, simultáneamente, el olvido de la dignidad y del respeto que se deben al hombre enfermo. El problema más acuciante de la medicina contemporánea no reside tanto en la innovación tecnológica de sus procedimientos como en el rearme ético de los profesionales sanitarios. Es preciso optar por este rearme ético, condición indispensable para el ejercicio profesional pleno y satisfactorio en la acción de curar, cuidar, aliviar, compartir o, simplemente acompañar -cuando no se puede hacer otra cosa.⁹⁸

2.2. Bioética y Medicina

Definición de Bioética.

Bioética es un neologismo derivado de dos palabras griegas Bios ($\beta\iota\omicron\sigma$) vida y ethike ($\epsilon\tau\eta\lambda\iota\kappa\epsilon$) ética y es el estudio sistemático de las dimensiones morales – incluyendo visión, decisión, conducta y normas morales – dos ciencias de la vida y del cuidado de la salud, utilizando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario.⁹⁹ Se puede conceptualizar a la bioética como ética aplicada a la vida.

Bioética es la disciplina que estudia los problemas morales de la biología y la medicina, las ciencias de la vida y la atención a la salud; es una ética aplicada a la conducta humana en ese campo del saber y sus implicaciones.¹⁰⁰

La bioética general se ocupa de los fundamentos éticos, de valores y principios y de fuentes documentales de la ética (derecho internacional, deontología, legislación); la bioética especial analiza los problemas tanto en el terreno médico como biológico: eutanasia, aborto, ingeniería genética, etc. Estos temas deben ser resueltos a la luz de los modelos y de los fundamentos que el sistema ético adopta como base de justificación del juicio ético. La bioética clínica o toma de decisiones examina los valores en juego y los medios concretos para encontrar la conducta adecuada a aplicar. Bioética general, especial y clínica quedan unidas por un hilo conductor común: la adopción de modelos y

⁹⁸ Polaino-Lorente A. "Manual de Bioética general". Madrid, España. Ed. Rialp SA, p. 2.

⁹⁹ "Encyclopedia of Bioethics". E.E.U.U. Ed. W.T. Reich. Introducción PXXI, 2ª ed. vol. 1. Año 1995.

¹⁰⁰ Mainetti, José Alberto. "Ética Médica. Principios Rectores y Comité Hospitalario". B. Aires. Argentina. Ed. ADECRA. Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República de Argentina. 2000. http://www.adebra.org.ar/html/revista_sumario_jun00_4.htm.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

principios racionalmente válidos y por valores de referencia que son: el valor fundamental de la vida y el valor trascendente de la persona.

El término Bioética fue introducido en 1971 por el oncólogo experimental norteamericano Van Rensselaer Potter en su libro *Bioethics Bridge to the Future*. El desarrollo científico no debe atenerse solo a los hechos sino también a los valores.

La Bioética Médica se ocupa de los conflictos de valor que surgen en la esfera de la atención sanitaria.

Aboga porque se respeten los valores de la persona y se le consulte en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Se intenta dar solución a problemas que tienen que ver con el inicio, transcurso y final de la vida. Asume un enfoque interdisciplinario y pluralista.

El instrumento de estudio de la Bioética resulta de la específica metodología interdisciplinaria que se propone examinar de modo profundo y adecuado la naturaleza del acto biomédico (momento epistemológico), de revelar las implicaciones sobre el plano antropológico (momento antropológico), de individualizar las soluciones éticas y las justificaciones de orden racional que sostienen tales soluciones (momento aplicativo).

Al ser multidisciplinaria la naturaleza de su competencia requiere de formación básica en las siguientes áreas: biomedicina, antropología, filosofía, jurisprudencia, teología.

Historia de la Bioética.

La Bioética es una disciplina muy joven que apenas cuenta con 25 años de existencia. La historia de la bioética pertenece al siglo XX.

Sus antecedentes más remotos pueden encontrarse en los crímenes de guerra cometidos por los nazis, durante la segunda guerra mundial, cuando realizaron experimentos directamente con seres humanos, con los prisioneros de guerra.

Con el testimonio allegado por víctimas sobrevivientes, victimarios, testigos, archivos y evidencias sobre los excesos cometidos con la participación de personal sanitario, nació el "Código de Nüremberg" (1947). Este es el primer documento que provee regulaciones éticas para las investigaciones de la medicina en sujetos humanos basada en el desarrollo del consentimiento libre e informado.

El segundo antecedente decisivo se produce 10 años después, cuando en 1957 el Tribunal Supremo del Estado de California promulgó la sentencia del caso Salgo vs. Leland Stanford Jr. University of Trustees. Dicha sentencia es la que utilizó por vez

primera el término "consentimiento informado", una expresión sintética que enuncia el derecho de los pacientes a recibir información acerca de los procedimientos médicos a los que van a someterse y a decidir libre y voluntariamente si desean o no someterse a ellos.

El siglo XX empezó a dar sus frutos en forma de nuevos medicamentos, máquinas de hemodiálisis, técnicas de trasplante de órganos, sistemas de soporte vital, técnicas de alimentación artificial, unidades de cuidados intensivos, intervenciones quirúrgicas salvadoras, etc.

En los años sesentas, un comité de ética en el estado de Washington intentó tomar decisiones éticamente justificables sobre quién debía tener acceso a una máquina de hemodiálisis cuando esta tecnología no podía ofrecerse a todos.

En el transcurso de la década de los sesenta se constituyó el proceso directo de gestación de la bioética. En 1961, la catástrofe del somnífero "Contergan" (talidomida), productor de graves malformaciones congénitas, reavivó la polémica sobre procedimientos de investigación y control de fármacos, lo que derivó en 1964 en la 18ª Asamblea Médica Mundial a promulgar la Declaración de Helsinki, como actualización de los normas éticas que deben de guiar la experimentación con seres humanos. En 1966, el teólogo protestante norteamericano Joseph Fletcher publicó el libro «*Situation Ethics: The New Morality*». La «ética de situación», en donde propone va a ser uno de los puntos de partida del desarrollo de la bioética en cuanto ética laica y pluralista. Y ese mismo año Henry K. Beecher publicó en la revista *The New England Journal of Medicine* un decisivo artículo donde denuncia 22 estudios que se estaban realizando en EE.UU. en condiciones no-éticas.

En 1971 Rensselaer Van Potter, un investigador del cáncer, acuñó por primera vez el término "bioética" en un libro titulado "Bioethics Bridge to the Future", donde reflexionó sobre los retos que plantea el desarrollo de la Biología a nivel medio ambiental y de la población mundial. Tan solo un año después, André Hellegers de origen holandés, experto en fisiología fetal fundó en Washington D.C. (USA) otro centro de investigación en bioética de enorme prestigio internacional: "The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics", que más tarde se transformaría en el "Kennedy Institute of Ethics" actualmente vinculado a la Universidad de Georgetown.

El período que comprende desde el inicio de los años setenta a los primeros años de los ochentas es cuando la bioética adquirió un cuerpo disciplinario definido. Son por tanto los años más importantes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En 1972 se produjo otro hito de la teoría judicial norteamericana sobre consentimiento informado, la sentencia del caso Canterbury vs. Spence. Por primera vez se obligó a los médicos de aquel país a tomar conciencia clara de que las relaciones con sus pacientes debían cambiar. En 1973, la Asociación Americana de Hospitales promulgó la primera "Carta de Derechos del Paciente"¹⁰¹ que sirvió como modelo a todas las demás Cartas de Derechos de Pacientes del mundo occidental. Con ella irrumpió el concepto de paciente adulto y autónomo de manera definitiva en el campo de la toma de decisiones médicas.

En el año de 1972 una portada del New York Times informó al mundo entero sobre el Estudio de Sífilis de Tus Kegee. Ningún individuo había sido informado y tampoco se les había suministrado terapia alguna para combatir la enfermedad.

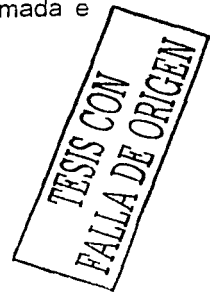
En 1976, una nueva cuestión bioética desató la polémica. El Tribunal Supremo del Estado de New Jersey se pronunció favorablemente por la petición de los padres de Karen Ann Quinlan, de que se desconectara del respirador artificial a su hija, en estado vegetativo persistente desde 1975. A esta medida se oponía el personal médico del hospital. Karen continuó respirando espontáneamente hasta su muerte en el año 1985. En su decisión, el tribunal sugirió la conveniencia de que se establecieran en los hospitales "comités" que permitieran manejar adecuadamente situaciones similares. Y también, en ese mismo año se produjo la primera aportación teórica importante a la nueva disciplina: Howard Brody (médico familiar) publicó el libro "*Ethical Decision in Medicine*", donde esbozó el primer procedimiento de toma de decisiones en ética clínica, inspirado en la teoría de la decisión racional.¹⁰²

El Código de Nüremberg respondió con lo que llegaría a convertirse en uno de los fundamentos de esta nueva ética: la exigencia de obtener el consentimiento informado de los participantes.

El consentimiento voluntario del sujeto humano significa que la persona de que se trate debe estar en condiciones de escoger libremente, sin la intervención de ningún elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción, abuso de poder o cualquier otra forma de obligación o coerción; y debe tener suficiente conocimiento y comprensión de los elementos del problema en cuestión como para poder tomar una decisión informada e

¹⁰¹ Beauchamp TL. Walters Le Roy. "Contemporary Issues in Bioethics". 1978. Belmont (CA-USA). Wadsworth Publishing Co.

¹⁰² Brody H. "Ethical Decisions in Medicine". Boston. Ed. Little Brown. pp. 8. Co. Año 1976.



inteligente. Exige que sea informado de la naturaleza, duración y propósito del experimento; el método y los medios que van a utilizarse para su realización; todos los inconvenientes y riesgos razonablemente previsibles; y los efectos sobre su salud o persona que pueden resultar.

En los Estados Unidos de Norteamérica, el Servicio de Salud Pública (SSP), una agencia que más tarde pasaría a llamarse Departamento de Salud y Servicios Humanos, recibió la responsabilidad de proteger los derechos y el bienestar de los sujetos de investigación. En los años sesentas, el SSP estableció criterios éticos para la realización de investigaciones en seres humanos. En los años setentas, se creó la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y Conductual. Esta comisión emitió 125 recomendaciones para mejorar la protección de los derechos y el bienestar de los sujetos de investigación.

En 1978 se publicó el informe Belmont, fruto del trabajo realizado por la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Sciences (USA) entre 1974 y 1978.¹⁰³

Este informe afirmó que los problemas éticos de la medicina pueden analizarse evaluando el cumplimiento o la ruptura de varios principios éticos básicos (respeto, beneficencia y justicia).

En 1979, T.L. Beauchamp y J.F. Childress publicaron el libro *Principles of Biomedical Ethics*. El manual de bioética de más influencia en EE.UU – y por extensión en el mundo occidental en los diez años siguientes¹⁰⁴. También en 1978 vio la luz la *Encyclopaedic of Bioethics*, un trabajo colectivo en 4 volúmenes coordinado por W.T. Reich¹⁰⁵. En su elaboración, impulsada por el Kennedy Institute, participaron los bioeticistas más destacados del momento.

En 1983, cuando finalizó sus trabajos la President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, (1980) publicó nueve informes para abordar un gran número de problemas bioéticos.

¹⁰³ Comisión nacional para la Protección de Personas Objeto de la Experimentación Biomédica y de la Conducta: "The Belmont Report" En Ensayos clínicos en España (1982 – 1988)". Ministerio de Sanidad y Consumo. Monografía Técnica Nº 17 Anexo 1; 1990, pp. 75-78.

¹⁰⁴ Beauchamp T.L. Childress J.F. "Principles of Biomedical Ethics". New York. Ed. Oxford Univ. Press, 1ª ed. Año 1979.

¹⁰⁵ Reich W.T. "Encyclopedia of Bioethics". New York Free Press Ed. Macmillan Publishing Co. Inc. Año 1978.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En 1986 vió la luz la primer obra dedicada monográficamente a tratar los problemas de bioética en la práctica de la medicina familiar, "*Ethical Issues in Family Medicine*", de los canadienses Ronald J. Christie y C. Barry Hoffmaster.¹⁰⁶

Actualmente, la bioética es una disciplina enteramente consolidada. En los Estados Unidos de Norteamérica prácticamente todas las Facultades de Medicina cuentan con Departamentos o Centros de Bioética o Ética Médica.

El gobierno de los EEUU continuó participando en el desarrollo de la bioética, mediante la Comisión Presidencial para el Estudio de los Problemas Éticos en la Investigación Biomédica. Esta comisión fue creada en los años ochentas con la encomienda de elaborar informes para el Presidente, el Congreso y otros departamentos gubernamentales relevantes.

En 1962, fecha del artículo Life, no solo no existía el término bioética faltaban muchos años para que se fundaran instituciones como el Hastings Center (1968) o el Kennedy Institute of Ethics (1971) o se establecieran las famosas comisiones, la Nacional primero y la del Presidente.

Desde la fundación de institutos de bioética no gubernamentales, han aparecido literalmente centenares de centros, programas, revistas y boletines. En 1987, La Asociación Americana de Hospitales publicó un listado con 77 organizaciones de bioética. En 1994, el Centro Nacional de Referencia de Literatura Bioética en la Universidad de Georgetown publicó un Directorio Internacional de Organizaciones de Bioética.

A principios de los años setentas y con ayuda de becas del National Endowment for the Humanities, el Instituto de Valores en Medicina y la Sociedad para los Valores Humanos y en Medicina inició un proyecto destinado a fomentar el estudio de la bioética en las facultades de medicina. Junto con otros integrantes de estas instituciones, el Dr. Edmund Pellegrino, prominente médico y humanista, visitó más de ochenta facultades de medicina para presentar a sus profesores y alumnos esta nueva disciplina y preparar un programa educativo en bioética para las futuras generaciones de médicos. El Dr. Pellegrino y sus colaboradores querían asegurarse de que la bioética iba a pasar de los textos, informes y comisiones hacia la práctica clínica de los médicos.

La propia ética se benefició de la bioética. En 1973, Stephen Toulmin argumentó que la ética médica había salvado a la ética en general de su declive y el olvido.¹⁰⁷

¹⁰⁶ Christie RJ, Hoffmaster CB. "*Ethical Issues in Family Medicine*". New York. Ed. Oxford Univ. Press. Año 1986.

¹⁰⁷ Toulmin, S. "How Medicine Saved the Life of Ethics". *Perspectives in Biology and Medicine* Summer Vol.25: 1973. pp. 736-750.

La UNESCO preparó para el año 1998 - cincuenta años después de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 – una declaración internacional sobre la aplicación de las nuevas ciencias biológicas al ser humano. El título provisional del documento reza "Declaración sobre la Bioética". Con este fin se fundó en 1993 un Comité Internacional de Bioética dentro de la UNESCO.

PRIMEROS INSTITUTOS DE BIOÉTICA	
1.	Kennedy Institute.
2.	Hastings Center.
3.	Instituto de Bioética Montreal.
4.	Instituto Borja de Bioética.
5.	Comité de Ética Asistencial del Hospital Sant Joan de Déu.
ORGANISMOS DE REFLEXIÓN Y ORIENTACIÓN BIOÉTICA.	
1.	Comunidad Europea. a) Comisión Europea. b) Consejo de Europa.
2.	UNESCO.
3.	Grupo Internacional de Estudios de Bioética (GIEB) de la Federación Internacional de Universidades Católicas (FIUC).
4.	Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (CCNE).
5.	Asociación Europea de Centros de Ética Médica (AE – EM).
6.	Asociación Interdisciplinaria José de Acosta.

En 1994, la Convención sobre Bioética del Consejo de Europa "Sobre la protección de los derechos y la dignidad humanos con respecto a la aplicación de la Biología y la Medicina", surgido como trabajo previo al proyecto de la UNESCO, llevaba el subtítulo "Convención sobre Bioética". Éste fue sustituido en 1996, por el subtítulo "Convención de los Derechos Humanos sobre la Biomedicina".

En la actualidad resulta fuera de discusión que el paciente con plenas facultades es libre para tomar decisiones respecto a su integridad psicofísica; tiene el derecho de aceptar o rechazar métodos para establecer el diagnóstico de su dolencia o el tratamiento.

Durante las XIV Jornadas de Derecho Civil, el Dr. Esteban Sandoval Luque¹⁰⁸, presentó como ponencia "El derecho a la autodeterminación".

¹⁰⁸ Sandoval Luque, Esteban. "XIV Jornadas Nacionales de Derecho Civil Ponencia: El Derecho a la Autodeterminación". Buenos Aires, Argentina. Año 1997.

FALTA DE ORIGEN

En 1963, la Asociación Médica Mundial¹⁰⁹ promulgó sus 12 principios para la provisión de asistencia médica.

Principios de la Bioética.

A los principios tradicionales de la ética médica, la Bioética añade dos nuevos principios: la autonomía (del paciente) y la justicia (que debe ejercer la sociedad a través de sus instituciones de salud).

El principio de la beneficencia significa hacer el bien en todas y cada una de las acciones que se realizan, pues el dañar no tiene cabida, de manera consciente, ni en la idea, de un profesional de la salud.

En el principio de no maleficencia se reconoce la obligatoriedad de hacer el bien y no el mal.

Como criterio universal para la determinación de los valores influye el progreso social: lo que lo favorece, constituye un valor; lo que lo dificulta u obstaculiza, constituye un antivalor.

Los valores universalmente reconocidos son: la vida y la salud.

La autonomía, se define como la aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones. La expresión más diáfana del pleno ejercicio de la autonomía, por parte de los pacientes, es el consentimiento informado, el cual consta de dos elementos fundamentales: la información y el consentimiento.

El principio de la justicia, se refiere a lo que los filósofos denominan "justicia distributiva", es decir, la distribución equitativa de bienes escasos en una comunidad.

Justicia en salud significa dar a cada quien la atención necesaria, en el momento preciso, con independencia de su status social y sin reparar en los costos.

A los tradicionales principios de la ética médica: "No dañar" y "Hacer el bien", se añadieron los de fidelidad y veracidad. El primero es sinónimo de amor, respeto, compromiso. Significa ser fiel a los intereses de los pacientes que se atienden.

La veracidad es un principio que ha estado más vinculado con el ejercicio responsable de la profesión. Decir la verdad aunque ésta coloque al profesional en una situación difícil al tener que admitir el haber cometido un error.

La honestidad, humanitarismo, integridad, dignidad profesional, justicia, prudencia, veracidad, ecuanimidad, paciencia, modestia, diligencia, lealtad o fidelidad al paciente,

¹⁰⁹ World Health Organization. "The environmental health criteria programme. The identification of new environmental health hazards". Ep Vol. 73 N° 1: 1973.

perseverancia, unidas todas ellas a la generosidad y benevolencia; pero sobre todo a la solidaridad, constituyen los patrones clásicos, y también vigentes, del personal de salud con elevada calidad en su servicio.

Es innegable la existencia de una frecuente crítica a la deshumanización de la medicina; crítica que señala aspectos como la indiferencia ante las necesidades emocionales de los pacientes, la despersonalización del personal sanitario, el insuficiente respeto ante la autonomía y la capacidad de decisión de los enfermos, que deberían ser, sin embargo, los principales protagonistas de un proceso que a nadie les afecta tanto como a ellos mismos.

La personalización o despersonalización se relaciona con el número relativo de aquellos que prestan asistencia sanitaria, existe un fuerte énfasis con la cercanía al paciente.

Causas de la Deshumanización.

La presión hacia la centralización de las instituciones y del personal, que resultante de la revolución tecnológica, y el incremento de costes médicos. El vertiginoso y masivo incremento del conocimiento médico y la creciente necesidad de especialización. Si los especialistas laboran dentro de una misma institución resulta más fácil acudir a ellos y reducir los costos de la terapia.

La burocracia es consecuencia difícilmente evitable de dicha racionalización, en numerosas ocasiones se generan cúmulos de informes en torno a los pacientes, entre los cuales se diluyen los rasgos personales y quedan eclipsados.

La amistad médica.

El médico y el enfermo deben ser como camaradas que recorren el mismo camino hacia una misma meta que es la curación del enfermo.

La relación médico-enfermo es de amistad hombre-hombre y consiste en:

- La benevolencia: se es amigo procurando el bien del otro.
- La benediciencia: se es amigo hablando bien del otro, en la medida que puede hacerse sin mentir.
- La beneficencia: se es amigo haciendo bien al otro. ¿Cómo? No es fácil determinar cómo se hace bien al otro.

El humanitarismo consiste en nunca sacrificar jamás un ser humano en aras de un objetivo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El médico "es un hombre bueno, perito en la ciencia y el arte de curar".

El "arte de curar" tiene cuatro características: "jamás inquietar"; siempre que sea posible, "suavizar"; a veces "curar", pero siempre "tranquilizar".

Existen, actualmente cuatro importantes modelos de referencia en la bioética:¹¹⁰

1. El modelo subjetivista o liberal – radical.

Toma como punto de referencia supremo la libertad.

2. El modelo pragmático-utilitarista.

Viene a ocupar el aspecto de la protección del bien individual de la persona.

Se fundamenta en el principio costo-beneficios.

Busca el éxito científico y los resultados en el campo social y experimental, sin proporcionar suficiente protección a los sujetos.

3. El modelo sociobiológico y la ética descriptiva.

Se inspira en el evolucionismo de Darwin, el sociologismo de Weber y en el sociobiologismo de Heisenck y Wilson.

Este modelo afirma que al igual que el cosmos y las diferentes formas de vida están sometidas a la evolución, las sociedades evolucionan, y por consiguiente han de cambiar también los valores morales, dentro de esta evolución biológica y sociológica.

Ideología en la que no es posible reconocer norma alguna válida para el hombre de todos los tiempos.

4. El modelo personalista.

Este modelo fundamenta la objetividad de los valores y las normas. Sin negar la capacidad de autodeterminación y elección de la persona. La persona vale por lo que es, y no sólo por las opciones que hace.

La necesidad de respetar la vida, el amor, la pureza, el desinterés al ejercer las acciones de salud, continúan siendo valores plenamente vigentes en nuestra sociedad.

La preparación ética constituye una necesidad de primer orden, junto con el compromiso social y al hecho de que prevalezca el sentido humanista en las acciones de

¹¹⁰ Turasco Michel. M. "Tendencias y Corrientes Filosóficas en Bioética, Medicina y Ética". [Encolombia.com](http://www.encolombia.com/reuma6199_problema/6.hun) 1994. 3p. 335. http://www.encolombia.com/reuma6199_problema/6.hun.

salud. Tanto en las instituciones hospitalarias del segundo y tercer nivel, como en la comunidad.

2.3. Ética y Tanatología.

El concepto de muerte

La palabra muerte del latín "*mors, mortis*" significa cesación o término de la vida. Es el cese de las funciones orgánicas de un ser vivo, más allá de las cuales no es posible la revivificación.

Interpretaciones del fenómeno de la muerte que ha hecho el hombre a lo largo de su historia:

- I. Separación irreversible del cuerpo y del alma.
- II. Cese irreversible del metabolismo de todas las células del cuerpo.
- III. Pérdida irreversible de los fluidos vitales en el organismo.
- IV. Pérdida irreversible de la capacidad de interacción social.
- V. Pérdida irreversible de la capacidad para la integración corporal.

La muerte es un atributo intrínseco de la materia viviente porque las partes del organismo que mantienen el estado de equilibrio están sujetas a la rotura o al desgaste. Cuando los controles dejan de ser eficaces el organismo sufre una enfermedad. Nos encontramos ante un desequilibrio temporal: si otros controles están intactos, el organismo puede iniciar una auto reparación, pero con el tiempo son tantos los controles que fallan que el desequilibrio se hace irreversible y el organismo debe morir.

Este concepto de muerte supone la pérdida irreversible de todas las funciones encefálicas, tanto corticales (actividad intelectual, conciencia, memoria, emociones) como vegetativas (respiración, presión arterial, temperatura). Las primeras dependen de la corteza cerebral, y las segundas del tronco del encéfalo y del hipotálamo. Cuando cesa el funcionamiento del encéfalo, las funciones físicas se van deteniendo sucesivamente.

El diagnóstico de muerte puede hacerse por criterios indirectos o criterios directos:

1. Criterios indirectos: es la comprobación de la ausencia irreversible de las funciones cardiopulmonares, es decir, circulación y respiración. La detención de la actividad cardíaca por más de quince o veinte minutos produce un daño permanente de todas las estructuras encefálicas.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2. Criterios directos: consisten en la comprobación de la pérdida irreversible de las funciones de la corteza cerebral y del tronco encefálico. Estos criterios directos son los llamados criterios de muerte cerebral.

El automatismo de la función respiratoria se ha perdido por el daño de los centros respiratorios del tronco del encéfalo, pero el automatismo cardíaco se mantiene gracias al nodo sinusal de la aurícula derecha, que proseguirá con su actividad mientras la sangre que lo irrigue tenga la suficiente cantidad de oxígeno.

Los criterios actuales para determinar que un sujeto inconsciente y sometido a respiración mecánica se encuentra en estado de muerte cerebral, son los siguientes, según el Informe de la Comisión Presidencial de los EEUU de 1981:

- Ausencia de función del tronco y de los hemisferios cerebrales: el sujeto no debe tener respuestas mediadas por estructuras encefálicas.
- Etiología bien definida y suficiente como para producir un daño irreversible.
- Persistencia de la ausencia de funciones encefálicas durante un periodo de observación (doce horas, o dos electroencefalogramas negativos con una diferencia de seis horas entre ellos).
- Exclusión de hipotermia, intoxicación por drogas, encefalopatías metabólicas y shock.

¿Cuándo se puede declarar a una persona legalmente muerta?

Esto difiere de acuerdo a cada país. La norma mexicana establece que debe hacerse una exploración clínica al paciente donde el médico corrobore los signos que ya conocemos que son de muerte: que no haya reflejo pupilar a la luz, que no haya defensa por parte de la córnea al tocarse, que no exista respiración espontánea, que no haya reflejos del tallo cerebral, es decir que con el electroencefalograma se compruebe silencio cerebral (cero actividad) sin que la persona esté bajo el influjo de ningún tranquilizante o barbitúrico. En otras partes se recurre incluso a sustancias como radioisótopos para comprobar que el cuerpo no reaccione a ellas.

Concepto de agonía.- La palabra agonía se deriva de la raíz griega agon ($\alpha\gamma\omicron\iota\upsilon$), etimológicamente significa la lucha que se desarrolla entre la vida y la muerte, misma que de antemano se encuentra resuelta a favor de la última, evidentemente.

Antecedentes histórico culturales sobre la muerte.

El homenaje o la tradición de rendir homenaje a los muertos o a la muerte de ninguna manera es solo mexicano o patrimonio exclusivo de los mexicanos. La manera de

interpretar el paso de la vida a la muerte, por ejemplo por los egipcios y durante siglos es magnificante del respeto, reverencia de la idea sublime de la muerte.

La cultura egipcia muestra rituales sofisticados, creencia en otros mundos, viajes subterráneos, juicio individual al morir y situaciones de premio o castigo. Como creyeron que el alma regresaba a ocupar el cuerpo del muerto lo momificaron para asegurar su supervivencia. Esta operación u osirificación que pretendía hacer del muerto un dios se complementaba con invocaciones, lecturas y oraciones.

En las culturas occidentales se le tiene temor a la muerte, se habla de un duelo, un duelo terrible, un proceso de catarsis aniquilante, de un dolor lacerante, estrujante, ¿de dónde viene eso?. La respuesta es de la cultura judía. Para los judíos la muerte es traumática y cuando se muere se puede llegar a un juicio terrible en el que el hombre puede ser destruido.

Para los judíos Dios era un Dios de terror en cambio para los pueblos egipcios los dioses eran buenos y eran dioses de amor y siempre andaba la diosa *Isis* salvando vidas, quitando los pecados y perdonándolos, era una diosa salvadora y con arrepentirse antes de morir y rogarle a la diosa *Isis* virgen, se eran perdonados todos los pecados.

Los judíos no tenían figuras femeninas en su religión, tenían sólo un Dios que era "*Yhavé o Jehová*", y Él castigaba con la muerte; cuando la persona había actuado de manera tal que no había pecado en su vida entonces iba al cielo, o al paraíso; pero cuando el individuo había pecado entonces iba al concepto hebreo del infierno, uno que era como el hades (*ηαδεις*) de los griegos, un lugar frío y tenebroso y otro era un lugar de llamas en el que consumía la carne y los pobres muertos se supone que llegaban con todo y carne al "*seol*"; eran quemados vivos y daban terribles alaridos; se supone que en las cavernas y en las cuevas se podía entrar al seol y era posible escuchar los horribles gemidos de los muertos. Con estas ideas judías, la muerte se convirtió en un proceso traumático, a la gente le daba mucho miedo morir porque: ¿quién no peca?.

Unamuno decía: la muerte es una escala en la vida, ¿porqué habríamos de temer a nuestra propia naturaleza?. Confucio decía: está dado en nosotros nacer, como está dado en nosotros morir, por lo tanto la muerte y la vida son solo un perfil. Por lo tanto, se espera a la muerte como un espacio de solaz, como un paréntesis maravilloso que viene a dar nuevo vigor a sus vidas.

Los chinos no creen en la muerte y por eso la religión más importante de la China, de hecho los mil trescientos millones de chinos que hay en el mundo tienen permanentemente un altar de muertos en sus casas, le llaman el altar de los antepasados

y el culto más importante de los chinos a lo largo de los últimos 4 mil años es el culto de los antepasados (se les reza, platica, se les pide ayuda).

Cuando se mueren las personas creen que solo se va al espacio familiar que es donde ellos están, y gozan así el más maravilloso momento de su vida, ven a sus muertos con respeto pero no con miedo ya que son su mamá y su papá que tanto los querían; por lo tanto, es gratificante tenerlos a ellos en casa y recordarlos siempre y están seguros de que cuando algo sale mal en la vida y tienen algún problema, con sus poderes sobrenaturales y la fuerza que ellos han adquirido al convertirse en espíritu, ellos los apoyan y solucionan sus problemas.

Entonces no se vislumbra algo trágico, sino como algo necesario, algo que tiene que ocurrir.

Concepto de alma (*ánima, ánimus*). Tehilard de Chardin investigó pueblos animistas que son los que adoraban totens y que a través de un tabú, tenían culto por las fuerzas de la naturaleza, se consideraba que la naturaleza tenía una alma que encarnaba en seres por ejemplo: la montaña. Los totens eran representaciones de las cosas, ellos identificaban y establecían un nivel de cognición, es decir, daban una interpretación al mundo y al universo a partir de estos totens. En el tiempo de los hebreos y los griegos surgieron concepciones del alma mucho más profundas; los grandes filósofos griegos consideraban (al igual que los hebreos), que el alma era la verdadera partícula del ser, que el ser humano no era cuerpo sino alma, el cuerpo era vehículo del alma. Por su parte, los egipcios también llegaron a esta concepción, por ello les aterraba tanto que se destruyera su momia, ya que era donde el alma se guardaba bien, pensaban que el alma era inmortal y residía en un cielo o en un más allá. Era el país de los muertos que estaba gobernado por los dioses Osiris y sus hermanas Isis y Neftis. Los hebreos y griegos pensaban que el hombre estaba solamente por una temporada aquí en la tierra y que finalmente había lugares sagrados a donde iba a vivir eternamente, la parte que sobrevivía era su alma, para los hebreos había un seol, un gehenna (γεηνειννα) para los griegos había un hades pero definitivamente el alma no desaparecía nunca, solo el cuerpo se moría; cuando llegaron los pitagóricos, presocráticos y Sócrates, Platón y Aristóteles se definió más ampliamente. Platón explicó que el alma es un espacio muy sutil de la conciencia del ser humano; lo que hay en el alma del ser humano es la conciencia de que existe la cual se encarna en el cuerpo y cuando morimos esa conciencia sobrevive, seguimos conscientes de nosotros mismos. Esa alma que sobrevivía podría ir a un más allá y que esa alma tenía una serie de divisiones como la del

espíritu. Con las concesiones teológicas del cristianismo se llegó a la consideración de que el alma del ser humano es su conciencia pero que el espíritu es la parte divina de Dios dentro del hombre, o que el alma, cuerpo y espíritu forman una trinidad en donde el cuerpo es la parte material, el alma es la conciencia del bien y del mal y finalmente el espíritu es la chispa divina en el hombre o la partícula que de Dios tenemos los seres humanos.

Entonces, de esta forma los mexicanos seguimos dos tipos de costumbres: aquéllas provenientes de nuestras raíces prehispánicas y otras que tienen que ver muchísimo con el componente religioso que adoptó Mesoamérica, donde el componente judeo-cristiano matiza en un sincretismo casi perfecto las costumbres de celebrar la tradición de los muertos ó la idea de la muerte en los pueblos prehispánicos.

La tradición prehispánica cuando menos en el centro del país que corresponde también a una tradición universal, es sentir a la muerte como un paso, nada más un paso hacia una dimensión, a los siete cielos, o a los paraísos, o a los infiernos. Es algo que de alguna manera comparten entre sí muchas culturas si no es que todas las que conocemos a través de la historia.

Lo que es bastante interesante y pudiera ser origen de esta llamada burla o desprecio a la muerte de algunos mexicanos, radica en los símbolos, en la iconografía de la muerte del México prehispánico. Pero resulta que los mexicanos o pueblos prehispánicos tenían una concepción de la muerte y la vida similar a todas las culturas del mundo; decían: cuando llega la muerte el cuerpo animal se muere y lo único que queda es la calavera o el caracol, que son los que mantienen el espíritu que se va a elevar a la divinidad. Entonces resulta que las calaveras y los caracoles para los mexicanos son símbolos de vida espiritual y no de muerte como en las culturas judío cristianas.

La idea de la muerte de los pueblos prehispánicos coincide con ello: una vida terrenal y una vida espiritual fuera donde fuera, lo mismo en el Mixcóatl que en cualquiera de los elementos o sitios donde teóricamente llegaban las almas de los guerreros, las de las parturientas muertas, de las mujeres galantes, de los hombres que no eran guerreros y que deambularon en esta iconografía extraordinaria que se conserva sobre todo en algunas localidades próximas a Teotihuacan y que se puede constatar que no es burla a la muerte sino por el contrario, es el respeto a la muerte como primer elemento indispensable para poder pasar a la vida espiritual.

Desde el punto de vista de la magia precortesiana tienen que haber los siguientes elementos en el altar de muertos: aire, agua, tierra, y fuego. La magia prehispánica

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

distinguía a estos cuatro puntos por cinco elementos mágicos: fuego, sal, viento, flauta y ceniza.

Los elementos propios de cada persona acompañan al altar, luego vienen los que se llaman elementos de imaginaria que son sorprendentemente maravillosos y que consisten en la decoración con calaveras, calabazas, flores amarillas (zempoalxúchitl), moradas, blancas; mas la comida que le fascinaba al muerto (mole, sopa de haba, postres), bebida favorita (desde alcohol, agua de fruta, pulque, aguamiel, cerveza de marca que le gustara al muerto), cigarrillos. Puede haber muchos muertos (papás, hermanos, hijos) festejados.

Se agregan los colores de la muerte que para los aztecas es el color naranja y para el cristianismo el morado. El fuego se agrega en forma de veladoras y cirios; copal que es como una bendición para que se dé la unión entre el difunto y el que está aquí. Se agregan frutos de la tierra: es común la granada roja (abundante en esa época) y representa el corazón y la sangre. Se puede agregar la fruta de temporada (naranjas, limas, cañas, mandarinas, cacahuates). Elementos tradicionales son: la calabaza y el chilacayote que además son muy característicos de los aztecas. Existen lugares donde las flores se colocan en racimo, otros donde se quitan los pétalos y con ellos se decora a manera de tapete. Se cubre la tumba con flor de zempoalxúchitl donde significa que le das vida al muerto y estás permitiendo que la vida venga, que nazca la vida.

En el siglo XIX aparecieron las calaveras de azúcar y el pan de muerto que se inventó en 1919 tal vez de manera accidental.

En cuanto a otras creencias sobre la muerte, para los mayas había nueve cielos; los aztecas trece, los huastecos once; los purépechas nueve, no todos compartían las mismas creencias y no sólo había cielos sino infiernos también; siendo los señores a trece sitios abajo Miclantecutli y Milclanzihuatl, el mundo de los muertos era del horizonte hacia abajo y el mundo de los dioses era del horizonte hacia arriba. Había trece cielos hacia arriba y trece planos o niveles inferiores. Y según esto la persona iba a uno de los de abajo o a uno de los de arriba.

¿Creemos que los mexicanos nos burlamos de la muerte?. Esta actitud se puede considerar falsa, lo que no percibimos es que lo que ha prevalecido no es una burla, menosprecio o pérdida del miedo a la muerte, ha habido una entronización en el fenómeno de la muerte y una interpretación religiosa que permite creer que la muerte no es mala sino que conduce a los seres humanos a una vida mejor, de ahí proviene todo y no tiene que ver con la filosofía, las creencias o conceptos cristianos. En la otra vida todo

va a estar bien. Entonces el ser humano va conformando una idea hedonista y lúdica de la muerte, le teme al dolor y quiere morir sin dolor porque en la otra vida va a estar mejor: el túnel blanco, ángeles que le esperan, seres queridos que le reciben. Los mexicanos somos temerosos y poco valientes, ya que en lugar de reírnos de la muerte sería mucho mejor asumir con gran responsabilidad la vida de lo que somos y hacemos.

La muerte cuando se tiene cerca, parece todo, menos algo gracioso. La muerte es un tránsito seguro y desconocido, uno del que no sabremos nada hasta que no podamos contarlo.

Los ataúdes ocultan el cuerpo, alejan la mirada de la repugnancia de la muerte o al menos esa fue su primera intención. En todos los casos está el que murió y los que quedaron. A quien muere se le recuerda con una señal, un epitafio o un monumento. A veces, incluso se tiran sus cenizas al mar o al campo para que aparentemente nada quede como vestigio, pero el solo hecho del rito establece un símbolo que acontece para quedar indeleble en la despedida que se hace al ser querido. Los que quedan experimentan las relaciones truncadas que entablaron con el otro: lo que se hizo y lo que se dejó de hacer. La culpa, remordimientos, satisfacciones y buenos momentos afloraron como un juicio sumario del deudo. La despedida, el dejarlo ir, puede ser tan prolongado como el grado mismo de relación, la madurez y las creencias que se tengan, pero eso sí, siempre es un hecho doloroso, por más fe que se tenga.

¿Qué hay después de la muerte?

Esta gran paradoja, este no precisar, este no querer encontrar en la muerte el término de un ciclo vital, el término natural, ha generado una serie de manifestaciones curiosas, otras interesantísimas, otras que se conforman incluso en parte de la cultura, obras literarias, obras musicales, pintura; es decir, la muerte ha sido el objeto del tratamiento de todas las formas de pensamiento y productividad humana.

La muerte a lo largo de los tiempos se ha asociado con esa angustia inconsciente a la no vida, a la oscuridad, al frío, a esa nostalgia por falta de luz y al miedo a lo desconocido.

La idea de que después de la muerte hay otra vida, posiblemente haya surgido para atenuar el miedo a lo desconocido que significa para algunos la muerte, cuando debería ser lo más conocido, la única certidumbre que tenemos todos los seres humanos, es que a partir de nuestro nacimiento estamos destinados a morir.

Y de esta gran paradoja (el pasar a otra vida), surge todo lo que se quiera y mande acerca de la idea de la muerte.

¿Que se ha creído que hay en la muerte?

- a) Acaso un gran tubo de luz o de un gran túnel de una luz blanca muy intensa que deslumbra pero que proporciona tranquilidad y se ve el alma caminando por este túnel y llevado de la mano por sus seres queridos al final del túnel a alguna región desconocida que llamamos cielo.
- b) Pensar que sí, efectivamente, la muerte es el final y definitivamente se acabó el ser humano.
- c) Creer en la reencarnación (en animales, nahual, en una mujer si se fue hombre o viceversa), o en reencarnar y reencontrarse con otros a los que amó y conoció en otros tiempos para reiniciar una vida, resucitar, renacer.

Existen coincidencias con estas maneras de pensar y algunas tradiciones que no solamente son mexicanas, pero que en algunas regiones del país se llevan a manera de ritual ligado a ciertas tradiciones que ahora son deformadas por el propagandismo.

Se tiene que a partir de esa pregunta, de ese hecho que ha sido el dilema de la humanidad entera: ¿la muerte es el punto final o el principio de otra vida?

Existen múltiples formas de percibir a la muerte:

- La muerte en nuestras relaciones personales.
- La muerte en la familia.
- Como desestabilizador de nuestras emociones
- Como recurso u oportunidad para comprobar que estamos vivos.
- Como un gran aprendizaje forzoso.
- Para que aprendamos a dar en vida y no cuando la gente se muere, "el hubiera no existe".
- La muerte tan cercana a nosotros y al mismo tiempo tan temida.

El mexicano está tan muerto de miedo que mejor brinda con la catrina, se acuesta con ella, se convierte en el burlador de ella, en el que le canta o se ríe, o la reta constantemente.

Todo aquello que nos hace temer a la muerte gira alrededor de estas dos creencias:

- a) Primero, de sufrimiento.
- b) Después, de otra vida

Las ideas van surgiendo también del pensamiento de que: hay otra vida o no hay otra vida. Y podemos afirmar que sobretodo en los cultos monogámicos, la idea de otra

vida se hizo indispensable y fue siendo tomada de religiones y aspectos de la teogonía mucho más antigua como fue la idea de la muerte en los egipcios.

El proceso de sufrir por anticipado probablemente es uno de los factores que acompañan inexorablemente la idea de la muerte como un proceso doloroso; no es la idea de la muerte como final y descanso.

Evidentemente la muerte como fenómeno es uno de los miedos universales y a medida que vamos creciendo en edad, creciendo cronológicamente, vamos teniendo diferentes maneras de contemplar la idea o el pensamiento de la muerte.

Los niños no saben qué es la muerte; el niño, recordémoslo, no puede introyectar y darle un peso específico y emocional a la idea de la muerte.

En la adolescencia o primera juventud, se tienen síntomas absolutamente normales como la inestabilidad, la impulsividad, la búsqueda de la sexualidad, la búsqueda de la personalidad, uno de los retos que se asume con audacia es también el temor a la muerte, a todos nos preocupa cómo en los jóvenes parece no haber nunca de los nunca una relación en su pensamiento entre peligro y muerte. Tampoco existe, no hay una idea concreta, vivencial de lo que significan los estados de peligro, la peligrosidad y mucho menos la muerte; de ahí que la primer causa de mortalidad en varones jóvenes sean los accidentes automovilísticos; si hubiera una leve idea de temor a la muerte, esto no pasaría. La advertencia sobre el fenómeno de la muerte no les interesa.

La idea de la muerte se va conformando a medida que pasa el tiempo. En un momento en que los logros materiales, familiares, emocionales y sociales empiezan a aparecer, se inicia este fenómeno tan curioso de compensación al "temer perderlo". Nadie sabe lo que tiene hasta que lo pierde. Entonces llega el momento en que empieza a advertirse el futuro y vivenciarse con suficiente claridad. Se advierte el futuro pero con preocupación, con sufrimiento y pensamiento anticipatorio y entonces es cuando el peso de la idea de la muerte viene, porque además coincide esta época (entre treinta y cuarenta años) que en términos generales muchos ya tuvieron la vivencia en carne propia de la pérdida de algún ser querido. La idea de la muerte se objetiviza.

Entre los treinta o cuarenta años cobramos consciencia de la idea de la muerte, para que la muerte se convierta en un pensamiento que nos va a acompañar inexorablemente y quizá después de los cuarenta y cincuenta años.

Cuando ocurre la muerte de un ser querido antes de esta etapa, entonces se adelanta esta idea. Queda la vivencia. Si se tuvo un duelo o pérdida en la niñez, esa pérdida quizá no sea recordada con nitidez y menos con un peso emocional, pero la

historia de esa pérdida te la van a recordar todos, por lo que se vuelve una presencia constante en tu vida; volviéndose las grandes presencias de tus familiares de forma idealizada, racionalizada o leída y aprendida, no vivida.

El concepto de muerte va apareciendo en las diferentes etapas de la vida, pero desde luego se matiza por experiencias personales. Un duelo cercano vivido, o aprendido, sí puede afectar tu conciencia de muerte.

Es la idea que nos vamos conformando de la muerte lo que nos lleva a vivir o a vivenciar diversas formas de duelo o de intensidades del duelo y, cabe agregar nada más que ante un fenómeno que puede ser doloroso tenemos un mecanismo de defensa de negación muy importante anticipatoriamente que se manifiesta en situaciones sencillas.

La idea de mortalidad va acompañando ese primer síntoma de lo que los médicos llamamos duelo. Pensamos en la inmortalidad de los seres queridos.

La muerte es el fenómeno más desconocido y el misterio más grande que existe para los seres humanos. Es solamente a los vivos a quienes les ocupa o preocupa.

No sólo hay duelo en la pérdida por la muerte de un ser querido; también experimentamos duelo con otras pérdidas. Hay duelo cuando se pierden otras cosas; el primero es por la pérdida de un familiar o un ser querido, viene el producido por la pérdida de una pareja (divorcio), la pérdida del status y del trabajo (desempleo) frecuente en países pobres, la pérdida de la salud (enfermedad terminal, mutilación, envejecimiento), pérdida de la estabilidad nacional.

El Duelo.

El vocablo duelo viene de la raíz "*doleum*" que significa "el doliente", el "proceso del doliente". Es el proceso que se presenta después que una persona muere, donde neurofisiológicamente ocurre una descarga masiva de endorfinas, toda la producción dentro del cerebro humano. La morfina provoca dentro del cuerpo humano sentimientos de placer muy intenso. Cuando el familiar muere, el proceso de agonía de manera natural es compensado con la descarga de estas sustancias y que difícilmente se da en las muertes instantáneas.

El duelo es una sucesión de cambios caracterizados por sentimientos o experiencias dolorosas que sirven para procesar la pérdida de uno o varios afectos. La pérdida no está en la ausencia de la persona que se fue sino en el contenido afectivo que esta persona nos representa. Lo que hace sufrir son las cargas de amor y afectivas que nos unían con esa persona y que es una carencia o es algo de lo que vamos a carecer

puesto que ya no se van a poder producir esas manifestaciones de afecto en los dos sentidos, o sea una retroalimentación de afecto.

El duelo es el dolor experimentado como soledad por la pérdida de algo significativo. El yo queda resquebrajado, hecho añicos y tiene que volver a integrarse. Para procesar la pérdida se recorre el duelo. Lo importante es que después de las etapas del duelo podamos construir nuestra relación afectiva por la vida en el lapso más brevemente posible y que no nos quedemos atrapados en el duelo. Si se procesaron las pérdidas en nuestras vidas de forma correcta se llega a la vejez espléndido y lúcido luego de haber aceptado las pérdidas, reconocer nuestra situación y entonces llegar a ser una persona que piense como un niño abierto a todas las nuevas experiencias. Si no se procesaron las pérdidas se llega a la vejez resentido, amargado, enfermo física y mentalmente.

Las etapas del duelo:

1.- Estupefacción: "no puede ser así"; es más allá que el asombro y que la sorpresa, es quedarse paralizado por la sorpresa. Es decir, habría no solo el elemento emocional, racional, asombro, sorpresa sino físico, como si fuera un golpe que nos detiene repentinamente. Esa estupefacción seguida de la negación es quizá el primer signo característico del duelo.

No es solamente la impresión de la noticia, el desconcierto, el asombro y el "pasma"; es el sentimiento inminente de muerte en uno mismo.

Se presenta un sentimiento de irrealidad, de despersonalización; muchas personas refieren una verdadera anestesia al dolor durante este período de duelo, lo cual es una paradoja.

Esta experiencia suele darse también en algunos casos de ataques de pánico en quienes padecen epilepsia del lóbulo temporal.

2.- Negación: "no puede ser", "no me está pasando", "no quiero pensarlo", no es cierto", que llegan incluso en casos de muerte por accidente o de muerte inesperada a hacer que el familiar que está sufriendo ésta etapa, se aproxime al cadáver y lo trate de "revivir o de reanimar". Hay un sentimiento de desesperación (no desesperanza) porque todavía hay esperanza. Se debe reconocer al vivir esta etapa, no asustarse y puede durar horas, o en algunas personas 2 o 3 días.

Una vez que los mecanismos de defensa: las glándulas suprarrenales, los niveles de adrenalina, noradrenalina y dopamina dentro del sistema nervioso se ponen en su

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

lugar, la persona empieza a cobrar consciencia de realidad y la estupefacción pasa a un gran dolor que se acompañe en esta fase también por un gran enojo. El individuo está más enojado con lo que sucede que con lo que le duele.

3.- Resentimiento.- Se resiente todo aquello que se vivió con la persona que se fue, se recuerdan los momentos sobre todo gratos. En esto del recordar viene el enojo que va incrementándose y va dirigido y concentrado hacia la figura dadora de vida, sentimiento de odio a Dios. Este sentimiento no se confiesa por recato, o incluso por el mismo temor a Dios que inculcan en algunas religiones. con el concepto de un Dios castigador y no de que Dios sea amor. Ya que es castigado pensar mal de Dios. Esa revoltura de pensamientos hace del resentimiento algo muy difícil de aceptar y se proyecta; ya no es Dios, ni la vida los culpables de esto y en la mayor parte de las muertes ya esperadas, el siguiente lugar en la lista jerárquica de los resentimientos lo ocupa el médico. Después de Dios, el médico, luego, la mujer compañera del difunto que murió o el hombre que vivió con la muerta. Hay también dolor y curioso resentimiento contra muchas de las personas que se quedan por el solo hecho de que ellos sobreviven, y qué es lo que pasa con esa rabia de la pérdida: si no se desprende uno del dolor, si no perdona uno a la vida o al médico o al recuerdo a lo que haya sido, va a continuar haciendo presa de la salud emocional de quien lo vive y si no aprende a desprenderse (que por cierto es difícilísimo) del resentimiento, hay que hablarlo, y hablarlo y trabajarlo con ayuda profesional, pasan muchos años y entonces ese "resentirse" va a permanecer dañando y causando estragos.

En la etapa de coraje no hay objetividad y la persona se va contra lo que se mueva. Es mejor hablar y trabajar el resentimiento que no hacerlo y rumiarlo. en términos de salud es preferible que se canalice a que se introyecte. Es mejor realizar acciones a lo que sea, no van a ser racionales, sensatas ni prudentes, es mejor que se "vomite", que se "escupa" en vez de que se "lo trague" y quede "entripado" y pague las consecuencias incluso físicas. Por otra parte, entre más intensa sea la esperanza, valga la aparente contradicción, más intensos serán los sentimientos de desesperanza, mientras más la duda respecto a las medidas correctas que se estén tomando en ese duelo anticipatorio, más serán los resentimientos posteriores. Esto es una forma de preparación para el duelo verdadero cuando llegue la pérdida. Porque ese tipo de pérdida es la expectativa correcta y realista y además es el descanso al sufrimiento, no va a haber la estupefacción, puede que exista el resentimiento. El duelo anticipatorio de una muerte esperada es infinitamente menor que el duelo de una pérdida inesperada.

4.- Depresión.-Inicia con los mismos síntomas de un episodio depresivo mayor. Los resentimientos terminan por agotar la fortaleza, agotar este coraje que es fuerza del enojo de la segunda fase del resentimiento, el enojo va pasando, la fuerza de la adrenalina se va terminando, las suprarrenales se ponen a descansar no hay adrenalina o noradrenalina con qué resurgir cada 24 horas y la serotonina disminuye y la persona se deprime. Empieza un abatimiento, una sensación de debilidad, de falta de interés, de fuerza para comenzar el día, para empezar la vida, una sensación de fragilidad y labilidad emocional que pueden o no estar acompañadas del síntoma de tristeza pero que sí se acompañan de trastornos en el ciclo del sueño, insomnio, en forma de insomnio con despertar en la madrugada o tener la sensación de que no se ha descansado cuando se despierta o se levanta y a veces se sienten más cansados que cuando se acostaron; trastornos del apetito con baja de peso o el individuo quiere comer mucho, compulsivamente y en consecuencia tiene sobrepeso; trastornos en el pensamiento. La depresión hace que la gente se desplome emocionalmente, la gente se siente muy mal. De tal forma que los síntomas pilares de esta etapa depresiva son: síntomas físicos (por ejemplo dolor de cabeza) que enmascaran al cuadro. Pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga inexplicable, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones, pensamiento lentificado, sentimientos de desesperanza con autorreproches y sentimientos de culpa, pérdida de interés por las cosas que antes se disfrutaban, rumiación o pensamiento alrededor de la muerte, hacer sentir menos a otros e incapaces de entenderlo y ayudarlo.

5.- Resolución.- En este periodo se cobra conciencia por la gente informada, de que el duelo no se resuelve con el tiempo, ni tampoco lo resuelve cualquier idea o creencia religiosa, si no que se necesita ayuda. En el momento de la depresión se debe tener ayuda terapéutica. Se reconoce el trabajo de la necesidad de perdonarse, soltar lo que le está sucediendo y aprender a resolver lo que lo está pasando porque la vida continúa y se tiene que seguir viviendo y el mejor homenaje o la mejor muestra de amor y de afecto por el que se fue es definitivamente vivir, y si se ha decidido vivir, se va a vivir bien en salud otra vez, entonces se necesita ayuda y se necesita desprender y soltar ese dolor porque ya no está sirviendo para nada.

En el duelo, la experiencia de otros nos puede acompañar en el proceso de recuperación, no resulta útil el dolor de otros, sino la experiencia de los otros para salir del dolor.

El duelo no se puede hacer a un lado, es un proceso natural, es un proceso de vida, que nos toca a todos para diversas circunstancias tener la oportunidad de vivir y

sufrir, eso desde luego tiene que ser un proceso que se viva con una tendencia a enriquecernos espiritualmente. Las pérdidas son los golpes emocionales más recios que la vida nos proporciona como elementos definitivamente para hacernos crecer en lo emocional, aquél que se hunde con el duelo es que no trabajó con él o no quiso vivirlo y lo depositó y guardó y aparece de repente aplastándolo. Se debe sufrir a fondo y de corazón para después salir de ello y sobrevivir y renovarse o renacer; es una resolución.

Cuando se trata de una muerte por accidente o incidente criminal existe la necesidad de que la familia encuentre justicia o venganza, aspectos fundamentales en la resolución total del duelo.

El sufrimiento es la piedra angular del crecimiento emocional o espiritual y el sufrimiento debe dejar de ser inútil o estéril para convertirse en productivo. Si nuestro sufrimiento el día de hoy sirve para algo nosotros estamos salvados. Si el sufrimiento, lo único que hace es hacernos sufrir sin ninguna otra consecuencia, sobre todo de crecimiento, el sufrimiento es inútil y no sirve para nada.

En la resolución se construyen una serie de creencias liberadoras que nos brindan la posibilidad de quitar la tristeza y establecer un reencuentro positivo con la vida, las personas nos damos permiso a ser felices. las referencias del duelo quedan simplemente en la memoria como hechos y eventos que ya no hacen sufrir, que ya no hacen "sangrar", que ya no deterioran, ni destruyen.

Se ha logrado un proceso de auto aceptación. El cerebro ha logrado esta química; literalmente se ha metabolizado la pérdida, para de esta manera iniciar un nuevo modelo de vida funcional en el que se ha dejado la tristeza y superado el dolor.

Si tomamos las riendas de nuestra vida y actuamos responsablemente el momento de nuestra muerte o de la muerte de los seres cercanos a nosotros va ser mucho más fácil, porque les dimos en vida lo que había que darles, les dimos un culto a las personas amadas en vida y sucede que cuando no les damos en vida, entonces tenemos esa culpabilidad enorme por aquello que dejamos de hacer o hicimos con toda la mala intención y cuando se lleva a cabo la muerte se tiene una culpabilidad enorme. Las flores hay que llevarlas en vida cuando sus ojos ven y su olfato huele.

Después del duelo hay que "soñar", o sea no permitir que un acto, actos injuriosos o actos de otras personas no nos dejen vivir nuestra vida. Después del proceso de duelo se es mejor como ser humano. La vida esta tapizada de pérdidas que sufrimos a través de ella.

No debemos permitir que determinado acto destruya nuestra vida, pero no se debe olvidar, porque nos quitaríamos la oportunidad de aprender y de no volver a ser víctimas y de no hacer a otros también víctimas. Es necesario perdonar porque de lo contrario, nuestro resentimiento y nuestro odio se extienden a todos los que nos rodean y si ese acto (cualquier cosa que nos recuerde) lo asentamos, nos va a hacer resentir o volver a sentir, entonces es el impacto que provocó ese acto injurioso en nosotros.

Ética y Tanatología

EL concepto Tanatología, procede del griego *τηνατοσ* (muerte). Que en mitología griega junto a su hermano Hypnos (*Ηϋπνος*) son los portadores del muerto, cumpliendo la función de dulcificar el viaje, junto a Hermes y Caronte (*Ηερμης ψ Χαροντες*) y logos (*λογος*) ciencia. Ciencia encargada del estudio de la muerte. Término acuñado por el ruso Elie Metchnikoff (1901).

El principal fin de la tanatología del que nos hacemos eco, es el de desmitificar la muerte y el morir aprendiendo a convivir con ella. Del conocimiento personal, cultural, social y a la luz de la ciencia podamos todos no solo vivir sino también morir con dignidad.

La tanatología es una disciplina de ayuda profesional, en la que la persona es vista con un enfoque holístico, con capacidad de vivir con plenitud. Proporciona ayuda profesional al paciente en situación terminal, a sus familiares y amigos y a personas que han sufrido pérdidas significativas en su vida.

El objeto de la Sociedad¹¹¹ se resume en tres puntos claros: 1. La vida tiene un sentido que identificamos como proceso y movimiento, 2. El sentido está dado por la muerte, 3. La muerte tiene un sentido y da un sentido a la vida personal, trascendente e intransferible por excelencia.

Las metas en Tanatología son:

1. Ayudar a combatir el miedo a la muerte para lograr una mejor calidad de vida.
2. Prevención, intervención y postintervención en casos de suicidio.
3. Lograr que el paciente deseché las emociones negativas que han sido reprimidas en el pasado para ayudarlo a vivir libre, feliz, en paz consigo mismo y con los demás.

¹¹¹ Sociedad Española de Tanatología. "Qué es la Tanatología". Madrid España. Año 2000. <http://members.es.tripod.de/sociedad/informac.htm>.

La meta última del tanatólogo es orientar al enfermo hacia la aceptación de su realidad, aceptación que se traduce en esperanza real. En ella está contenida el verdadero sentido de la vida: Esto incluye una mejor calidad de vida, la muerte digna y en paz.

La asistencia del tanatólogo en los hospitales incluye:

- Proporcionar ayuda al enfermo terminal.
- Asistir a los familiares del enfermo en la elaboración del duelo.
- Atención a personas con ideas suicidas.
- Apoyo al equipo médico que atiende a enfermos terminales.

El propósito es formar una alianza entre la familia, el enfermo y el equipo de salud para que el tiempo que le quede de vida al paciente no transcurra como un duelo anticipado.

La tanatología es una disciplina relativamente reciente. El primer albergue para enfermos terminales se fundó en Inglaterra en 1967 y diez años más tarde en Canadá y Estados Unidos de Norteamérica.

En México, la Universidad Iberoamericana instituyó el Diplomado de Tanatología en 1989 y la UNAM a partir de 1990. La SMT (Sociedad Mexicana de Tanatología) también prepara profesionales en la materia; sin embargo, el siguiente paso es difundir su aplicación, especialmente en las Instituciones médicas de alta especialidad, donde se atiende a pacientes terminales.

Se han iniciado programas de capacitación para apoyar al equipo de salud a tener una actitud respetuosa, humanitaria y comprensiva ante enfermos que enfrentan su muerte próxima y el momento en que ésta sucede.

El médico frente a la muerte:

Las conclusiones que se desprenden son:

- El médico no está lo suficientemente capacitado como para aceptar la muerte de un paciente y el papel que debe desempeñar en relación con ésta situación.
- Todos los seres humanos son libres y autónomos, incluyendo a los enfermos y a los pacientes moribundos. Por tanto, tienen derecho a decidir qué es lo que se puede hacer con su cuerpo y con su existencia.
- El paciente tiene derecho a conocer la gravedad de su situación.
- Hay situaciones en las que las condiciones de vida de un individuo pueden ser inaceptables para él mismo de acuerdo con su escala de valores personales. El

médico debe respetar la decisión del paciente de rehusar un tratamiento determinado o la prolongación de la vida por medios artificiales.

- La restricción de las medidas terapéuticas (eutanasia pasiva) se realiza en beneficio del paciente para evitar el congelamiento de la muerte, siempre que la opinión del equipo de salud sea unánime.
- La muerte digna u "ortotanasia" es un derecho inalienable de todo ser humano que no siempre se verifica en los hospitales bajo las condiciones actuales.
- El alivio del dolor y evitar prolongar la agonía son condiciones indispensables para una muerte digna.
- Deben integrarse comités multidisciplinarios para estudiar casos particulares en los cuales un paciente competente solicita en forma persistente la eutanasia. Las leyes deben adecuarse también a estas situaciones.

La educación para la muerte tiene ciertos objetivos que vale la pena revisar, entre ellos están: ayudar a crear en las personas sistemas de creencias propios sobre la vida y la muerte, pero no en un sentido de fantasía enajenante, sino como una revelación íntima del sentido de la muerte que presupone su aceptación como algo natural. También tiene por uno de sus objetivos el preparar a la gente para asumir la muerte propia y la de las personas cercanas al individuo, enseñar a tratar humana e inteligentemente a quienes están cercanos a la muerte. Entender la dinámica de la pena desde un punto de vista muy humano, donde se acentúe la importancia de las emociones más que cualquier otro aspecto de la psicología.

A partir de 1950, médicos y enfermeras del tenor de Elisabeth Kubler-Ross y Cecily Saunders comenzaron a plantear problemas acerca de la muerte y el proceso de morir. Crearon un movimiento basado en el amor y la escucha. Observaron reacciones, estados, etapas por los que transitan los morientes en el tiempo de vida. Fundaron hospicios con cuidados paliativos para acompañar en los últimos momentos a personas afectadas de enfermedades terminales. En la década de los setentas, Simonton y Stephen Levine encontraron caminos alternativos basados en programas grupales o individuales de meditación y resignificación de la enfermedad y la muerte. Muchos enfermos lograron revertir el diagnóstico, o simplemente recuperar la dignidad para morir. Este movimiento se ha ido expandiendo, y con ello se está rompiendo el tabú acerca de las condiciones que rodean a la muerte.

El hecho de recuperarse por la muerte no significa una evasión ante la vida, sino todo lo contrario. La integración de la idea de la muerte en el pensamiento, permite arigr

nuestras vidas de acuerdo a propuestas más conscientes y meditadas, no derrochando "demasiado tiempo en cosas sin importancia".

Numerosas acciones que se pueden hacer para confortar a un paciente terminal agonizante, cosas sencillas, detalles que pueden hacer que sus últimos momentos sean más llevaderos, y a continuación se presentan algunas acciones que se pueden hacer por un enfermo terminal:

- Se debe permitir que el enfermo exprese lo que quiere y que tenga control de lo que quiere hacer.
- Intentar que la familia y/o amigos estén siempre cerca.
- Intentar arreglar que su casa sea cuidada, y se le de su correspondencia y periódicos.
- Tener un registro de todos los que le llamen, visiten o contacten de cualquier modo.
- Darle un diario al paciente.
- Asegurarse que sus mascotas sean cuidadas.
- Enfocarse en cualquiera de sus inquietudes, sin importar lo insignificante de éstas
- Traerle su música o literatura favoritas al enfermo.
- Asegurarse que el enfermo tenga acceso a las cosas que necesite, cuando las requiera.
- Fomentar que se corte el cabello, se maquille, se rasure...
- Leerle al paciente.
- Abrazar al paciente.
- Proporcionarle sábanas, mantas, juguetes o animales de felpa. También es de ayuda para el enfermo tener cerca a sus mascotas.
- Enfocarse en las quejas del paciente.
- Prepararles sus comidas preferidas.
- Tomar en serio sus quejas de dolor o incomodidad.
- Revisar que se paguen sus recibos y otros problemas financieros.
- Llevar al paciente a dar un paseo cuando sea posible.
- Tomarles la mano
- Arreglar sus sábanas, acomodar sus almohadas...

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.4. Ética y Eutanasia.

Definición de eutanasia.

Como sugiere su etimología (del griego *"eu-τθανάτωσ"*), eutanasia significa "buena muerte", en el sentido de muerte apacible, sin dolores, y con esta acepción la introdujo en el vocabulario científico Francisco Bacon en 1623.¹¹²

Eutanasia es la acción u omisión que permite, acelera o provoca la muerte de un paciente terminal o de un recién nacido con graves malformaciones, para evitar sus sufrimientos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como aquella *"acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente"*.¹¹³

Esta definición resalta la intención del acto médico, es decir, el querer provocar voluntariamente la muerte del otro.

La eutanasia es siempre provocada por otras personas.

La omisión o retiro de medios extraordinarios o desproporcionados para prolongar artificialmente la vida de un enfermo terminal. A esto lo refieren algunos autores como "adistanasia".

Algunos llaman "ortotanasia" a la muerte a su tiempo, sin acortar la vida y sin prolongarla innecesariamente mediante medios extraordinarios o desproporcionados. A este alargamiento de la vida mediante medios desproporcionados se le conoce con el nombre de "ensañamiento terapéutico" o "distanasia" –lo contrario de la "adistanasia"-, y puede ser ilícito como señala el Código deontológico.¹¹⁴

El "diagnóstico de muerte" considera el cese irreversible de las funciones encefálicas y/o cardiorrespiratorias como criterios suficientes para confirmar la muerte de una persona, al cesar de funcionar su organismo espontáneamente como un todo.

El término "incurable", se refiere a la imposibilidad de mejorar o superar la enfermedad; "terminal" indica la cercanía de una muerte inevitable.

Otro concepto es el de "estado vegetativo persistente" (EVP), los pacientes en este estado pertenecen a la categoría de incurables incapaces, aunque no necesariamente

¹¹² Véase también: J. y M. Gutiérrez, J. "Eutanasia y distanasia: aspectos legales y deontológicos". Sociedad de Bioética, http://www.bioetica.net/cont/cont_de_la_vida/eutanasia_y_distanasia.htm

¹¹³ Martínez, José. "El artículo 15 del "Nº 1" a la eutanasia". Navarra, 1999. Asociación Catalana d'Ética i Bioètica (AEB) http://www.bioetica.net/cont/cont_de_la_vida/eutanasia.htm

¹¹⁴ Gutiérrez, J. y J. M. Gutiérrez, J. "Eutanasia y distanasia". *Comunicación*.

- Eugénica: cuando por razones de "higiene racial", sociales o económicas, surge para liberar a la sociedad de cuerpos crónicos, discapacitados minusválidos, que consumen lo que no producen y son una carga.
- Píadosa: cuando se practica con el fin de aliviar los dolores y sufrimientos de un enfermo.
- Por sus medios:
 - Positiva: (muerte por omisión o acción) cuando una persona con fines eugenésicos actúa sobre el enfermo en forma directa, positiva o activa provocándole la muerte.
 - Negativa: (muerte por omisión) cuando la persona deja de hacer algo que permite proseguir con la vida del enfermo, omite practicar o seguir practicando un tratamiento activo.
- Por sus intenciones:
 - Directa: se entiende que existe el deseo o intención en la persona de provocar la muerte directamente. Es querer y desear la muerte intencionada y deliberada. Supone que existe la intención directa de terminar con la vida por medio de un homicidio, suicidio o suicidio asistido.
 - Indirecta: técnicamente no es Eutanasia y su juicio moral es aceptable y positivo. Se considera que la muerte no es querida ni deseada en su intención pero sobreviene a causa de los efectos secundarios del tratamiento paliativo del dolor. Supone que aliviar el dolor siempre es filantrópico y caritativo, aunque como efecto secundario de la terapia se produzca la muerte.
- Por su voluntariedad:
 - Voluntaria o personal: la solicita el paciente verbalmente o por escrito a través de un tratamiento biológico. Puede pedir medios positivos o negativos. Si el paciente es menor de edad o está discapacitado puede solicitarla el padre tutor o familiar.
 - Involuntaria: se aplica sin el consentimiento del paciente.
 - Legal: es la depenalizada, permitida o amparada por la ley.

Eutanasia y aspectos demográficos.

En la actualidad, respecto al planteamiento de la eutanasia, autores y grupos discrepan la legislación que se debe aplicar a un paciente enfermo y competente que lo solicita o de alguien que lo solicita quien representa las mejores intenciones del enfermo si éste no puede expresarse por sí mismo.

La distinción entre acción y omisión (eutanasia activa o pasiva) apunta a la diferencia existente entre matar y dejar morir, conceptos susceptibles de diferente valoración moral. Según esto, tanto no comenzar con una terapia como retirarla una vez iniciada serían omisiones que dejan morir (eutanasia pasiva).

Se debe hacer la diferencia entre medios proporcionados (ordinarios) y desproporcionados (extraordinarios) para mantener a una persona con vida. La distinción entre unos y otros no se basa tanto en las características del tratamiento en sí, sino en los beneficios y riesgos que el paciente puede obtener o sufrir con su utilización. El abstenerse de utilizar medios desproporcionados, que sólo prolongan la agonía, no sólo sería legítimo sino también una exigencia ética, poniéndose en duda definir esto como eutanasia.

Otra distinción éticamente significativa se hace entre la muerte del paciente como resultado inmediato pretendido (eutanasia directa) y su muerte como consecuencia prevista pero no intencional (eutanasia indirecta) de la acción médica. Tampoco esta distinción consensua unanimidad entre los autores, pues los defensores de la eutanasia sostienen que con ambas conductas (directa o indirecta) se pretende beneficiar al paciente, el resultado es el mismo (fallecimiento del enfermo) y aún que, en el contexto de la eutanasia, una conducta activa destinada a poner fin al sufrimiento podría ser considerada moralmente mejor que el mero permitir que se produzca el bien deseado por el paciente (liberarse de una situación que considera peor que la muerte).

El debate actual se da entre los partidarios de legalizar la eutanasia voluntaria, o en algunos casos no voluntaria y que no ven diferencias significativas entre sus formas activa o pasiva, directa o indirecta, y quienes se oponen a tal legalización, aceptando sólo la abstención del uso de medios terapéuticos desproporcionados y la aplicación del principio del doble efecto, situaciones para las cuales proponen no usar el término de eutanasia.

Los argumentos en favor de permitir la eutanasia (voluntaria, activa, directa) se basan en la compasión, considerando cruel refusarse a librar al enfermo incurable de una situación de padecimientos e indignidad, y en la promoción de la autonomía del paciente, en el momento en que éste, consciente de su condición, decide cuándo abandonar la lucha por la vida, cuando sólo le queda sufrimientos que no puede afrontar y que la medicina no puede ayudar a aliviar.¹¹⁷

¹¹⁷ Véase, por ejemplo, el artículo de Pedro Pablo Kuczynski, "Eutanasia: el dilema de la vida y la muerte", en *El País*, 10 de mayo de 2009, p. 10.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En oposición a la legalización de la eutanasia, se argumenta que la vida humana es un valor superior, cuyo respeto posibilita la convivencia social, y que la finalidad constitutiva de la medicina es precisamente ese respeto, siendo completamente ajeno a ella el acto de matar. Al autorizar la eutanasia se transformaría radicalmente la relación médico - paciente, creando en la sociedad una desconfianza hacia los profesionales de la salud, y se desmotivarían los esfuerzos para progresar en los cuidados paliativos o en la búsqueda de terapias eficaces para las enfermedades que hoy en día se consideran incurables.

En la reflexión sobre las consecuencias de los tratamientos médicos en general y de la pertinencia de la eutanasia en particular se ha planteado la necesidad de evaluar la calidad de vida del paciente como una variable determinante a la hora de la toma de decisiones. Este concepto puede ser considerado como opuesto al de santidad de la vida, que defiende el carácter sagrado, absoluto e inviolable que tendría toda vida humana en cualquier circunstancia.

Hoy en día, la mayoría de los médicos se opone a la eutanasia activa y directa, pero para que este rechazo sea sostenible y consistente se requiere la sistemática abstención de terapias inútiles (desproporcionadas) y la debida atención a las necesidades de los pacientes. A la inversa, proponer la legalización de la eutanasia, despreocupándose de los posibles y necesarios cuidados paliativos y manteniendo la tendencia a abandonar al enfermo terminal, con lo que se deja a este en una situación de sufrimiento físico y psicológico que le hace aniciar la muerte, parece transgredir gravemente el principio de justicia.

La vida vale por sí misma, sin embargo tiene mayor sentido en función de un proyecto de vida ligado con una libertad y una autonomía, ésta se justifica si permite la base material para una vida digna.

Se debe reconocer al ser humano la posibilidad de disponer de su propia vida en situaciones especiales, simplemente por la dignidad que éste pueda tener, el reconocerle a un ser humano la posibilidad de definir que hacer con su vida es respetar la humanidad del otro (su humanidad), es el respeto de la libertad y de la vida propia, y esto nos ayuda a definir lo que es una vida digna, se puede argumentar desde este punto de vista de la dignidad humana, la existencia de la vida (bajo ciertas condiciones) como una buena por el hecho de haberse otorgado el derecho a la muerte digna, entendiéndolo por muerte

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

indigna aquélla que prolonga inmisericordemente la vida por medios artificiales, en la que la vida se escapa lentamente y se da un apego puramente al cuerpo físico.¹¹⁸

Por definición la enfermedad terminal está irreversiblemente unida a la muerte; esto implica que médicos y enfermeras, además de administrar los cuidados físicos y psicológicos necesarios, han de esmerarse en evitar el sufrimiento y la inseguridad, así como acompañar hasta el final al enfermo agonizante.

El universalmente conocido y respetado Juramento Hipocrático (460 a. C.) constituye la piedra miliar en la historia de la Deontología Médica. Este reconocimiento depende no sólo de su encanto, fuerza y perfección literaria, sino de su lenguaje vigente, a pesar del paso del tiempo.

La Organización Mundial de la Salud señala que la vigencia del Código Hipocrático como piedra angular en la Deontología Médica radica fundamentalmente en la solidez de las bases establecidas para la relación médico-enfermo, así como para las interprofesionales, en cuanto que la ética médica tiene que abarcar siempre y en todo lugar esas dos verdades de los deberes del médico con sus pacientes y colegas: "Al maestro que sabiamente me enseñó este arte le veneraré como a mis propios padres".¹¹⁹

Su influencia y difusión han sido enormes. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, adoptada por la O.M.S., formula los ideales hipocráticos en términos actuales: "Guardaré el máximo respeto a la vida humana desde su comienzo".¹²⁰

En el párrafo quinto se habla de la eutanasia, y también del aborto, pues existe un paralelismo; lo hace del modo siguiente: "Y no daré ninguna droga mortal a nadie, aunque me lo pidan, ni sugeriré un tal uso, y del mismo modo, tampoco a ninguna mujer daré un abortivo, sino que, a lo largo de mi vida, ejerceré mi arte pura y santamente". Estas palabras expresan con solemnidad y precisión el compromiso de respetar la vida humana que comienza y aquélla que termina.

En la Guía Ética Europea, al inicio del capítulo primero se lee: "El respeto a la vida y a la persona humana resume lo esencial de la ética médica".

Y la A.M.M., máximo organismo internacional en ética profesional, dice en su Declaración sobre la Eutanasia: "La eutanasia, es decir, el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, aunque sea por su propio requerimiento o bien a petición de sus familiares, es contraria a la ética".

¹¹⁸ Cruz Prada. Pedro Arturo. "Algunas consideraciones en torno al derecho a la vida y la eutanasia".
<http://www.monografias.com/trabajos/eutanasia/eutanasia.shtml>.

¹¹⁹ Martínez Baza P. Obra citada.

¹²⁰ Martínez Baza P. Obra citada.

De los diferentes códigos deontológicos de la Historia se desprende que la función del médico es siempre la de curar o aliviar a sus pacientes, pero nunca provocarles la muerte.

Este principio fundamental de la Deontología Médica se recoge en el artículo 4.1. del Código Español de Ética y Deontología Médica actualmente vigente: "La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana y la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son los deberes primordiales del médico". Este artículo contiene una doctrina densa hasta el punto de que se puede afirmar que en él se recapitulan los grandes principios de toda la Deontología.¹²¹

En relación al tema que nos ocupa, se dice también en el artículo 27:

1. El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Y cuando ya no lo sea, permanece su obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del enfermo, aún cuando de ello pudiera derivarse, a pesar de su correcto uso, un acortamiento de la vida. En tal caso, el médico debe informar a la persona más allegada al paciente y, si lo estima apropiado, a éste mismo.
2. El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y a morir con dignidad. Y cuando su estado no le permita tomar decisiones, el médico tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente hechas por el paciente y la opinión de las personas responsables vinculadas.
3. El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de "petición expresa por parte de éste".

Por ser la técnica y la compasión atributos muy propios del médico y de la enfermera competentes, se explica que la reprobación deontológica de la eutanasia sea tan fuerte. Cuando el médico rechaza la eutanasia y la colaboración al suicidio, no está simplemente siguiendo sus convicciones éticas o los preceptos de una tradición profesional milenaria: está siendo fiel a lo más genuino de su profesión.

Respecto a su posible regulación, señalar tan sólo que poner unos límites firmes contra la violación de la vida humana hace posible que las relaciones con nuestro

¹²¹ Martínez Baza P. Obra citada

semejantes sean dignas, sobre todo cuando su estado de necesidad o incapacidad ponen a prueba nuestra paciencia.

Por otra parte están quienes justifican la eutanasia y la consideran positiva:¹²²

- Afirman que cuando la vida de una persona que padece una enfermedad terminal es inútil para sí misma, para su familia y para la sociedad, si no se tienen ya más deberes que cumplir, y ante un estado de incapacidad para hacer algo por sí misma o por los demás, sin nadie que saque provecho de la continuidad de esa vida, cargada como está con el peso del sufrimiento, es razonable afirmar que tal persona se encuentra justificada para poner fin a su propia vida, por su cuenta o con la ayuda de los demás.
- Asienten también que cuando uno se encuentra ante dos males, tiene que escoger el mal menor. La prolongación de un sufrimiento inútil es un mal mayor que el procurarse una muerte inmediata, que de todas maneras pronto sobrevendrá.
- Para ellos, resulta inhumano e insensato conservar en vida a un paciente terminal, cuando él ya no quiere vivir más y una simple inyección podría poner fin sin dolor a su lamentable estado.
- Entienden que el hombre es dueño de su propia vida y puede libremente decidir ponerle fin, por su cuenta o con ayuda de otros, cuando ya no tiene más deberes que cumplir con respecto a su familia y a la sociedad.
- Afirman que la libertad del hombre para obrar no debe cohibirse a menos que haya razones convincentes de que su libertad entra en conflicto con los derechos de los demás. No puede demostrarse tal conflicto en el caso del enfermo terminal. Por lo tanto, tal persona tiene el derecho a morir como ella escoja.
- Argumentan también, que la eutanasia voluntaria positiva es un acto de delicadeza para con la propia familia y para con la sociedad, ya que el enfermo terminal decide no seguir siendo oneroso para ellos, con los consiguientes costos y todo el trabajo de cuidar a un paciente enfermo de gravedad, y que Dios no quiere que suframos innecesariamente, por lo tanto es sensato pensar que se puede poner fin de manera fácil a nuestra desgracia.

Valoración ética de la legalización de la eutanasia.

Si intentáramos una valoración ética de la legalización de la eutanasia, nos

¹²² Pérez Lindo. Augusto. Obra citada.

retrotraeríamos a lo señalado: un complejo panorama con múltiples vacíos legales. Siempre, sin embargo, aparecen propuestas, proyectos, asociaciones, movimientos que orientan y encaminan hacia la tipología de legislación que demanda cada sociedad sobre el tema.

Un elemento bastante difundido, que emerge de este análisis es la duda casi generalizada que existe respecto de la eutanasia activa. Aunque se dan apoyos y peticiones en ese sentido, aparecen resistencias muy fuertes por parte de los agentes que deberían llevarla a la práctica, como los médicos y el personal sanitario.

Los Códigos de Deontología Médica confirman el deber de los médicos de defender la salud y la vida, desaprueban así mismo el que éstos se arroguen el derecho de abreviar la vida de un enfermo.

También la llamada eutanasia pasiva, cuya legalización puede llegar a ser extensiva, plantea confusiones, pues se entrecruzan con sus argumentaciones temas relacionados con el "ensañamiento terapéutico" y con el transplante de órganos.

Oportunidad y utilidad sobre el uso de la normativa, constituyen problemáticas que aparecen en el horizonte cuando se trata de regular el término de la vida humana.

Éticamente (sobre todo desde las fundamentaciones católicas) se considera que toda auténtica eutanasia (activa o pasiva) constituye siempre una violación gravísima del derecho a la vida. Se plantea que una intervención jurídica al respecto implica que el Estado se arroga el derecho de no reconocer a todos los ciudadanos el derecho fundamental a la vida. Cabe aclarar también que respecto de cualquier derecho, el Estado no tiene poder de conferirlo ni de negarlo, sino sólo la función de reconocerlo y tutelarlos. Si el Estado consiente prácticas eutanásicas, se lo considera como cómplice y ejecutor de un delito a través de sus estructuras y del personal sanitario.

Respecto del "encarnizamiento terapéutico", también se plantean dificultades en la esfera práctica, ya que se condena desde el punto de vista ético, aunque no está claro el límite entre la obligada atención terapéutica y el "encarnizamiento".

Hemos visto que indiscutiblemente la cultura es central a la hora de manifestarnos respecto de este tema vinculado a los valores que sustenta cada sociedad en particular.

Desde lo controversial del término, los actuales debates acerca de la eutanasia, nos presentan posturas extremas:

- Quienes sostienen la importancia de tomar decisiones en libertad y en una relación de confianza entre las personas implicadas;
- Quienes desean la inserción de opciones despenalizadoras;

- Quienes bregan por la necesidad de buscar fundamentos jurídicos que justifiquen "decisiones";
- Quienes sostienen que el debate sobre la eutanasia debe ser profesional, no moral, ya que el desarrollo de los cuidados paliativos resuelve la mayoría de los problemas sin riesgos jurídicos;
- Quienes bregan por redescubrir el significado de los valores del sufrimiento desde la superación de concepciones materialistas de la vida y del hombre;
- Quienes dicen que las normas para "regular" la eutanasia han creado dudas sobre la capacidad de los legisladores para asegurar y proteger a los más vulnerables e incompetentes;
- Quienes opinan que despenalizar la eutanasia es muy peligroso, puesto que hay que dar soluciones a los casos individuales, y que lo más justo sería que la eutanasia esté penalizada, a menos que se cumplan una serie de requisitos, y que en todo caso, el fiscal pueda perseguir su incumplimiento;
- Quienes sin ser partidarios de la eutanasia dicen que en enfermedades incurables, terminales, debemos dejar que la muerte natural siga su curso sin medidas que prolonguen agonías y dolores;
- Quienes son partidarios de que a los pacientes se les permita estar en compañía de sus seres queridos, que se les respete sus creencias religiosas, que debe haber interconsultas con ministros religiosos.
- Quienes consideran que "calidad de vida" no se lleva con el sufrimiento y por lo tanto el "derecho" a elegir la muerte es intrínseco a cada ser humano.

Ética, Religión, Derecho, Medicina, Política, múltiples disciplinas desde las que se pregona el derecho supremo a la vida, pero que no pueden configurar con coherencia una respuesta al momento de adoptar posturas respecto de la existencia positiva o no del derecho de los individuos a elegir su muerte.

En México, las leyes relacionadas en torno a la eutanasia son las siguientes:

Del código civil:¹²³

- Art. 23: "La minoría de edad, el estado de interdicción y demás incapacidades establecidas por la ley, son restricciones a la personalidad jurídica que no deben menoscabar la dignidad de la persona ni atentar contra la integridad de la familia; pero

¹²³ Leyes y Códigos de México. "Código Civil para el Distrito Federal". México. Ed. Porrúa. p. 47. Año 1998.

los incapaces pueden ejercitar sus derechos o contraer obligaciones por medio de sus representantes”.

- Art. 24: "El mayor de edad tiene la facultad de disponer libremente de su persona y de sus bienes, salvo las limitaciones que establezca la ley".

De la Ley General de Salud:¹²⁴

- Art. 2: "El derecho a la protección de la salud, 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..."

- Art. 23: "Para los efectos de esta ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad".

- Art. 32: "Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar la salud".

De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:¹²⁵

- Art. 3, Fracción II, inciso "C": "la dignidad humana deberá orientar a la educación".
- Art. 4, párrafo 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..."
- Art. 14: "A ninguna ley se dará efecto retroactivo en perjuicio de persona alguna. Nadie podrá ser privado de la vida, de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho..."
- Art. 24: "Todo hombre es libre para profesar la creencia religiosa que más le agrade..."

Del Código Penal Federal:¹²⁶

- Art. 302: "Comete el delito de homicidio: el que priva de la vida a otro".
- Art. 307: "Al responsable de cualquier homicidio simple intencional que no tenga prevista una sanción especial en este Código, se le impondrán de doce a veinticuatro años de prisión".

¹²⁴ Leyes y Códigos de México. "Ley General de Salud". México. Ed. Porrúa. p.p. 1.8.9. Año 1998.

¹²⁵ "Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos". México. Ed. SISTA. p.p. 3.4.6.10. Año 2000.

¹²⁶ "Código Penal Federal". México. Ed. SISTA. p.p. 177.178. Año 2000.

- Art. 312: "El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años".

Por lo que se concluye que aunque en México existe libertad de creencias, ideas y disposición de la persona sobre sí, se establece aunque no con el término eutanasia, por los artículos presentados que no está permitida en este país.

CAPÍTULO III

ÉTICA Y DERECHOS HUMANOS EN LOS PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO.

3.1. Qué es el paciente en estado crítico.

El paciente crítico presenta cambios agudos en los parámetros fisiológicos y bioquímicos que lo colocan en riesgo de morir, pero tiene evidentes posibilidades de recuperación.¹²⁷

Precisa un nivel de asistencia especializada (monitorización o tratamiento intensivo) y continuada con requerimientos de personal, intensidad y tecnología que sólo pueden prestarse en la UCI.¹²⁸

El paciente terminal, por el contrario, se encuentra en una etapa avanzada de una enfermedad irreversible y su muerte es eminente en horas, días o semanas, independientemente de la terapéutica que se utilice.¹²⁹

Pacientes con pobre calidad de vida.

i. Coma o estado vegetativo persistente.

Cualquier grado de coma que no reúna todos los criterios de muerte cerebral, sin interacción con el medio (aún cuando pueda parecer despierto), sin evidencia clínica de actividad cortical, pudiendo haber respuestas reflejas, apertura ocular espontánea y ciclos de sueño-vigilia.

ii. Pacientes con incapacidad grave. Pacientes conscientes pero que dependen de otros para cumplir con todas las actividades de la vida cotidiana.

Los cuerpos muertos no deben recibir tratamiento porque de lo contrario implicaría asumir que están vivos.

3.2. Ética y el paciente en estado crítico.

A veces se confunde la condición del paciente crítico con la de paciente terminal.

En el caso del paciente crítico se plantean disyuntivas que comprometen creencias y valores de las personas. Todas las decisiones pueden ser examinadas desde el punto

¹²⁷ d'Empaire, Gabriel. "Dilemas en la toma de decisiones en el paciente crítico". Sociedad de Bioética. <http://www.bioetica.org.ve/center10.htm>

¹²⁸ Herrera Carranza, M. "Una teoría del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias". Hospital "Juan Ramón Jiménez". Huelva, España. <http://www.samiuc.es/Opinll.htm>

¹²⁹ d'Empaire, Gabriel. Obra citada.

de vista ético (como fundamentación racional de normas y conductas), religioso (como creencia en la propiedad o impropiedad de prácticas) y económico (como justicia distributiva vinculada a la tensión entre lo individual y lo societario).

Se está obligado a no hacer daño y a ser justo, lo que constituye una ética de mínimos. Pero si además se respeta la autonomía y se hace el bien se encuentra una ética de máximos: no solamente se asegura la convivencia, se le promueve activamente.

Mediante estos principios puede estudiarse la abstención o la terminación del tratamiento en el paciente crítico.

En la enfermedad que amenaza la vida (life-threatening illness) ocurre una suspensión absoluta de las obligaciones sociales y un estado de completa dependencia respecto de otros.

El enfermo como persona desaparece. Su condición es de sometimiento a lo que el profesional dictamine. Éste no es un socio, es una autoridad.

Abstenerse de un tratamiento mantenedor de la vida, o suspenderlo una vez iniciado, plantea problemas expresables en alguno de los principios mencionados. Si una persona deja una directriz anticipada en caso de enfermedad seria e irreversible, cabe respetar esa disposición salvo que circunstancias coyunturales lo impidan. La consulta a personas que puedan hablar por el enfermo y substituir su juicio (substituted judgement) por el suyo puede compensar la exigencia del mejor interés (best interest principle). En este caso, la opinión sobre lo que es mejor suele usarse para neutralizar el respeto total a la autonomía individual.

Urgencia, emergencia y paciente crítico.

Se considera una urgencia a toda alteración de la salud que requiere atención médica inmediata.

La emergencia es una clase de urgencia en la que existe riesgo actual o potencial para la vida de forma inmediata por compromiso de funciones vitales (respiratoria, cardíaca, neurológica).

La Medicina Intensiva es una *especialidad* médica: Se ocupa de los enfermos que sufren patología aguda de cualquier indole (médica, traumatológica, quirúrgica) con riesgo vital inmediato o posible, cuya situación clínica sea reversible. Es una especialidad de tipo *horizontal*, es decir, definida no por el órgano o sistema fisiológico afecto como las tradicionales (cardiología, neumología, nefrología, etc.), sino por la naturaleza de la

situación: amenaza para la vida que se puede revertir y posibilidad de fracaso multiorgánico.¹³⁰

La Medicina Crítica es un término más amplio que el de Medicina Intensiva, pues trata a pacientes con cualquier situación crítica que se pueda presentar desde el lugar del evento hasta el departamento urgencias, quirófano o UCI; en la resolución del problema pueden intervenir diversos agentes sanitarios como un equipo de emergencia (médico y paramédico), un cirujano, un anestesiólogo, y desde luego un intensivista, cuya especialidad está centrada en el enfermo crítico. La Medicina Intensiva atiende a los pacientes que persisten críticos, de forma actual o potencial, con permanencia en la inestabilidad de las funciones vitales y por ello requieren un grado de esfuerzo asistencial mayor: vigilancia o tratamiento intensivo. La Medicina de Emergencia actúa sobre los enfermos graves en el primer momento, en la escena, y por eso constituye la primer fase de la asistencia al paciente crítico.

En la atención del paciente grave, a los derechos del enfermo debe agregarse el derecho a una muerte digna, entendiendo como tal aquella sin dolor, con lucidez para la toma de decisiones y con capacidad para recibir y dar afectos.

El primer problema surge ante nuestra incapacidad actual para establecer un pronóstico certero. El desarrollo de las medidas de soporte vital ha sobrepasado, en gran medida, nuestra capacidad de pronosticar la evolución de muchos pacientes en estado crítico.

El no contar con elementos objetivos para el establecimiento del pronóstico certero, hace que en estos casos, el límite entre la beneficencia y la no maleficencia sea tenue, impreciso, variable dependiendo del enfoque Axiológico que se le pueda aplicar. El considerar el valor de la vida como valor principal, orientará al mantenimiento de todas las medidas, sin otras consideraciones. Por el contrario, conceder prioridad a otros valores como la calidad de vida, orientará la toma de decisiones en otro sentido. De ahí, la importancia que el médico esté en capacidad de considerar y analizar, no sólo elementos técnicos médicos, sino también todas las consideraciones de valor, implicadas en estos casos. Solo así, podrá analizar todas las circunstancias implicadas y situarse en cada momento, a fin de decidir si debe continuar o no las medidas terapéuticas. Debe intentar

¹³⁰ Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias. (SEMIUC). "Guía para la coordinación, evaluación y gestión de los servicios de Medicina Intensiva". Madrid. Instituto Nacional de Salud (INSALUD) 1997.

reconocer ante cada decisión, las consecuencias de la misma; para establecer si ésta ofrecerá un bien al enfermo o por el contrario si comenzará a hacerle daño. Continuar el tratamiento, orientado a la búsqueda del mantenimiento de la vida, y la recuperación de la salud, es sin duda benéfico. Traspasar el límite, prolongar inútilmente el proceso de morir, favorecer la distansia, será en todo caso, maleficio.

El médico debe además saber que los valores de cada enfermo, son los que determinan el tenue límite, que muchas veces, en estos casos, separa el hacerle bien al paciente de inducirle un daño. Esta decisión, ya no es, como antes, potestad absoluta del médico. Hoy se exige respeto a la voluntad del paciente, quién en última instancia, es quién define tal límite. El respeto a las creencias y valores de los pacientes constituye uno de los pilares de la ética médica actual.

La decisión final; debe ser tomada por el enfermo, adecuadamente informado y capacitado. Surge así, otro problema, menos del 5% de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos están capacitados para decidir y, por tanto, en la mayoría de los casos la decisión recae sobre el familiar más cercano quien debe tomar esta decisión. Con frecuencia, el familiar se encuentra bajo gran presión emotiva, ante una circunstancia por lo general inesperada que altera su proyecto de vida. Además, la situación usualmente exige que las decisiones sean tomadas rápidamente. La duda lleva, a veces, a perder la perspectiva y aferrarse al soporte de la vida en cualquier circunstancia. En otras ocasiones, el agotamiento, debilita la entereza necesaria para mantener la claridad de pensamiento y lo conduce a la toma de una decisión prematura.

Aquí surge la figura del médico, quién si bien no debe tomar la decisión aisladamente, como solía suceder, debe tener claro que su responsabilidad no se limita a establecer un diagnóstico, plantear alternativas y ejecutar fríamente lo que se supone es la voluntad del enfermo. Constituye parte ineludible de su responsabilidad mantener una posición activa, evaluando todos los elementos que rodean a estas decisiones, tratando de garantizar el máximo beneficio para el enfermo dentro del mayor respeto a su autonomía. Es su insustituible experiencia, lo que le permitirá evaluar que las circunstancias en las que se está desarrollando el proceso, garanticen la mejor expresión de la relación entre beneficencia y autonomía que debe regir la atención sanitaria.

La decisión final debe encuadrarse dentro del principio canónico formal, sin excepción, según el cual todo ser humano debe ser considerado como un fin. Para lograr esto, deben analizarse cuidadosamente los principios morales de la bioética, buscando la

solución que produzca el mayor beneficio al enfermo, (beneficencia), sin causarle daño, (no maleficencia), respetando su autonomía y actuando con justicia.

CONFLICTOS ÉTICOS EN EL PACIENTE CRÍTICO.

<ul style="list-style-type: none"> • Un paciente crítico debe cumplir dos condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Amenaza vital actual o potencial. ➤ Situación teóricamente reversible. • La asistencia en la UCI: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Problema riesgo-beneficio para el paciente. ➤ Problema "coste-oportunidad" para la sociedad. <p>SIN ESTAS CONDICIONES, SE PUEDEN VULNERAR LOS PRINCIPIOS DE NO-MALEFICENCIA Y JUSTICIA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CUANDO LAS EXPECTATIVAS DE RECUPERACIÓN DESAPARECEN, ES RAZONABLE LIMITAR EL ESFUERZO TERAPÉUTICO. • La prolongación del proceso de morir puede llegar a constituir "trato inhumano o degradante" (No-Maleficencia). • Los recursos utilizados pueden privar de ellos a otros pacientes más necesitados (Justicia). • Aunque no sea posible una decisión autónoma, una persona razonable no desearía verse en esta situación (Autonomía).
<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMO CRÍTICO CONSERVA SUS DERECHOS. • Al respeto de su dignidad y valores. • a la privacidad. • A ser informado: la dificultad para la comunicación no exime de la información. • Participar en las decisiones, con las limitaciones obvias derivadas de la urgencia y el nivel de competencia. • Consentir o negarse al tratamiento, con las mismas limitaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • El enfermo crítico es más débil, por lo que sus derechos deben ser protegidos con mayor énfasis. • Su minusvalía física y psíquica eleva el rango de las obligaciones de beneficencia.

En el Hospital Clínico Universitario de Valencia, España en las Cortes Generales Diario de Sesiones del Senado se comentó¹³¹:

¿Qué ha propiciado la creación de las Unidades de Cuidados Intensivos en el proceso de morir y en el debate eutanásico? Las UCI's surgen con una tecnología de vanguardia, con soportes vitales que son costosos, sofisticados, invasivos, y surgen por una exigencia social: alejar la muerte, era como un pulso entre la técnica y la muerte, un poco como el derecho a no morir. Inmediatamente aparecen dos consecuencias: una, su

¹³¹ Comisión Especial de Estudio sobre la Eutanasia. "Comparecencia del Jefe Clínico de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario de Valencia". España. Ed. Diario de Sesiones del Senado de Comisión. Número 346 de fecha 21-oct.-98. Año 1998.

inestimable eficacia, la segunda consecuencia: que existen parámetros imprecisos e importantes de la aplicación de esas técnicas en ciertos grupos de pacientes como son ancianos, pacientes crónicos y pacientes con enfermedades de fondo incurables. En las UCI's hemos generado vidas temporales más largas y precarias también, y hemos prolongado exageradamente la agonía en muchas circunstancias. Hay que reconocer que no hemos sabido el momento de parar, unas veces por soberbia, otras por ingenuidad o incluso por exceso de celo, y otras veces -también hay que decirlo- por temor a la interpretación de nuestros actos por los jueces, generando enormes dosis de medicina defensiva.

La eutanasia se pide muy poco.

"Es muy bonito- decir: se consensúa con el enfermo, se consensúa con la familia, pero algunas situaciones no pueden ser consensuadas porque el paciente no puede decidir y porque la familia muchas veces no se implica, está influenciada por el ambiente, por la situación, incluso por la propia opinión del médico, que es el sustituto emocional del paciente en muchas circunstancias. Algunas decisiones no tienen respaldo legal alguno y pueden ser interpretables por los jueces de forma dispar."

Muchas veces, el paciente no tiene autonomía y las reanimaciones hay que realizarlas de forma rápida y muchas veces con tensión. Como profesional de la Medicina, sería muy útil que un equipo multidisciplinario hospitalario estableciese directrices sobre qué tipo de pacientes no son subsidiarios de reanimación cardiopulmonar.

"Los educadores, en general, y los médicos en particular, debemos inculcar a nuestros alumnos no sólo los avances técnicos, sino los aspectos humanísticos de nuestra profesión, ahí fallamos. Los médicos no estamos bien capacitados a la hora de acompañar, ayudar y aliviar a los pacientes en sus momentos finales. Hay que inculcar a nuestros alumnos que impedir la muerte a toda costa es una mala medicina, y que hay que preservar la vida en tanto sea soporte de dignidad."

"Cuando la gente llega a cuidados intensivos de un hospital recibe el máximo nivel de asistencia. Cuando está recibiendo la asistencia máxima, con tecnología máxima y con nivel máximo: No hay, más que hacer".

En medio de la confusión se debaten conflictos de intereses, entre los profesionales de la salud que entienden su deber de una forma y los pacientes y sus familiares que exigen participación en sus decisiones, para las cuales en numerosas ocasiones no están en posición de entender los verdaderos alcances, conflictos que muchas veces van a dar a los tribunales que entienden aún menos de los problemas de

intereses y posibilidades en el campo sanitario. Junto con ello, surgen dilemas que comprenden desde la asignación de recursos médicos y de tratamiento determinados impersonalmente por el Estado y por burócratas que jamás han visto morir a un paciente grave y menos consolar a una familia que ha perdido un ser querido e incluso llegar a situaciones de prácticas policiales en el control de fármacos que se dicen costosos.

El paciente ha dejado de ser ignorante de los riesgos que involucran las enfermedades y sus terapias y maneja un bagaje de conocimientos del campo de la salud proporcionado por los medios de comunicación de masas, conocimientos que no siempre se ajustan a la verdad científica.

1) Existen valoraciones o "scores" del paciente en estado crítico que deben ser usadas.

Los sistemas de predicción se basan en cuatro elementos: 1) El paciente 2) La enfermedad, 3) El médico y 4) La enfermera. Lográndose una predicción pronóstica actualmente del 85 al 90% constituyendo la aparición de una nueva enfermedad catastrófica o eventos incidentales los determinantes únicos de resultados que son impredecibles hasta la fecha. Dentro de estos scores se encuentran: Escala de TISS (identifica como poco recuperable y con alta mortalidad al enfermo que requiere mayor número de acciones terapéuticas médico - enfermera) sistema APACHE (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation), que consta de 34 variables fisiológicas con parámetros hemodinámicos sofisticados, con simplificación en el SAPS (Simplified Acute Physiology Score), APACHE II contando con 15 y 14 variables fisiológicas respectivamente que nos permiten establecer en forma global y cuantitativa las probabilidades de complicaciones y mortalidad en relación a factores individuales de alto riesgo y determinar índices de sobrevivencia a largo plazo y la calidad de vida, analizando la severidad de la enfermedad del paciente por el grado de alteración fisiológica, correlacionándose en forma directa con la escala TISS; Valoración del estado físico por American Society of Anesthesiologists (ASA), que correlaciona la frecuencia de complicaciones trans y postoperatorias, Guía de la NYHA (New York Heart Association, para detectar posibles complicaciones cardiovasculares), índice de riesgo Cardíaco de Goldman, para valorar el índice multifactorial de riesgo cardíaco (IMRC); criterios de Monitoreo Fisiológico en Pacientes en Estado Crítico para establecer el monitoreo invasivo pulmonar y arterial así como el ingreso de los pacientes críticos a la UCI; Criterios de Irrecuperabilidad, para establecer la nula posibilidad de reversibilidad de una enfermedad; Escala de Coma de Glasgow, para establecer daño neurológico; y actualmente las ajustadas de APACHE I, II, III, IV, DMOGORIS, LODES, MODS, MPM,

MPM al ingreso, ODIN, PRISM, PSI - TISS, SAPS II, APSC, SIRS, SNAP que incluyen tanto en las previas como las actuales monitoreo hemodinámico, monitoreo de la respiración, evaluación nefrometabólica, evaluación nutricional, evaluación neurológica, evaluación pronóstica, por no mencionar todas las escalas de Criterios para diversos cuadros patológicos críticos específicos. Finalmente, la escala de prioridades que se publicó en Critical Care Medicine 1999.

Con todo ello podemos contar con elementos objetivos de información para tomar junto con los criterios éticos una decisión.

2) Diagnóstico confirmado de enfermedad en fase terminal e irreversible.

Existen múltiples enfermedades en fase terminal que pueden considerarse irreversibles aunque se ofrezca el soporte vital de la UCI que no modificarán la evolución de las mismas y por tanto la muerte del paciente es inminente a corto o largo plazo. Por lo que según los principios de la ética médica mencionados, en estadios irreversibles de enfermedad no deben ofrecerse estos apoyos UCI, por lo que debe informarse y explicarse a los familiares del enfermo el pronóstico y las elevadas posibilidades de fallecimiento.

3) Consenso entre médicos que asisten al paciente.

Sucede que los médicos de una misma especialidad pueden tener opiniones divergentes ante un fenómeno o enfermedad, por lo que tal situación debe consensarse éticamente entre expertos para determinar la solución técnica y pericialmente más favorable para el paciente, la cual se expresará por el grupo de médicos para que no haya dudas ni confusión por parte de los familiares, así como se presentará a las autoridades correspondientes o personal indicado de solicitarse esta información.

4) Comunicación abierta y franca con el paciente y/o sus familiares.

De preferencia es recomendable transmitir la información a un familiar que se encuentre en lo posible más estable desde el punto de vista psicológico ante la situación, para que el factor de malinterpretación de la información no suceda y entonces es posible éticamente, justamente ser informados los familiares con la verdad acerca de la evolución del paciente, todo ello con el máximo respeto a las personas y al lenguaje que se exprese. En caso de que el paciente se encuentre despierto y pregunte sobre su estado, se dirá lo más delicadamente posible la verdad siendo considerado en cuanto a su estado físico y psicológico y procurando hasta donde sea posible animarle y consolarle.

5) Espera prudente cuando se logra acuerdo entre colegas y/o familiares del enfermo.

En el apoyo de la UCI hacia un enfermo, puede no existir acuerdo, tanto en el grupo médico como en el grupo de familiares, por lo que éticamente la solución es la espera prudente y el ofrecimiento del apoyo vital, hasta que se logre ese acuerdo a través de la información franca y abierta, por medio del diálogo.

6) Retiro de terapéuticas fútiles cuando se logre acuerdo.

Me refiero al retiro de tratamientos con supertecnología que facilitan la medición exacta de parámetros fisiológicos; el uso de terapéutica invasiva (catéteres intra-arteriales, catéteres intravenosos, intra-cardíacos), medicamentos intravenosos para mejorar finamente el estado orgánico del enfermo, tratamientos costosísimos que en la fase terminal del paciente no modifican su evolución.

7) Presentación del caso ante el Comité Hospitalario de Bioética en situaciones dudosas o conflictivas.

Teóricamente los comités hospitalarios de bioética deben estar integrados de preferencia por un abogado, un filósofo - teólogo, un médico y una trabajadora social, quienes están capacitados para proporcionar conocimientos amplios para tomar decisiones o dirigir una conducta al respecto acerca de un paciente ante situaciones dudosas o conflictivas, además de tomar en cuenta los principios de ética médica ya mencionados con la finalidad de llegar a un acuerdo entre autoridades, médicos tratantes y pacientes o familiares, y si aún así existiera algún aspecto ético no resuelto debido a la complejidad político -social - filosófica-legal, entonces esperar prudentemente y dar el apoyo orgánico al paciente.

8) Acompañamiento del paciente y sus familiares hasta el fin o derivación a otros profesionales.

Una vez tomada la decisión de no ingresar al paciente a la UCI o no aplicar tratamiento fútil, continuar con los cuidados médicos o de enfermería propios de un paciente con enfermedad terminal y favorecer las visitas de familiares así como mantenerles informados de los cambios en relación con el estado del enfermo.

9) Atención psicoterapéutica a familiares y pacientes críticos que ingresen o no a la UCI.¹³²

Actualmente no se realiza a manera de rutina en la UCI.

Debe incluir: Apoyo psicológico de intervención en momentos de crisis; soporte emocional y orientación sobre condiciones físicas y psicológicas del paciente; apoyo para

¹³² Parada B. Ma. Isabel. "Procesos psicoterapéuticos desarrollados a familiares y a pacientes críticos que ingresan a una unidad de Cuidados Intensivos". <http://epsa.cop.es/congresoiberoa/base/clinica/ct206.htm>.

la elaboración del duelo en los familiares; considerar aspectos bioéticos y psicoéticos inherentes al proceso de enfermedad del paciente crítico que ingresa a UCI.

10) Las sociedades médicas, el Estado y la representación social de los enfermos debemos dialogar y debatir estos aspectos hasta llegar a acuerdos o conclusiones favorables para todos los grupos, ya que en el mundo existen las declaraciones y códigos éticos, sin embargo aún no se han incorporado a las leyes en muchos puntos, por tanto se siguen cometiendo errores hacia los enfermos y los médicos, asimismo existe polémica aún con la eutanasia.

Es, en efecto, en el seno de las salas de internamiento del paciente crítico, donde al médico, a la enfermera y al resto de los miembros del equipo de salud se les plantean los conflictos morales con mayor intensidad, frecuencia y complejidad. Preguntas sobre criterios de admisión, finalización de la vida, incapacidad grave, muerte cerebral, muerte digna, indicaciones y contraindicaciones de la reanimación, son interrogantes frecuentes en los pasillos de las salas de TI.

Es necesaria una reflexión grupal, un diálogo, una interacción entre los profesionales involucrados, que a modo de una verdadera mayéutica socrática permita generar conocimientos, equilibrar valores, elegir caminos. Esto a su vez implica una actitud de respeto hacia el otro, de escucha y compromiso.

La posibilidad de limitación y/o suspensión de tratamientos se plantea frente a algunas de las siguientes situaciones:

- Cuando existen evidencias de no haber obtenido efectividad con el tratamiento instituido.
- Cuando la sucesiva claudicación de órganos vitales es manifestación de la irreversibilidad de la situación clínica y sugiere que la utilización de procedimientos adicionales o de mayor complejidad no modificará el pronóstico del paciente.
- Cuando sólo se trata de mantener y prolongar la vida de un paciente en coma irreversible.
- Cuando el sufrimiento es inevitable y desproporcionado al beneficio esperado.

Existe una encuesta¹³³ de opinión efectuada a 93 médicos no especialistas en terapia intensiva sobre el ingreso de pacientes irrecuperables a UCI, la necesidad de limitar el tratamiento a pacientes terminales y ciertos determinantes de la conducta médica en dichas circunstancias.

¹³³ Gherardi, Carlos. "Ingreso de pacientes irrecuperables en Terapia Intensiva. No aplicación y suspensión de métodos de soporte vital. Análisis de una encuesta de opinión". Argentina. Med. Intensiva vol. 17 No 1: 1997.

Los resultados indicaron que la presencia frecuente de pacientes irrecuperables en UCI se debe fundamentalmente a exigencias familiares, a carencia de áreas asistenciales adecuadas para la atención del enfermo terminal, circunstancias que pueden favorecer el encarnizamiento terapéutico y la prolongación indefinida de vida vegetativa. El acuerdo de los médicos en el establecimiento de límites en la atención médica de pacientes irrecuperables parece tener como factores determinantes la desprotección legal de nuestro país para el ejercicio de estas prácticas y la falta de consenso social sobre estos temas. El universo médico encuestado no visualiza como moralmente equivalentes la decisión de no actuar respecto de la de dejar de actuar.

Se consideran también la presión de otros colegas de diversas especialidades en un 25% y otras causas 22%.

Fueron partidarios de orden de no reanimación un 73.12%.

En el análisis de todas las preguntas se encuentran comprometidos de modo directo los derechos del paciente, la organización sanitaria del país y el sistema de valores que la sociedad quiera respetar y proteger por lo que resulta muy plausible que el 86% de los médicos encuestados piensen que todos estos temas no deben ser debatidos en el exclusivo ámbito médico y que por el contrario deben plantearse dentro un amplio marco social multidisciplinario.

Pautas y recomendaciones destinadas a facilitar la actuación del grupo médico frente a diversas circunstancias.¹³⁴

- 1) La fuente de autorización primaria de la decisión de tratar o no tratar emana del paciente.
- 2) La existencia de un testamento vital o directiva anticipada del paciente, convenientemente verificado en su existencia y actualidad, deberá constituir una prioridad para ser respetado con independencia de la opinión del médico (equipo asistencial) y de la familia.
- 3) La comunicación con el paciente deberá ser reemplazada por la familia sólo en caso de incompetencia del primero.
- 4) La comunicación con el paciente o en su defecto con la familia debe ser cotidiana y establecida de modo permanente con miembros del equipo médico de planta.
- 5) La toma de decisión sobre la abstención o retiro de los métodos de soporte vital en un

¹³⁴ Gherardi, Carlos. Obra citada.

medio asistencial como Terapia Intensiva son, en general, dependientes de la iniciativa médica, salvo en los casos en que exista una directiva anticipada.

6) Es aconsejable que las decisiones en Terapia Intensiva, respecto a la abstención o retiro de métodos de soporte vital, sean discutidas y compartidas por todo el equipo asistencial que incluye médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos, etc. En este debate, si existiera disenso y se considerara conveniente, puede darse intervención al Comité de Ética de la Institución antes de tomar la decisión correspondiente.

7) Resultará conveniente que las decisiones acerca de la actitud a tomar frente a los métodos de soporte vital comiencen activamente antes del ingreso del paciente al área de Terapia Intensiva. La admisión inadecuada de un paciente puede ser el comienzo de un sucesivo y habitual conjunto de acciones médicas de difícil contención. También el equipo médico puede consensuar con el paciente o la familia, previamente a su ingreso, en qué situaciones se decidiría la externación del paciente para que éste no se exponga a ser sometido a determinados procedimientos difíciles de prever o limitar en la misma área.

8) Habitualmente el equipo médico planteará la posible abstención o retiro del soporte vital frente a alguna de las siguientes circunstancias:

- Cuando existan evidencias de no haber obtenido la efectividad buscada.
- Cuando sólo se trate de mantener y prolongar un cuadro de inconsciencia permanente e irreversible.
- Cuando el sufrimiento sea inevitable y desproporcionado al beneficio médico esperado.
- Cuando se conozca fehacientemente el pensamiento del paciente sobre la eventualidad de una circunstancia como la actual.
- Cuando la presencia de irreversibilidad induzca a estimar que la utilización de más y mayores procedimientos no atenderán a los mejores intereses del paciente.

9) La propuesta de abstención o retiro de un método de soporte vital deberá ser efectuada al paciente, y si éste no es competente, deberá ser comunicada y explicada detenidamente al familiar.

10) En Medicina Crítica existen especiales circunstancias en las cuales la agudeza de la situación clínica, por la urgencia en la toma de decisión o por la valoración inmediata del resultado, la decisión debe ser tomada tanto en el sentido de la abstención como del retiro por el médico responsable sin consulta o comunicación previa.

11) En ningún caso la abstención o el retiro de un método de soporte vital significará privar al paciente de todas las medidas que atiendan a su confort físico, psíquico y

espiritual, así como la posibilidad de su traslado al área de cuidados paliativos si correspondiere.

12) Las dificultades en arribar a un acuerdo con los familiares del paciente se vinculan a una primaria incomprensión y desconocimiento real de la situación planteada, por lo que deberán extremarse todas las habilidades y el esfuerzo en transmitir la racionalidad de las medidas propuestas por el equipo médico.

13) Si a pesar de todo no existe acuerdo de la familia con la propuesta médica resultan posibles las siguientes alternativas: consultar a un médico elegido por la familia o por consenso para lograr una mayor comprensión entre las partes; consultar con el Comité de Ética de la institución; si existe desacuerdo entre los diversos miembros de la propia familia deberá intentarse de todas formas la obtención del consenso, incluso también a través de la intervención del Comité de Ética. Si no obstante lo anterior, no fuera posible llegar a un acuerdo, convendría priorizar la opinión del familiar que resulte con mayor compromiso afectivo con el paciente por su convivencia habitual.

14) Si no se obtiene el acuerdo a pesar de lo anterior existen las siguientes posibilidades:

- considerar la factibilidad del traslado del paciente a otra institución donde el equipo médico coincida con la opinión de la familia;
- cuando lo anterior no fuera posible y se trate de la aplicación de un procedimiento que exija un equipo mecánico o electrónico, el equipo médico podrá dejar constancia que el mismo podrá ser retirado si lo requiriera otro paciente conceptuado como recuperable según el juicio del equipo médico;
- siempre queda abierta para el juicio médico la solicitud de intervención judicial.

15) Todo paciente competente tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento que le fuera indicado por el equipo médico aunque sean aquéllos que puedan salvarle la vida.

16) En todas las circunstancias posibles que se han mencionado, todos los hechos, opiniones, consultas y posiciones diversas ante cada uno de los eventos ocurridos deberán constar con toda precisión en el Expediente Clínico correspondiente.

17) Cuidados paliativos son aquéllos que no aceleran la llegada de la muerte ni prolongan la vida artificialmente, proporcionan alivio al dolor y síntomas de angustia, integrando aspectos físicos-psicológicos y espirituales y facilitan la vida del enfermo tan activa como sea posible.

Causas de rechazo de ingreso a UCI.

Estas pueden reducirse esencialmente a tres situaciones:

- a) Ingreso no necesario: pacientes con enfermedades de escasa complejidad cuyo manejo en sala o en un área de emergencia o en recuperación postoperatoria es factible.
- b) Ingreso no justificado: se vincula en general a:
 - Deficiente calidad de vida previa.
 - Afecciones subyacentes en etapa final que sufren una súbita agravación.
 - Aquellos pacientes que previamente presentaban un mal pronóstico a corto plazo.
 - Aquellos pacientes en que la probabilidad de muerte durante su estancia en UCI es a *priori* mayor de 95%.
- c) Escasa disponibilidad de camas.

Resulta llamativo cómo los siguientes elementos no son adecuadamente pesquisados. Antes de decidir el ingreso de pacientes debemos conocer:

- a. Edad.
- b. Número de funciones orgánicas en falla.
- c. Circunstancias vitales.
- d. Nivel de dependencia.
- e. Movilidad.
- f. Estado mental.
- g. Afecciones subyacentes y en qué etapa evolutiva se encuentran.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La decisión de retirar soportes vitales se presenta durante el tiempo de permanencia en la unidad, y es excepcional que se adopte antes de 48 horas. Se vincula con la evolución del paciente, su deterioro y la falta de respuesta a tratamientos instituidos. Se desarrolla un consenso progresivo del equipo médico, de enfermería y de los familiares con esta medida.

Cuando uno debe vincular a la familia en la toma de decisiones respecto al retiro de medidas, se presentan situaciones diversas que, pueden esquematizarse en cuatro niveles:

- a. La muerte es inevitable e inminente.
- b. La muerte es inevitable, la familia está muy perturbada por la situación que no había sido discutida con el paciente.
- c. La muerte es inevitable, el equipo médico ha emitido la decisión de retirar soportes.

d. La muerte es una condición posible, las perspectivas de sobrevivida son escasas.

La aplicación de los análisis de costo beneficio es inoperante en las unidades de terapia intensiva, en las cuales, el saldo económico es siempre negativo.

El segundo factor, no ligado con lo económico, se refiere al problema moral y ético.

No encontraremos la solución en juicios y leyes.

Ayuda a decidir hasta donde continuar, el pensar que el enfermo fuéramos nosotros mismos. Sin embargo, en la respuesta aplicamos nuestros propios principios, nuestro propio deseo de vivir y no los del enfermo.

3.3. Derechos humanos del paciente en estado crítico.

El principio de no-discriminación es central al pensamiento y práctica de los Derechos Humanos.

El médico debe obrar siempre de acuerdo con su conciencia y por el supremo interés del paciente. Así, establece que este último tiene los siguientes derechos:

- A ser atendido por un médico que pueda emitir libremente juicios clínicos y éticos sin interferencias externas.
- A aceptar o rechazar un tratamiento, después de haber recibido la información pertinente.
- A solicitar que su médico respete el carácter confidencial de sus datos médicos y personales.
- A morir con dignidad.
- A recibir o rechazar el consuelo moral y espiritual incluso la asistencia de un sacerdote o representante de una religión determinada.

Es necesario enfatizar que los médicos, en el ejercicio de su profesión dentro de una institución, tienen diversos derechos, los cuales, por recomendación de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, son los siguientes:

1. A recibir un trato justo y respetuoso por parte de las autoridades, el personal en general y los pacientes. Asimismo, recibir protección tanto sanitaria, como jurídica, particularmente cuando trabajen con pacientes de alto riesgo.
2. A contar con la remuneración, condiciones y prestaciones laborales a las que tiene derecho todo servidor público.
3. A tener oportunidad de avanzar a la par con el desarrollo de la medicina, a mantener un alto nivel de conocimientos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. A recibir información sobre Derechos Humanos y asesoría jurídica.
5. A disponer de condiciones e insumos para el trabajo.
6. Le sean garantizadas condiciones adecuadas de seguridad.

Aunado a lo anterior, debe considerarse que la 171ª Asamblea Médica Mundial,¹³⁵ celebrada en Nueva York, U.S.A, en 1963, adoptó Doce Principios para la Atención de la Salud en Cualquier Sistema Nacional de Salud, entre los que destacan los siguientes:

- En cualquier sistema de salud, las condiciones de la práctica médica deben determinarse en consulta con los representantes de las organizaciones de médicos.
- En nombre del interés del paciente, no se debe restringir al médico su derecho a prescribir medicamentos o cualquier otra medida terapéutica que corresponda a los estándares médicos urgentes.
- Cualquier sistema de salud debe permitir al paciente que consulte al médico de su elección y, al médico, que elija y trate sus pacientes sin que éstos sufran influencias ajenas a su bienestar.
- El médico debe ser libre de ejercer su profesión donde lo desee y delimitar su práctica al dominio en el que se especializa.
- La profesión médica debe ser adecuadamente representada en todos los órganos oficiales que tratan de los problemas de salud o enfermedad.
- Debe garantizarse la independencia moral, económica y profesional del médico.
- Todos aquéllos que colaboran en cualquier etapa de la terapia del paciente o en su control deben reconocer y observar el carácter confidencial de la relación médico-paciente. Las autoridades deben considerarlo debidamente.

Ética médica y derechos del paciente en estado crítico.

Se señalan cinco valores que fundamentan la ética de la atención al enfermo.¹³⁶

1. La dignidad de la persona y de su vida
2. El bien personal de la salud
3. El principio terapéutico o de beneficencia
4. La libertad/responsabilidad del enfermo y del médico

¹³⁵ Imaz Lira, Bertha. "Derechos Humanos del paciente con VIH/SIDA y del médico que lo atiende". México, D.F. Ed. IMSS. Año 2000.

¹³⁶ Vega Gutiérrez, Javier: "Aspectos éticos en la situación terminal de la enfermedad".
http://www.bioeticaweb.com/Final_de_la_vida/enfermedadterminal.htm-101k

5. El valor de la solidaridad social

El derecho del enfermo a la verdad.

Se refiere al derecho de los enfermos a conocer la verdad de la enfermedad que padecen:

- En ciertos casos no habrá que decirla de manera completa.
- En otros, las condiciones individuales del interesado cambian a lo largo de la evolución de la enfermedad y lo que en un principio no estaba indicado, posteriormente debe estarlo.
- Pacientes competentes y capacitados pueden demandar la verdad desde el comienzo de la enfermedad.
- Si queremos respetar al paciente debemos contemplar también el derecho a la no información porque si alguien no desea saber la verdad sobre su estado porque así se le hace más llevadero, también tiene derecho a que no se le comuniqué.

Nadie tiene derecho de mentir a un enfermo que sería y confiadamente pregunta por su estado, quitándole así la posibilidad de enfrentarse con la muerte.

El médico no debe mentir, la confianza es demasiado valiosa, demasiado esencial, en las relaciones profesionales.

Intervención del enfermo en la elección del tratamiento.

Tres principios básicos¹³⁷ para tomar decisiones sobre los tratamientos médicos, son:

- I. Autodeterminación o autonomía: es el derecho del paciente a tomar por sí mismo las decisiones referentes a su propia salud.
- II. Bienestar: los cuidados de salud deben buscar el bienestar del paciente y deben estar basados en sus propias metas y valores.
- III. Equidad: se refiere a las cargas que imponen a la sociedad los cuidados para la salud de un individuo. De aquí surgen algunas consideraciones:
 - a) Los pacientes tienen autoridad ética y legal para renunciar a algunos o todos los cuidados.
 - b) La autodeterminación habitualmente obliga al equipo médico a otorgar los cuidados elegidos por el paciente, excepto cuando estos vayan contra la práctica médica establecida.

¹³⁷ Vega Gutiérrez, Javier. Obra citada.

- c) Si bien los pacientes no toman las decisiones independientemente de las opiniones de otros, no deben de sufrir influjos tales que su libre elección sea impedida.
- d) Es inaceptable que un paciente capaz de efectuar elecciones informadas, sea excluido del proceso de decisión.
- e) Para el real y efectivo ejercicio de la autodeterminación, los profesionales de la salud deben lograr que los pacientes comprendan su actual estado médico, incluida la probable evolución en caso de que no se efectúe el tratamiento.

Derechos de los pacientes y programas de acreditación.

De los derechos de los pacientes publicada por la Joint Commission on Accreditation of Hospitals de E.E.U.U. (JCAH)¹³⁸ a manera de prólogo de su manual de Acreditación de Hospitales, algunos de cuyos conceptos a continuación se transcriben:

- A.- Acceso al tratamiento: A todo individuo se le deberá dar acceso imparcial al tratamiento o alojamiento disponible que se indique médicamente, sin considerar su raza, creencia, sexo, origen nacional o procedencia del pago para el tratamiento.
- B.- Respeto y dignidad: El paciente tiene el derecho de recibir trato respetuoso en todo momento y bajo toda circunstancia, como reconocimiento de su dignidad personal.
- C.- Privacidad y confidencialidad: El paciente tiene derecho a su privacidad personal y de información, tal como se manifiesta en los siguientes puntos:
 - El derecho de rehusar a hablar o a ver a alguien que no esté relacionado con el Hospital.
 - El derecho de usar el vestido personal apropiado, así como otros objetos religiosos simbólicos, siempre que no interfieran con los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento adecuado.
 - El derecho a ser examinado en instalaciones diseñadas para asegurar un aislamiento visual y auditivo razonable.
 - El derecho a esperar que toda consulta o mención de su caso sea hecha discretamente y no exista información del mismo a personas no involucradas en su tratamiento, sin su consentimiento.

¹³⁸ Terzi Renato. "Control de calidad y acreditación en áreas de medicina crítica". Ed. FERLMCTL Año 1993.

- El derecho a que su expediente médico sea leído solamente por aquéllos directamente involucrados en su tratamiento o de supervisar la calidad de éste, así como por otra personas solamente con su autorización previa por escrito, o la de su representante legal autorizado.
 - El derecho a esperar que toda comunicación y registros pertenecientes a su tratamiento, incluyendo la providencia del pago, sean tratados confidencialmente.
 - El derecho a que se le otorgue el aislamiento y la protección que se consideren necesarios para su seguridad personal.
- D.- Seguridad Personal: El paciente tiene derecho a esperar una seguridad razonable en la medida que las prácticas y las instalaciones del hospital lo permitan.
- E.- Identidad: El paciente tiene derecho a saber la identidad y la posición profesional de los individuos que le estén prestando servicios.
- F.- Información: El paciente tiene derecho a obtener del profesional responsable de la coordinación de su tratamiento, la información completa y actualizada del diagnóstico, de su tratamiento o cualquier pronóstico.
- G.- Comunicación: El paciente tiene derecho al acceso a personas ajenas al hospital a través de visitas de manera verbal y escrita.
- H.- Consentimiento: El paciente tiene derecho a participar, razonablemente informado, en las decisiones relacionadas con su tratamiento de salud.
- I.- Consultas: Bajo petición y a su cuenta, el paciente tiene derecho a consultar con un especialista.
- J.- Denegación del tratamiento: El paciente podrá rehusar tratamiento hasta donde se lo permita la ley.

El bienestar de los enfermos es una cualidad intrínseca de la asistencia y durante la hospitalización está relacionado con tres circunstancias: a) consecución de sus necesidades elementales, b) respeto a sus derechos humanos y, c) cumplimiento de sus expectativas de atención.

Durante su permanencia en el hospital se deben proteger y fomentar las siguientes necesidades básicas del paciente: a) intimidad, b) confidencialidad, c) seguridad, d) comunicación, e) valores y creencias, f) asistencia religiosa, g) solución de quejas.

Los pacientes competentes pueden tomar parte en los siguientes aspectos de la asistencia: a) dar consentimiento previa información, b) formular directrices previas, expresar sus últimas voluntades, c) tomar decisiones y resolver dilemas acerca de la

atención médica, d) renunciar a las posibilidades de resucitación cardiopulmonar, e) continuar o retirar un tratamiento de mantenimiento vital.

ASUNTOS QUE PROTEGEN EL DERECHO DEL PACIENTE A LA CONFIDENCIALIDAD.

1. Toda injerencia en la vida privada, familiar y doméstica.
2. Todo atentado a su integridad física, mental o a su libertad moral o intelectual.
3. Todo atentado a su honor o a su reputación.
4. Toda interpretación perjudicial dada a sus palabras o a sus actos.
5. La divulgación intempestiva de hechos molestos en relación con su vida privada.
6. La utilización de su nombre, de su intimidad o de su imagen.
7. Toda actividad tendiente a espiarle, vigilarle u hostigarle.
8. La interceptación de su correspondencia.
9. La utilización malévola de sus comunicaciones privadas, escritas u orales.
10. La divulgación de informaciones comunicadas o recibidas por él bajo secreto profesional

NECESIDADES DE LOS FAMILIARES DE LOS ENFERMOS.

1. Necesidades que disminuyen la ansiedad.
2. Necesidades de información.
3. Necesidades de estar con el enfermo.
4. Necesidades de hacer algo en el cuidado del paciente.
5. Necesidades de soporte emocional.
6. Necesidades físicas o de bienestar personal.

PLAN DE HUMANIZACIÓN DE UN SERVICIO CLÍNICO.

ACTUACIONES SOBRE EL ENTORNO.

- Habitación individual.
- Luz natural, vistas al exterior.
- Sala de familiares acondicionada.

ACTUACIONES SOBRE EL PACIENTE.

- Defensa de la intimidad y autoestima.
- Tutela de la confidencialidad.
- Fomento de la seguridad y comodidad.
- Información.
- Respeto a los valores individuales.
- Asistencia religiosa.
- Solución de quejas.

ACTUACIONES SOBRE LA FAMILIA.

- Información.
- Visita directa y presencia humana.
- Colaboración en los cuidados.
- Participación en la toma de decisiones.
- Apoyo a sus necesidades.

ACTUACIONES SOBRE EL EQUIPO SANITARIO.

- Creación de grupos de trabajo.
- Formación específica.

3.4. El médico y los conflictos éticos en la unidad de cuidados intensivos.

El conflicto se puede definir como: desacuerdo agudo generado en la oposición de intereses. Y se produce, por lo general, a partir de la citada multiplicidad de contactos entre el grupo asistencial y el paciente, y aún entre el personal mismo.

Solución alternativa de conflictos.

La "solución adversarial", que es una de las vías, tiene varios inconvenientes, entre ellos: tiempo prolongado, costos espiralados, aumento de costos de bolsillo, decisión a cargo de terceros, resolución por triunfo del más poderoso, y un alto porcentaje de conflictos sin resolver.

Se ha optado por "soluciones alternativas" que otorguen: mayor rapidez, economía, decisión por acuerdo de las partes, flexibilidad, mayor equidad y que permitan dentro del ámbito de la salud establecer estrategias del tipo ganador-ganador.

También se trabaja para establecer algún grado de capacidad predictiva con el fin de identificar grupos con probabilidad moderada o alta de generar conflictos y la capacidad preventiva para desarrollar estrategias que eviten acontecimientos desencadenantes del conflicto. Es necesario desarrollar habilidades distintivas para poder establecer un equilibrio de los poderes de las partes en conflicto.

Una dirección asociada a Asuntos Jurídicos, cuyos integrantes son abogados, con quienes se desarrollan conocimientos para la mediación. Allí también debe trabajar un médico legista, con orientación clínica y experiencia en el paciente grave y una asistente social que tiene capacidad para la identificación del riesgo.

Se debe trabajar de forma horizontal con toda la institución, realizando controles periódicos y utilizando la reglamentación que los profesionales de los grupos asistenciales dan; y de forma vertical, con el fin de detectar familias y pacientes de riesgo.

Funciones del medico legista.

El médico legista tiene como función: establecer criterios institucionales sobre aspectos vinculados a la responsabilidad médica; asesorar a los profesionales de la institución sobre cuestiones pertinentes a los aspectos médico legales; actuar como consultor técnico en los procesos vinculados a la atención en el ámbito judicial; recopilar legislación y jurisprudencia sobre temas de responsabilidad médica; dictar normativas médico-legales generales y particulares a tener en cuenta por los integrantes de la

institución; desarrollar una actividad docente integrada y permanente sobre los temas de responsabilidad médica y participar en comités de auditoría. Estas dos últimas son las más importantes, sobre todo en instituciones públicas.

¿De qué se queja la gente en el hospital?.

La mayor parte de los reclamos están vinculados al maltrato, problemas de oportunidad en el servicio, deficiencias técnico-administrativas, fallas organizacionales, licencias no médicas, y otras relacionadas con situaciones fortuitas.

Sugerencias.

Con el fin de disminuir conflictos y reducir el nivel de quejas se han planteado algunas sugerencias básicas que consisten en: educación continua para el personal de contacto; monitoreo la calidad de las prestaciones; uso de las nuevas modalidades de atención; inserción de grupos de psicología; generación de Comités de Ética; mediación como alternativa para resolución de conflictos; representantes de los intereses del usuario.

Para quienes trabajan en áreas con elevados índices de mortalidad, p.ej. Cuidados Intensivos, los decesos frecuentes se pueden convertir en el factor más importante para que se presente una "sobrecarga traumática".

El enfrentarse con tales eventos estresores, en la atención médica, involucra procesos cognoscitivos, emocionales y de comportamiento. La adaptación a ellos depende de los recursos individuales, y de los que proporcione el ambiente laboral, amistoso y familiar. El mantenimiento de la autoestima y la sensación de dominio se pueden considerar como las metas hacia las cuales se deben encauzar los esfuerzos para enfrentar los estresores.

La habilidad para mantener el sentimiento de voluntad hacia el trabajo, combatir la desesperanza, mantener la motivación, disminuir la autocensura, establecer expectativas reales y sentir orgullo de los éxitos alcanzados, es muy importante.

Recientemente se ha hecho alusión a la sobrecarga traumática en el personal de la salud, como el "síndrome de agotamiento" (Burnout syndrome). Sus características son cansancio emocional con agotamiento de los recursos emocionales y un sentimiento de que no se ha dejado nada para dar a los demás; despersonalización con desarrollo de actitudes negativas, en algunos casos duras, con la gente con quien se trabaja; y una desvalorización de los éxitos personales (por ejemplo, la percepción de que sus logros en

el trabajo se queden cortos con respecto a sus expectativas personales, acompañado de una evaluación totalmente negativa de sí mismo).

Otras manifestaciones de estrés pueden incluir sensación de agotamiento físico, malestar persistente; dolencias psicósomáticas (constante dolor de cabeza, insomnio y alteraciones gastrointestinales); así como diversos cambios emocionales y de conducta como irritabilidad, frustración y predisposición al mal humor, rigidez e inflexibilidad ante asuntos de trabajo, incremento en el consumo de alcohol, tabaquismo o drogas; y relaciones conyugales y familiares conflictivas.¹³⁹

La esperanza y el altruismo son cualidades importantes de tener, cuando se empieza a sentir desesperación, soledad y ansiedad ante la impotencia. La presencia de una patología defensiva puede llevar a disminuir los sentimientos de compasión de aquellos que permanecen en el trabajo, resultando en distanciamiento y deshumanización. El trabajador termina por pensar que aislar sus emociones y proporcionar un cuidado frío y mecánico, es todo lo que puede dar de sí.

Puede darse una descompensación en forma de un desorden traumático de estrés como ocurre en la mayoría de los siguientes eventos traumáticos: ansiedad, pesadillas, recuerdos de escenas traumáticas del pasado en situaciones presentes de gravedad.

En la medida que se incrementa la exposición a la muerte, aumentan las señales de "agotamiento", algunos se retiran (renuncian o buscan un cambio), mientras que otros pueden desarrollar mecanismos defensivos de distanciamiento.

El agotamiento puede afectar el funcionamiento de las unidades o sus integrantes. En determinada unidad o servicio pueden surgir conflictos entre el personal o entre la unidad y otros servicios.

Igualmente importantes son aquellos procesos en los que las tensiones y conflictos en la unidad se concentran en un paciente especialmente difícil, el cual llega a convertirse en el "paciente problema" para todos. Un miembro del personal también puede convertirse en chivo expiatorio de todos los sentimientos negativos y ansiedades, siendo visto como incompetente y odioso. Es posible que otro miembro del personal sea considerado como la encarnación de todo lo bueno.

Todo esto puede llevar a la convicción de que los problemas del grupo quedarían resueltos si el "miembro malo" se marcha.¹⁴⁰ Esta clase de percepciones y conducta son

¹³⁹ Jayaratne. S.E. Chess. "It's impact on child welfare workers and their spouses". Social Work. Jan. - Feb: 1986. pp. 53-59.

¹⁴⁰ De Board. "The psychoanalysis of organizations". Tavistock. London.

potencialmente perjudiciales para el personal y los pacientes, toda vez que dificultan una evaluación realista de los problemas.

La deshumanización y devaluación del paciente o de la institución, o el surgimiento de la desesperanza institucional y del nihilismo terapéutico pueden ser los rasgos distintivos de algunos servicios.

Pueden surgir sentimientos intensos y exagerados entre grupos de profesionales de la salud o que todas las dificultades son consecuencia de una administración incompetente.

El exceso de trabajo, distribuciones irregulares de personal y pocos fines de semana disponibles para esparcimiento pueden hacer aún más difícil enfrentarse a un trabajo emocionalmente exigente. El nivel de apoyo psicológico disponible en el sitio de trabajo y los cambios en la estructura de trabajo y en las distribuciones de personal, influyen en los niveles de estrés.¹⁴¹

Los "Grupos de Apoyo Mutuo en el Trabajo", para el personal, permiten la expresión de sentimientos relacionados con el trabajo y ayudan a conciliar la impotencia producida por estas preocupaciones, reconociendo sus temores, inquietudes y quejas.¹⁴²

Existe mayor probabilidad de que el personal experimente tensiones psicológicas cuando no se siente bien capacitado para desempeñar sus funciones.

La supervisión y el examen regular de casos, son elementos importantes en la Educación Continua para asegurar que algunos de los problemas en las relaciones paciente-profesional, como los ya descritos, sean detectados y resueltos.

La consulta con otros servicios, como el de salud mental, son valiosos elementos para la capacitación y supervisión del personal.

La claridad en las Pautas en las Funciones de Trabajo y en los niveles de responsabilidad, puede contribuir a evitar la ambigüedad de tales funciones y la eventual sobrecarga de trabajo.

Es evidente la importancia de las Condiciones de Trabajo. Es necesario, que siempre haya un adecuado número de profesionales para reducir el exceso de trabajo. Un estilo administrativo, representado por el "dictador benevolente.", ha sido descrito por algunos autores como el más apropiado para lograr un funcionamiento coherente en

¹⁴¹ Jenkins, J. F. "Evaluation of Burnout in Oncology Nurses". Cancer Nursing. Vol. 9 N° 3: 1986. pp. 108-116.

¹⁴² Clark, C. C. "Burnout Assessment and Intervention". J. of Nursing Administration. 1980. 10 pp 39-43.

ciertas secciones especializadas tales como las unidades de cuidados intensivos.¹⁴³ Claras líneas de responsabilidad, una administración bien organizada y un liderazgo fuerte permiten al personal de todos los niveles discutir problemas, inquietudes, etc. con los líderes del equipo o unidad; intervenir en la toma de decisiones importantes, es posible que la moral de todos se vea influida por este hecho.

Los aspectos humanos de la atención a pacientes deben ser considerados por los encargados de la planificación de los servicios de salud, ya sean profesionales o voluntarios, y en la Evaluación y Desarrollo del Servicio.¹⁴⁴

Medidas que se pueden poner en práctica en cualquier circunstancia y sirven para reducir la tensión psíquica que la enfermedad produce en la familia:

- Reconocer, aceptar y animar al paciente y a su familia a expresar sus sentimientos.
- Informar, aclarar errores de interpretación en cuanto al estado físico, objetivo del tratamiento y medidas adoptadas.
- Estimular y respaldar la participación del paciente y su familia en la asistencia y toma de decisiones.
- Favorecer y conservar un entorno sensorial controlado.

Recuperación efectiva.

¿Qué conductas deberá modificar el paciente si quiere obtener una recuperación efectiva?

Olvidará las costumbres personales como individuo.

Deberá asumir que sus miedos y angustias va a tener que compartirlos ó enmascararlos viendo con ello perdida su intimidad.

Asumir el "no ser" y adaptarse al "estar".

No se va a poder quejar formalmente.

Negociación efectiva.

Dentro del índice de satisfacción del usuario del servicio de salud existen dos preocupaciones de los enfermos: la percepción del dolor y la toma de decisiones.

Las decisiones éticas que se toman son frecuentemente unilaterales y de trámite, como fruto de la escasa existencia de comités éticos consultivos y multidisciplinarios en nuestros hospitales.

¹⁴³ Hackett, T. E. Cassem, N. "Handbook of General Hospital Psychiatry". Massachusetts General Hospital. Ed. Mosby, N.Y. Año 1978.

¹⁴⁴ Gutiérrez Jorge: "Estrés en los trabajadores de la salud". CEPIS/OPS.
<http://www.cepis.org.pe/eswww/fulltext/repind61/ps/ps.html>.

Los conflictos de competencias entre servicios -que evidentemente son naturales en todo colectivo laboral- en el que nos ocupa repercuten directamente sobre el paciente, que no tiene por qué asumir las consecuencias pues se encuentra en desventaja.

Cuando los pacientes explican sus dramas, abundan problemas de gestión de base, de organización de servicios y de comunicación, porque usualmente el índice de satisfacción relativo a la eficacia tecnológica es elevado.

Aspectos de los trabajadores con conflictos en la UCI.

Según el artículo "Cómo manejar personas difíciles", de la revista Management Update,¹⁴⁵ existen diversas razones que explican por qué muchas de estas personas, aunque con talento, son invadidas por el malhumor.

1. El empleado puede estar en el puesto de trabajo equivocado, lo mejor es que se trate de desarrollar en esa persona habilidades gerenciales o que se traslade a un puesto en el que pueda desarrollar su talento.
2. El trabajo que realizan, en sí mismo, es el que les exige ser personas difíciles. En estos casos es indispensable cambiar a la persona de puesto antes de que se agote y decida retirarse de la empresa.
3. La dinámica del grupo: "Las organizaciones que crecen rápidamente y las que tienen un ambiente de desempeño muy exigente, a menudo, generan un vacío de liderazgo, que da paso a que una persona muy resuelta maneje sin sutileza a los demás. Esto genera que la dinámica del grupo sea disfuncional".

Si este es el problema deberá asegurarse de que en cada grupo haya un integrante con personalidad capaz de neutralizar momentos de tensión.

La inteligencia emocional como la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de otras personas, para motivarnos a nosotros mismos y para manejar nuestras emociones y relaciones, se postula como una de las curas para quienes deben lidiar con este grupo de personas, además de que ofrece una gran ventaja, se puede aprender.

Empatía: percibir los sentimientos y comportamientos ajenos e interesarse por sus preocupaciones. De desarrollar esta habilidad, los gerentes podrán explicarse más fácilmente el por qué del comportamiento de una persona difícil.

¹⁴⁵ Gestión Humana.com. "Manejo de trabajadores conflictivos. El punto negro en la hoja blanca". <http://www.shrmglobal.org/publications/gestionhumana/conflictivos.htm>.

Habilidad social: manejar adecuadamente las emociones en una relación, interpretar adecuadamente las situaciones y redes sociales, interactuar sin dificultad y resolver disputas para la cooperación y el trabajo en equipo. En este caso, el gerente podrá neutralizar y equilibrar momentos de tensión y los enfrentamientos que se presenten entre las personas que tiene a cargo.

Desarrollo de personas: percibir las necesidades de desarrollo de los demás y fomentar su capacidad y talento.

Los gerentes dotados de esta competencia son visionarios. Pueden detectar rápidamente cuándo un empleado está en el puesto de trabajo equivocado y tomar, de inmediato, una decisión que favorezca al trabajador y a la organización.

Manejo de conflictos: negociar y resolver desacuerdos. Manejar con diplomacia y tacto situaciones tensas y personas generadoras de conflictos, detectar potenciales conflictos y detenerlos a tiempo con soluciones reales y definitivas.

Autocontrol: el gerente que tiene control sobre sí mismo no se saldrá de casillas al momento de lidiar con una persona conflictiva y, desarrollará la paciencia necesaria para asumir el encuentro con inteligencia.

Conflictos Ético-Psicológicos en la UCI.

La definición de crisis para el paciente o sus familiares se basa en la vivencia de la angustia mortal. El concepto de situación crítica para el médico se basa en la experiencia y reconocimiento del sufrimiento mortal.

Ahora podemos enfocar la situación crítica desde tres puntos de vista:

- a) La vivencia de la crisis como médico o como ayudante del médico.
- b) La vivencia de la crisis como paciente o como familiar.
- c) La comunicación intra-grupal e intergrupal.

La característica vivencial de la situación crítica, para el médico es la tensión emocional que podemos resumir en el concepto de estrés de la Patología General. La etiología del estrés médico es la angustia.

La angustia del médico surge por la necesidad de la tomar una decisión inmediata.

La decisión médica se basa en la experiencia profesional y su meta es el uso de la técnica exacta.

La técnica exacta implica una intención terapéutica plasmada en aparatos y en procedimientos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El equipo médico (staf) tiene una estructura muy antigua, que establece la jerarquía médica, en niveles de mayor a menor responsabilidad en esta forma:

Médico Jefe, Adjuntos, Residentes, Internos y Estudiantes de Medicina.

La fricción psicológica va a oscilar entre una pugna por el manejo del poder y una conciliación por la repartición de responsabilidades.

Hay que mantener abiertos los canales de comunicación y evitar malos entendidos que surjan de intenciones ocultas hasta de los mismos protagonistas.

Consideramos ahora a los familiares del paciente en situación crítica.

Toda separación implica una pérdida de afecto desde el punto de vista psicológico, o un cambio en el nivel afectivo; pero pérdida o cambio se pueden vivenciar como rechazo o duelo, por una parte; y por la otra como castigo o destino, según se "constelice" el cúmulo de factores envueltos en el cuadro de la familiaridad.

Ante la ocurrencia de complicaciones postoperatorias la familia se ve envuelta en dos esquemas reaccionales patentes para todo observador neutral que son:

Unos se declaran abiertamente en contra del cirujano y otros tratan de protegerlo; pero todos procuran tomar prevenciones más o menos paranoides contra el equipo de Terapia Intensiva, quienes, si aciertan, cumplieron simplemente con su deber y si fallan, son objeto de la más abierta pugnacidad.

Las familias se pueden dividir en dos grandes grupos según las pautas de su interacción habitual en:¹⁴⁶

- a) Familias explosivas, diaspóricas, centrifugas o cismáticas y
- b) Familias implosivas, recogidas, centripetas o cohesivas.

Las primeras se caracterizan por presentar una relación laxa entre sus miembros, que les permite salirse del ambiente común y ensayar nuevas formas de vida individual. Son grupos humanos con tendencia a sembrarse y a dispersarse en pos de nuevos estilos y nuevos procedimientos.

Las segundas se caracterizan por presentar una relación estrecha entre sus miembros, que les dificulta la salida de las pautas aceptadas y mantiene la fuerza de las costumbres con el peso de la tradición. Son grupos humanos con tendencia a sumarse por agregación de parecidos y a juntar sus figuras individuales alrededor de patrones de imposición, que desdibujan las diferencias particulares.

¹⁴⁶ Risques, Fernando. "Comunicación en Cuidados Intensivos". Caracas, Venezuela 1987. Ed. Congreso Panamericano e Ibérico de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Año. 1987.

Así pues, ante una emergencia, la familia actuará como un grupo que tiende a resolver el problema acorde con su dinámica distintiva.

Todas las situaciones humanas que producen sentimientos de culpa trascienden en deseos de castigo, por lo tanto, en la situación crítica la búsqueda de uno o varios culpables tiene que aparecer, necesariamente, en forma escandalosa o bien simulados resentimientos.

Entre la familia dispuesta a todo por su paciente, cargada de promesas omnipotentes, y la familia que asimila con zozobra y humildad, cuál contribución puede aportar para aliviar a su paciente, siempre terminan por realizarse los pequeños pero útiles gestos de la última y nunca cristalizan los estruendosos aspavientos de la primera.

El problema radica en confianza depositada en el médico y en la enfermera.

El dilema está entre entregarse o no entregarse en las manos del facultativo.

La elección debe ser la de ayudar al equipo médico no la de entorpecerlo.

La solución consiste en comunicarse, en medio de las decisiones y conocerse, en medio de las acciones terapéuticas.

Los arquetipos del Poder tocan la imagen del médico, porque su valor estriba en su intervención, en la antinomia vida o muerte.

Percepciones de las familias.¹⁴⁷

Percepciones generales:

Refieren no tolerar la angustia que les genera la sala de espera.

Percepciones respecto al paciente:

Verbalizaron espontáneamente sus preocupaciones en el sentido de "si se va a morir".

Sobre su situación subjetiva manifestaban preocupación por el eventual sufrimiento físico del paciente, se preocuparon respecto a "si el enfermo entendía lo que pasaba y lo que se le decía".

Vivencias y percepciones sobre la UCI.

Las familias expresaron que la UCI "es el lugar donde se internan a los pacientes con riesgo de vida".

Percibían a la UCI como "lo máximo en tecnología".

Expectativas personales respecto a la UCI:

¹⁴⁷ de Albusur, María Cristina. "La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos". Policial. Montevideo. Rev. Med. Uruguay. Vol. 16: 2000, pp. 243-256.

Esperaban "un esfuerzo para salvar la vida con calidad de vida" y esperaban el esfuerzo por "salvar la vida aún sin calidad de vida".

Esperaban la atención "completa" del equipo de salud.

Percepciones sobre el espacio físico:

Sala de espera:

La percibían incómoda manifestaban la necesidad de contar con mayor privacidad y confort.

Lugar donde se imparte el informe médico:

Manifestaron estar conformes porque "sólo les interesaba estar informados".

Las familias manifestaron haber comprendido lo expresado por el médico informante, y otras expresaron confusión.

El restante de la población no lo comprendió en absoluto.

Sobre el médico que da el informe:

Lo percibieron "realista y seguro", como "cauteloso", "angustiado y preocupado".

Expectativas acerca del médico informante.¹⁴⁸

Esperaban que expresara esperanzas, pero que fuera honesto y sincero.

Presencia del psicólogo:

Lo vivencian como un "integrante más del equipo de salud".

La familia llega al informe médico con emociones intensas y sentimientos que no pertenecen al campo de lo cuantificable ni de lo palpable: angustia, depresión, incertidumbre, desasosiego, temores acerca del futuro de su familiar.

La casi totalidad de las familias reprimen la expresión de afecto, lo que sugiere la existencia de temor a sentir algo más doloroso que la realidad que ya están viviendo; las familias están paralizadas por el miedo.

Se presentan con actitud expectante: Espontáneamente forman un semicírculo donde los menos allegados al paciente quedan atrás. Están inhibidos.

La escucha es atenta, miran al médico.

Del diálogo libre con la familia surge cuando desconoce lo que se hace y lo que se decide en la UCI. Fantasea sobre la situación acerca de la enfermedad, imaginándola como amenaza a su integridad emocional. El "miedo a no saber qué hacer", les lleva a solicitar apoyo y orientación. El grupo familiar percibe a la UCI como un lugar donde se

¹⁴⁸ de Albisur, María Cristina. Obra citada.

concentra la máxima tecnología y donde existen dos fuerzas en oposición: por un lado, el paciente en el límite entre la vida y la muerte y por otro, el médico que quiere salvarle la vida. Curiosamente no transmiten que perciban la existencia de un equipo de salud. Para ellas la figura principal de la UCI es el médico que da los informes y en él depositan sus expectativas.

En lo que respecta al informe médico, éste es percibido como el entronque de la comunicación entre la familia y la UCI.

Las personas necesitan tiempo de elaboración e integración, y este lapso es individual. Mientras tanto, se transita por un camino muchas veces caracterizado por impulsividad, confusión y malos entendidos.

El "Yo" tiene problemas, está en conflicto, se siente agredido y pone en marcha mecanismos que se denominan "de defensa".

Se defiende negando la situación, reprimiendo la angustia y proyectándola.

La negación, es el procedimiento en virtud del cual la persona se defiende, por ejemplo, expresando que lo que le dicen de su familiar no es cierto, negando que "esto le esté pasando".

La represión, es otro mecanismo que le sirve al "Yo" para rechazar lo que se le dice y le resulta doloroso, pasando la información al inconsciente intentando ponerlo fuera de lo que es su realidad; la proyección, es el mecanismo por el cual el "Yo" pretende desplazar el dolor colocándolo en el exterior, fuera de él mismo. Estos mecanismos no siempre son adecuadamente manejados por las personas. Cuando se percibe que el medio ambiente está atacando, en este caso la UCI, es habitual responder con conductas verbales y mensajes no verbales agresivos. Por otro lado, cuando se logra calmar la angustia ("reacción al peligro de pérdida del ser querido") y la ansiedad, cuando las personas logran integrar la situación conflicto al razonamiento y a sus afectos, se logra una adecuada comunicación con el médico.

La familia no puede manejar sus afectos por sus miedos, por sus temores a la muerte y a la pérdida de la calidad de vida, lo que se observa en 30% de las familias que reprimen sus expresiones. Esto tiene que ver con el bloqueo emocional que produce en la familia la situación de esta experiencia. Los miedos, que llevan a la angustia y a la ansiedad, conllevan los mecanismos de defensa, que son los que permiten poder "sostenerse" y "sobrellevar" la situación.

La familia se percibe como espectadora, no tiene participación en el cuidado de su familiar, quien se transforma en un ser en situación de total dependencia de la UCI y

sobre quien "el médico despliega sus actividades y poderes sin restricción alguna". Los mecanismos de defensa, manejados inadecuadamente, dificultan la relación con el médico informante y con el equipo asistencial de la UCI. Cuando sucede esto, el médico informante se ve sobregirado por quejas y reclamaciones de los familiares, y se ve obligado a solventar a una familia que pasa a exigir explicaciones más minuciosas, las que muchas veces sólo contribuyen a aumentar la confusión.

Las familias pueden mostrar dificultad para comprender e integrar la situación real de esta experiencia de vida, pero son capaces de percibir si existe o no un cuerpo médico solvente. Si vivencian al médico informante con opiniones congruentes y claras, entonces se genera un "clima de distensión y cooperación", de lo contrario, aflorarán sentimientos de temor, con sensaciones de ansiedad e inseguridad.

La internalización de la idea de muerte es laboriosa y pasa por un proceso de contradicciones. Internalizar es como interiorizar en el sentido de aceptar la idea de muerte del familiar como desaparición física.

¿Cómo se lograría un buen informe médico? Involucrando a la familia en "el derecho que tiene de estar en conocimiento de la situación clínica y de las implicaciones pronósticas". La respuesta, reside en la combinación de una explicación clara y objetiva de la situación del paciente con un intercambio empático entre la familia y el médico informante. La familia "es una fuerza en juego para bien o para mal". La comprensión ocurre sólo cuando se establece el intercambio empático entre quien escucha y quien expresa. Las familias aprecian recibir la información necesaria, con claridad, lentamente, utilizando vocabulario llano y sin tecnicismos.

El médico informante.

Todos perciben al médico informante como la cara visible de la UCI. Numerosas familias manifiestan recibir el informe de un conocedor de ciencia y tecnología. Sólo una minoría dicen percibir sentimientos en el médico informante. La familia necesita saber qué es lo que tiene su familiar; si existe curación y de qué modo se planteará la misma. Respecto al impacto emocional, la comunicación tiene mucho que ver con la conducta del comunicador tanto en lo que dice verbalmente como en lo que comunica a través del lenguaje no verbal, a través de inflexiones de voz, miradas y posturas corporales.

El reclamo de solvencia afectiva se expresa en general con el deseo de que el médico exprese honestidad, sinceridad. Las familias necesitan escuchar esperanzas y requieren que les oculten la realidad (como mecanismo de defensa) cuando el enfermo tiene una evolución desfavorable.

Todos reclaman afecto y comprensión. Las familias en su mayoría buscan a un buen médico, quien representa la imagen de autoridad y poder lo que combinado con sus sentimientos de desamparo, sugiere fuertemente la búsqueda de una relación paternalista con el médico.

Cuando las familias sienten que el informe las satisfizo en lo intelectual, en lo afectivo y que pudieron integrarlo a su proceso de elaboración, calman su ansiedad y mejoran la relación.

El asesoramiento psicológico en la UCI.

La psicóloga ha integrado el grupo de trabajo de la UCI y ha apoyado la comunicación con las familias. Ha desactivado conflictos entre la UCI y las familias, al optimizar la comunicación y apoyar los aspectos emocionales.

Sugerencias para relacionarse con las familias.¹⁴⁹

Para facilitar la comunicación con las familias. Destacamos:

Es útil orientar y ambientar a los familiares, aclarando horarios y explicando el funcionamiento de la Unidad y del Hospital.

Es recomendable enfocar la atención en un solo interlocutor.

Los familiares que emiten mensajes no verbales de inquietud, pueden indicar falta de comprensión, negación y represión. Es útil insistir en que la intención consiste en aclarar las dudas sin importar el tiempo que esto insuma y dejar claro que se reconoce la necesidad y el derecho a estar informado.

El referente de la UCI es el médico informante y la impresión que necesita la familia es la de solvencia y honestidad. Las familias buscan un equilibrio entre la imagen de autoridad científica y de médico comprensivo con el sufrimiento ajeno.

Demasiada información técnica puede ser confusa y parecer contradictoria si se brinda a personas no calificadas técnicamente.

Cuando se prevé una estadía prolongada, resulta una señal positiva alertar a la familia sobre esta posibilidad permitiéndole así prepararse en aspectos prácticos de su vida cotidiana.

Aflora una gran angustia cuando la familia percibe o siente percibir una contradicción en la información. Es útil aclarar que los tecnicismos involuntarios son causa de malos entendidos.

¹⁴⁹ de Albisur, Maria Cristina. Obra citada.

Las familias se tranquilizan cuando se les explica que todos los recursos razonables se están utilizando y que ahora resta esperar la respuesta del enfermo.

Cuando es posible y corresponde, compartir frases de esperanza allana el camino de la comunicación.

La mayoría de los familiares esperan honestidad y sinceridad.

En cuanto al perfil laboral y repercusión sobre la actividad extraprofesional existen reportes como el siguiente:¹⁵⁰

- La mayoría de médicos especialistas en terapia intensiva encuestados dedicaban más del 50% de su tiempo a la especialidad, tenían más de una actividad laboral, trabajaban en más de una institución y realizaban guardias activas como parte de su tarea asistencial.
- Las situaciones generadoras de mayor angustia fueron: muerte aguda del paciente previamente sano, manejo del enfermo terminal e insuficiencia de recursos para atender sus pacientes.
- La falta de espacios sistemáticos de discusión de problemas no médicos, el poco reconocimiento institucional hacia su trabajo y la falta de tiempo para la actividad académica fueron las situaciones negativas identificadas en la muestra.
- Si bien existe un alto grado de satisfacción global por la situación laboral actual, la mitad de los encuestados creyó que la futura será peor.

En el caso de emergencias masivas, las limitaciones de la Unidad de Trauma-Shock¹⁵¹ obliga a los responsables del hospital a derivar pacientes a otros sanatorios.

Con una frialdad que puede ser malentendida, los médicos siguen el imperativo de atender primero a los más graves. Las limitaciones los obligan a esta selección entre los pacientes que arriban diariamente.

La situación empeora los fines de semana, las quincenas y fines de mes, en particular entre las cuatro y cinco y media de la madrugada. En esos 90 minutos llegan víctimas de accidentes de tránsito, asaltos, intoxicados y suicidas frustrados.

Se necesita más espacio con urgencia.

En cuanto a quejas sobre la atención médica,¹⁵² se consideraron: falta de equipos

¹⁵⁰ Cardigni. Gustavo "El intensivista pediátrico: ejerciendo la especialidad". B. Aires Argentina 1998. Rev. Arg. Pediatr. Vol. 96 N° 363: 1998.

¹⁵¹ Reyes Otero. Alejandro. "El hospital Casimiro Ulloa se encuentra en emergencia". Lima. Perú. Ed. El Comercio. S.A. Año 2001.

¹⁵² Valdés Salgado. R. "Análisis de las quejas presentadas ante CONAMED". México. D.F. Rev. Salud Pública de México Vol. 43. N° 5. Sept.-Oct. 2001.

e insumos, resultados inoportunos, todo tipo de diferimientos injustificados, falta del personal necesario y falta de notificación.

Las quejas clasificadas como problemas en el proceso de atención incluyeron diagnósticos erróneos, innecesarios y/o inoportunos; tratamientos inadecuados, inoportunos, insatisfactorios y/o innecesarios; todo tipo de resultados falso positivo y falso negativo; impericia y empleo de técnica inadecuada en la intervención quirúrgica. También, las cirugías innecesarias, las extirpaciones erróneas así como los accidentes e incidentes durante la intervención quirúrgica.

Asimismo, hospitalización prolongada y atención inoportuna durante la hospitalización, así como la relación médico-paciente caracterizada por la desinformación o proporcionar información errónea, malos tratos y negación del servicio, abusos y las acciones fuera de normatividad.

Las quejas que indican problemas con los resultados de la atención fueron complicaciones secundarias, secuelas y complicaciones posquirúrgicas. Resultados no satisfactorios y complicaciones y enfermedades secundarias en relación con hospitalizaciones.

La cantidad de quejas en orden decreciente de frecuencia comprenden el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), los servicios privados, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), las unidades para población no asegurada de la Secretaría de Salud y otros servicios públicos; así mismo, instituciones como los servicios médicos de la empresa Petróleos Mexicanos, la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina.

Las quejas por insatisfacción con el diagnóstico se asocian a las unidades del IMSS y el ISSSTE; la insatisfacción con el tratamiento parece generalmente relacionada con quejas que involucran servicios privados. Los casos que tienen que ver con intervenciones quirúrgicas se asocian mayormente con instituciones que atienden población no asegurada y con el sector privado. Aunque el número de quejas sobre la relación médico paciente no es muy elevado, fundamentalmente se asocia a las unidades del IMSS y a instituciones que atienden población no asegurada. La categoría Otras quejas, que se refiere fundamentalmente a problemas de tipo administrativo, se vincula más con unidades del IMSS y el ISSSTE.

Los casos relacionados con problemas de diagnóstico se asocian con servicios de urgencias y los servicios médicos generales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las unidades del ISSSTE son las que parecen más asociadas con las quejas de diagnóstico.

Las quejas relacionadas con intervenciones quirúrgicas tienen asociación fundamentalmente con unidades de traumatología y ortopedia y, como era de esperar, con todo lo relacionado con actos quirúrgicos. La mayor asociación se encuentra con unidades del IMSS.

Las quejas derivadas de la relación médico paciente se originan fundamentalmente en los servicios médicos generales y en las especialidades de traumatología y ortopedia.

Las quejas procedentes del IMSS y el ISSSTE se asocian principalmente con problemas ocasionados por la estructura y otros ocurridos en el proceso de atención.

Un indicador indirecto de insatisfacción, es que derechohabientes del IMSS y el ISSSTE buscan atención médica en otro tipo de instituciones.

Se conoció que la principal alternativa es el sector privado.

Los principales motivos de queja llevados ante CONAMED fueron: inconformidad con el tratamiento orientado, problemas relacionados con intervenciones quirúrgicas y con el diagnóstico emitido, todos relacionados con aspectos técnico-médicos de la atención.

Los usuarios de la seguridad social reportan fundamentalmente insatisfacción con el diagnóstico, problemas de índole administrativo y también se quejan de la relación médico paciente.

Los problemas administrativos se relacionan con el lapso entre fechas de las citas para consultas e intervenciones quirúrgicas; insatisfacción por las prolongadas esperas en las unidades del Seguro Social.

El 40% de la población de la capital considera a los servicios médicos privados como los mejores.

Las quejas más frecuentes se refieren a problemas de estructuras y del proceso de atención.

Los principales motivos para abandonar la atención médica institucional son los maltratos, pérdida de tiempo, así como falta o limitación de medicamentos e insumos médicos necesarios.

En los servicios privados las quejas se asocian con insatisfacción con el tratamiento y con las intervenciones quirúrgicas, e inconformidades con los resultados de la atención.

Se han incluido también cuestiones de tipo afectivo, como la comunicación y la relación interpersonal con el médico.

En otro estudio¹⁵³ la distribución de quejas por institución correspondió al IMSS el 46.7%; el ISSSTE ocupó el 3er lugar con 17.4%; los servicios privados mostraron un incremento en 41%.

Las cinco especialidades médicas en las que se registró mayor número de quejas fueron ginecología, ortopedia, cirugía general, medicina familiar y urgencias.

Los motivos de inconformidad más significativos estuvieron referidos a cirugías innecesarias, complicaciones posquirúrgicas, resultados no satisfactorios, tratamiento inoportuno, insatisfactorio o con complicaciones secundarias, diagnóstico erróneo e inoportuno y deficiente comunicación médico-paciente.

De los 183 casos resueltos 99 fueron conciliados; en 50, no fue posible la conciliación; en 14, hubo desistimiento, falta de interés del quejoso o falta de competencia; y 20 pasaron a arbitraje.

El juicio arbitral constituye hoy día una alternativa válida y legal para la resolución de conflictos que aporta beneficios tangibles a las partes en litigio con claras ventajas como son la evaluación por expertos en la materia, garantía de imparcialidad, rapidez en la conclusión y bajo costo económico. Las modalidades de conclusión fueron las siguientes: 50% (7) a través de la emisión del laudo, 28% (4) por conciliación, 7.3 (1) desistimiento, sobreseimiento 7.3% (1) y falta de interés 7.3% (1). La emisión de dictámenes es relevante, especialmente en lo que compete a las solicitudes de las contralorías, toda vez que estos documentos constituyen la base para determinar la procedencia o no de la responsabilidad administrativa a fincar contra el servidor público involucrado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁵³ Varela Mejía Fernández, Héctor. "Resultados de operación del período enero-marzo de 1998". México. Rev. CONAMED, año 2, núm. 7, Abril-Junio de 1998.

CAPÍTULO IV

ÉTICA, CALIDAD Y ATENCIÓN MÉDICA DEL PACIENTE CRÍTICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO.

4.1. La ética en la Unidad de Cuidados Intensivos como factor de calidad.

Estándares éticos personales y organizacionales.

Los gerentes o "managers" en las organizaciones empresariales y de la salud, diariamente toman decisiones y realizan acciones que tienen consecuencias para los individuos, las entidades que representan y las comunidades a las cuales sirven sus organizaciones.

Al tomar decisiones y llevar a cabo acciones, la dirigencia necesita tener estándares éticos bien establecidos, mismos que deben ser aplicados en el contexto de la filosofía y la cultura de las organizaciones (también de la salud) en las cuales trabajan.

La compatibilidad entre los estándares éticos personales de la dirigencia y la cultura de sus organizaciones es importante y ambas deben ser construidas sobre sólidos principios éticos como el respeto por la autonomía de los demás, justicia, beneficencia y buena praxis.

Ser ético no es una moda.

Ética será la nueva palabra de moda en el mundo de los negocios, del mismo modo que antes lo fueron "beneficio", "productividad" y "calidad".

La ética no es una cuestión de moda ya que todavía sigue necesitándose lo mismo que en otras épocas. Para ser ético se debe tratar a los subordinados, empleados, integrantes, miembros, colegas, etc., de la misma manera que nos gustaría nos trataran a nosotros con base en principios morales y respeto a los derechos humanos en general.

Existen diversas formas para mejorar el nivel ético personal y profesional.

La ética no tiene un alto costo, se necesitan hechos, no meras declamaciones para demostrar que se es ético, y no se debe esperar que una organización se vuelva ética de la noche a la mañana.

Debemos percatarnos que construimos nuestros propios héroes solamente por aquéllo a lo que prestamos más atención.

Una persona "ética" sería considerada igualmente honesta, íntegra en todas sus negociaciones, moral, confiable, incorruptible y respetuosa de los derechos de los demás como si fueran los propios. No sería una persona envuelta en la autojustificación o la

racionalización. Este individuo busca el espíritu más que la letra de la ley, y obedece a ambos.

La ética, se vuelve un rasgo de personalidad. Se incorpora al sistema de valores de quien la practica. Influye en todos los aspectos de la vida. Ser ético no es algo que puede encenderse y apagarse como un interruptor. Es un rasgo que hay que ganarse.

Perderla es fácil, ganarla es un poco más difícil. También es conservadora en el sentido clásico. No existen nuevas modas ni estilos nuevos a la hora de ser ético.

El gran desafío para el tercer milenio y, desde siempre, será la recuperación de la vigencia de los paradigmas clásicos de moralidad.

¿Cómo se puede promover este tipo de formación moral?. La enseñanza interactiva puede ser una herramienta útil.

Abrirse a un nuevo aprendizaje a través de una ética no meramente teórica, sino práctica, desde los más bajos niveles cognoscitivos, será la eficiente respuesta para la comunidad en general.

El lugar de la ética en las instituciones sanitarias.

En Argentina se está discutiendo la reglamentación de Comités de Ética en los hospitales. Sin embargo, se tiende a confundir entre dos tipos de comités de ética: el de investigación y el de ética clínica.

En 1966, se propuso la creación de Comités de Ética para que analizaran los protocolos de investigación en seres humanos.

Deben contar con investigadores entre sus miembros y tienen la facultad de rechazar un protocolo de investigación que no cumpla con las pautas éticas establecidas.

El Comité de Ética Clínica, en cambio, es meramente consultivo. Le competen situaciones altamente conflictivas de la práctica médica cotidiana.

Las tres funciones principales de los CEH son la educativa, la consultiva y la normativa. En el aspecto educativo, desarrollan acciones dirigidas a humanizar la práctica asistencial en los establecimientos hospitalarios y toman a su cargo la adecuada difusión de los derechos y deberes del paciente y del médico. Su función consultiva se ejerce en temas y casos específicos, surgidos de la práctica hospitalaria. En cuanto a lo normativo, cada CEH se esfuerza en hacer cumplir dentro del ámbito hospitalario la observancia a las normas éticas vigentes.

Pueden establecerse códigos que superen el nivel de compromiso, éstos códigos han de transmitirse, respetarse y convertirse en documentos prácticos vivientes.

- Animación a cumplir las normas éticas mediante la presencia:

Un clima ético eficaz está condicionado a que los empleados dispongan del mecanismo de la presencia con el apoyo de la gerencia, para argumentar una falta ante violadores de los códigos de ética.

- Creación de un protector o abogado de los intereses éticos.

Otro mecanismo interesante es la creación del "defensor ético". La responsabilidad fundamental de esta persona sería la de identificar cuestiones generales de carácter ético que deberían transmitirse constantemente a la gerencia y a los empleados, junto con las cuestiones convencionales de marketing, operativas, financieras y jurídicas.

- Beneficencia y buena praxis.

Son otros dos principios éticos de relevancia para gerentes, profesionales, practicantes, alumnos, hospitales e instituciones todas y de la salud.

La primera significa actuar con caridad y amabilidad.

La beneficencia, requiere un compromiso positivo para contribuir al bienestar de los pacientes.

La buena praxis, es ejemplificada en la máxima "primum non nocere": primero no lastimes.

Los principios de beneficencia y buena praxis se reflejan en acciones y decisiones que implican asegurar la calidad de los servicios de salud y en el ejercicio de los deberes administrativos de los profesionales e instituciones de la salud, el uso de la información confidencial y la resolución de conflictos de intereses.

El ejercicio del "Ombudsman de Salud".

"La nueva figura del Ombudsman de salud, creada en Suecia, ha sido adoptada por el municipio de Majadahonda, en las afueras de Madrid. La función del Ombudsman Sanitario será ejercer la defensa de los usuarios de los sistemas de salud. Para ese fin se hará cargo de las denuncias de los pacientes y procurará solucionar los problemas que se susciten". En la comuna española se decidió nombrar para el cargo a un ciudadano que no dependa del sector sanitario y, en lo posible, ligado al ejercicio del derecho.

"El responsable de designar al Ombudsman será el Ayuntamiento de Majadahonda, que también tendrá facultad para removerlo de su cargo llegado el caso o el tiempo de finalización de su función". (SNC - Boletín Farmacéutico Bonaerense).¹⁵⁴

¹⁵⁴ Duarte, Liliana. "Ética y Bioética: Cuestión epistemológica aplicada a la salud". Río Cuarto. Cuba. Año 1997. <http://www.monografias.com/trabajos/eticaybio/eticaybio.shtm1>.

En Argentina, al carecer de presupuesto para los problemas éticos, éstos se resuelven bajo la mira de la ética individual. Está condicionada por aspectos económicos, culturales o ideológicos.

Se impone la interdisciplinariedad entre la tecnociencia, la filosofía y la teología.

Si cuando la técnica invade al médico, se está ante el desastre de que la materia avasalle a la vida. Se necesitan de las virtudes éticas humanas fundamentales para proporcionarnos la percepción de la totalidad. Respecto de la ética y la calidad total es básico y relevante tener en cuenta poner la ética dentro de la calidad.

Ética positiva: el valor del trabajo.

Ayudar a crear conciencia de las implicancias éticas en las decisiones es, o debería ser, uno de los aspectos centrales de la tarea de formación de directivos.

Existe un requerimiento social creciente hacia la responsabilidad de las empresas que hace que, desde las mismas, se demande la enseñanza de Liderazgo, Ética y Responsabilidad, de una manera progresiva.¹⁵⁵

Definiendo Ética como la estética de la acción humana en la medida que ayuda a elegir aquéllas acciones que contribuyen al desarrollo armónico y equilibrado de las distintas potencialidades del hombre,¹⁵⁶ vemos necesario considerar una visión integral de esta disciplina, que respete las tres dimensiones que subyacen en el trasfondo de cualquier actitud ética: los bienes, las virtudes y las normas. Por la estrecha relación que éstas guardan entre sí, al estar presentes simultáneamente crean un interesante juego de tensiones entre las tres, impidiendo que ninguna adquiera una medida desproporcionada y un protagonismo unilateral que deforme su correcto significado. Dicha visión está entroncada en una larga tradición es la historia del pensamiento.¹⁵⁷

Hacer el bien enriqueciendo el Trabajo de las personas, una concepción del sentido del Trabajo y de sus alcances como elemento cardinal en la realización de las personas.

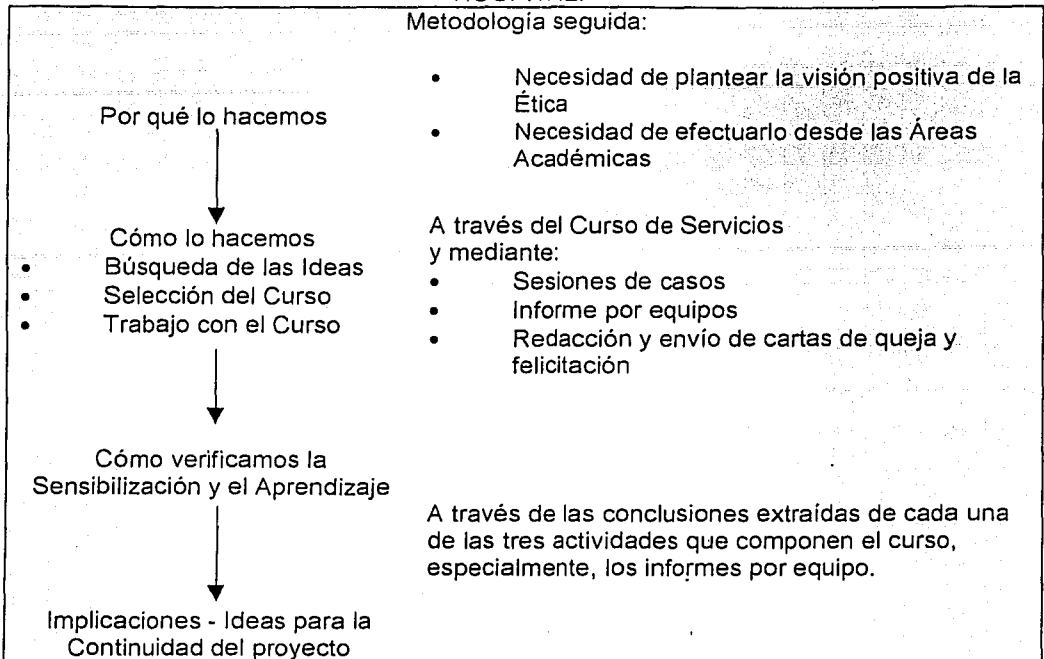
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁵⁵ Piper, T. "Can Ethics be Taught". HBS Press. 1993.

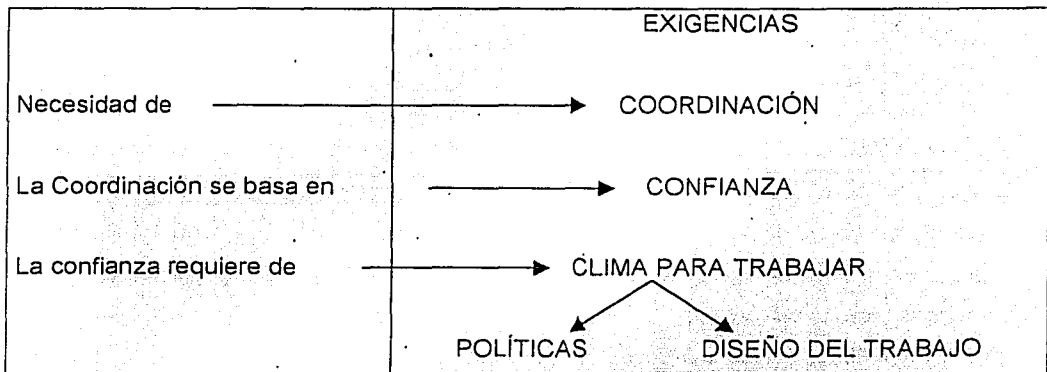
¹⁵⁶ Frontodona, F. "La Ética que necesita la empresa". Madrid. Ed. Unión Editorial, S.A. Año 1998.

¹⁵⁷ Frontodona, F. Obra citada.

SUGERENCIAS PARA LA EDUCACIÓN DE LA ÉTICA EN UNA EMPRESA U HOSPITAL.



EXIGENCIAS PARA SER "WORLD CLASS" – EL VALOR DEL TRABAJO.



Cuando se habla de trabajo, se estaría tratando de sus dos dimensiones: Agregar Valor al cliente siempre y cuando se agregue Valor para la persona que lo está dando. Los factores que enmarcan las decisiones éticas son:

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

- Se destacan dimensiones humanas en las personas que trabajan y en los clientes que reciben el servicio
- Se explicitan claramente valores vividos en la organización
- El servicio es planteado como algo que se brinda a personas, más que a clientes.

Cartas de Felicitación y de Queja.

La idea de que los participantes se capaciten enviando cartas de quejas y de felicitación no es nueva. Tal vez la novedad haya sido llevar este ejercicio al campo de las implicaciones morales.

El campo que se abre a través de una visión positiva de la Ética, es la enorme responsabilidad directiva para que cada persona de la organización pueda hacer realidad un proyecto de desarrollo personal a través de su Trabajo:

- Que lo sepa hacer (SABER) y que tenga interés en saber cada vez más.
- Que quiera APRENDER más, lo cual hace a la tarea cada vez más humana, puesto que se pone en juego su inteligencia y su voluntad,
- Que cada uno quiera MEJORAR, como "operador" y como persona, ya que sin calidad personal no es posible pensar en que se pueda contribuir a mejorar a otras personas.
- El hospital-empresa puede organizar todo su servicio de soluciones sobre la base de un valor moral como es la confianza. La confianza deja de ser solamente un instrumento de negociación para convertirse en una característica de la organización y una característica de las personas que se incorporan a la misma.
- Que se busque a la empresa-hospital por la honestidad, confiabilidad y actitud de mejora. El hospital es individualizado y elegido en el medio o mercado por sus valores.
- Son valores para el trabajo y las personas: autonomía, delegación, confianza y transparencia en la conexión con el usuario, creatividad y responsabilidad.
- El concepto de valor debe ser internalizarse por las personas de la organización para obrar con gran autonomía en tareas de alto contenido de trabajo, y partiendo de procesos adecuados como: calidad del trabajo, valores de la Dirección, límites a ponerse, actitud de los directivos, nuevo sentido de Misión para la Organización, Espíritu de sacrificio para reconvertir la empresa-hospital, planteo de trabajo a futuro, empresa-hospital como conjunto de capacidades y voluntades orientadas a favorecer oportunidades de productos o servicios, oportunidades de crecer y desarrollarse a través del trabajo, en el valor para el empleado se fundamenta el valor para los usuarios y accionistas, rotación de personal con transparencia y confianza en el clima

TRCIS CON
FALLA DE CÍGEN

de trabajo, el éxito de la empresa-hospital no necesariamente coincide con el éxito personal de sus directivos, formar visión del trabajo.

- Los cuidados intensivos y la ética, son indispensables en pacientes en estado crítico en los que existen fundadas esperanzas de recuperación. No se deben aplicar los cuidados si el paciente los considera una molestia intolerable o son un gasto excesivo (futilidad, tratamiento desproporcionado).
- La ética debe aplicarse a los resultados, conductas, actitudes, experiencias, aprendizaje, normas, valores, creencias, comportamiento organizacional, planeación estratégica.
- Misiones de la comisión de bioética:
 - Ayudar al médico y a la enfermera que tiene un problema, o una duda de tipo ético.
 - Informar sobre aspectos éticos al paciente que solicite.
 - Mediar en conflictos que puedan surgir entre el paciente, sus familiares y el personal que lo atiende.
 - Emitir recomendaciones para una labor asistencial más justa..
 - Aconsejar a la dirección del hospital con independencia y lealtad.
- Habrá mayor éxito de la empresa-hospital si se aplica la ética a: política sanitaria, modelos de atención, entorno social, comprensión de trabajadores y usuarios, trabajo en equipo, motivación y creatividad, toma de decisiones, relaciones humanas, manejo de conflictos, competencia técnica-profesional, investigación y docencia, problemas de tipo organizativo y protagonismo en la gestión.

Hoy día, en donde que cada vez se presta más atención a la moralidad empresarial, se torna muy importante pensar éticamente. No es extraño ver cómo grupos de interés común elaboran sus propias reglas de conducta ética.

Es importante tomar en consideración los principios formales de moralidad.

- El bien debe seguirse y evitar el mal.
- No deben emplearse medios malos aunque los fines sean buenos.
- No deben perseguirse fines buenos que tengan efectos resultantes desproporcionadamente malos.
- Ha de considerarse valioso todo aquéllo que contribuya al desarrollo del hombre.
- Hay valores que son objetivos, válidos para toda persona y cultura.

- El hombre debe adquirir las capacidades (virtudes) necesarias para alcanzar una vida lograda, plena o completa.
- Obra de tal manera que tu acción pueda erigirse en norma universal de conducta.
- El bien común es preferible al bien privado si ambos son del mismo orden.
- La persona no debe considerarse nunca como medio sino como fin.
- El bien no es menor porque beneficie a otro ni el mal es mayor porque me perjudique a mí.
- Prohibir no es malo ni permitir es bueno, pues es malo prohibir lo bueno y bueno prohibir lo malo.

Los principios de acción expresados en proposiciones negativas no necesariamente poseen un rango ontológico menor que los principios expresados en proposiciones afirmativas.

SÍNTESIS DE LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA	
NIVEL 1	NIVEL 2
Principios	Principios
No maleficencia. Respeto a la integridad física de las personas. Justicia. No discriminación en la vida social.	No Beneficencia. Hacer el bien, en tanto que posible. Autonomía. Responsable de sus propias acciones.
Características	Características
* Ética de mínimos * Ética del deber * Correcto-incorreto * Obligatorios, generales, públicos. * Garante el Estado * Se toman por consenso general * Afectan al derecho	* Ética de máximos * Ética de la felicidad * Bueno-malo * Libres, particulares, privados. Dependen de cada uno * Exige consentimiento informado * Afectan a la moral
La utopía totalitaria excluía el nivel 2. El resultado fue el fracaso.	La utopía liberal excluía el nivel 1. El resultado es el fracaso.
Contexto de la Sanidad: Progreso de la tecnología. Nuevas relaciones médico-enfermo. Distribución sanitaria justa.	
Requisitos: Civil y secular. Pluralista. Autónoma. Racional. Universal.	
Principio básico general: Igual consideración de los intereses de todos los implicados.	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.2. Calidad de atención en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Problemas de calidad en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Los médicos de urgencias detectan un descenso de la calidad.¹⁵⁸

LO QUE PIDEN LOS MÉDICOS					
Estimación (porcentual) de los médicos sobre las iniciativas para mejorar la calidad asistencial.					
	1	2	3	4	5
Pasar más tiempo con el paciente	70	70	64	76	76
Mejorar el acceso a atención especializada	55	77	72	71	49
Mejorar el acceso a fármacos de última generación	33	40	50	17	48
Introducir tecnología para evitar errores médicos	53	49	48	54	63
Reorganizar las tareas y la organización	76	76	64	76	67
Mejorar el acceso a cuidados preventivos	70	70	76	61	78
Recetas electrónicas	54	36	56	88	42
Historias clínicas electrónicas	43	43	49	66	49
Comparar la práctica clínica	37	42	38	37	41
Consensuar guías de actuación	45	51	33	30	34
Encuestas de satisfacción	36	36	36	34	42
Comparación de las decisiones clínicas con la evidencia	25	25	31	26	26
1-AUSTRALIA 2-CANADA 3-NUEVA ZELANDA 4-REINO UNIDO 5-ESTADOS UNIDOS					
Fuente: Commonwealth Foundation, Harvard School of Health and Harris Interactive. (PMA)					

¿Qué es la calidad de atención en Unidad de Cuidados Intensivos? Calidad de atención es:¹⁵⁹

"La provisión de servicios médicos accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario". En esta calidad de atención entran en juego valores como: responsabilidad profesional, atención rápida y precisa, pasión por la excelencia, actitud de servicio, conducta ética y moral, mejora continua, así como trabajo en equipo.

Calidad como perfección o mérito.

Se centra en los procesos, y establece especificaciones que hay que cumplir perfectamente. El lema es "cero deficiencias".

Calidad como adecuación a propósitos.

La calidad tiene sentido en relación con el propósito del producto o servicio. Existe calidad solo en la medida en que un producto o servicio se ajusta a las exigencias para cuya satisfacción fue concebido y realizado.

¹⁵⁸ Redacción. "Los médicos de urgencias detectan un descenso de la calidad". *Acad. Emerg. Med.* N° 8: 2001. pp 880-885.

http://www.diariomedico.com/edicion/componentes/noticia/versionimprimirdm_cmp/0.323...

¹⁵⁹ Serrano. Enrique: "Valorar la Calidad del Cuidado Médico". Buenos Aires. Argentina.

<http://www.calidadensalud.org.ar/trabajos%20indicadores.htm#desempeno>.

Calidad como producto económico.

Esta concepción incluye como central la idea de "accountability" (rendición de cuentas) y la medición adoptada para evaluar la calidad han sido los llamados "Indicadores de realización o rendimiento".

Calidad como transformación y cambio.

Enraizada en la noción de "cambio cualitativo", cuestiona la idea de una noción de calidad centrada en el producto, especialmente en el sector de servicios.

El proveedor (médico - institución) no hace algo para el cliente, sino que hace algo al cliente -le rehabilita. Por tanto, la calidad radica, por un lado, en desarrollar las capacidades del consumidor (paciente) y, por otro, en empoderarlo en cuanto a la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

- La Gestión de Calidad es estrategia de progreso.
- Se trata de un marco orientador suficientemente amplio, con la categoría que incluye valores, principios, normas, planes y procedimientos.
- Hasta el momento únicamente tiene la prueba de validez empírica por su utilización reiterada.
- Se pone el acento en la referencia a hechos, reflejados en datos, o a aspectos evaluables, o incluso medibles, de los procesos y de los productos, a la vez que se incorporan mecanismos autocorrectivos que hacen posible el progreso.
- Se orienta a mediano y largo plazo.
- Pretende la mejora de la eficacia y de la eficiencia de una organización.
- Destaca en dicha filosofía de gestión su componente humanista.
- Revalora el gusto por el trabajo bien hecho y potencia la dimensión de éste en tanto fuente de realización personal.
- Promueve el dinamismo de las organizaciones y los individuos.

Lo esencial del Modelo Europeo de Gestión de Calidad,¹⁶⁰ adaptado a los centros públicos, podría resumirse en el párrafo siguiente:

"La satisfacción de los beneficiarios del servicio público, del personal de administración y servicios, y el impacto en la sociedad se consigue mediante un liderazgo que impulse la planificación y la estrategia del centro educativo, la gestión de su personal,

¹⁶⁰ MEC 1997. "Modelo Europeo de Gestión de Calidad". Madrid. Ed. MEC - Argenteria. Año 1997.

de sus recursos y sus procesos, hacia la consecución de la mejora permanente de sus resultados".¹⁶¹

La ética, por su parte, otorga significado a las acciones individuales más allá del que pueda derivarse de las normas o requisitos legales. La ética del servicio ha de impulsar a todo el personal de un centro a esforzarse por mejorar continuamente en un ámbito, cuya repercusión en el futuro de las personas y de la sociedad resulta fundamental.

Descripción esquemática del Modelo Europeo de Gestión de Calidad.¹⁶²

1. Liderazgo.

Cómo el comportamiento y la actuación del equipo directivo y del resto de los responsables guían al centro médico hacia la gestión de calidad.

2. Planificación y estrategia.

Se refiere a la Misión, Visión, Valores y Dirección Estratégica del centro médico, así como a la forma en que estos se implantan en los Proyectos Institucionales.

Cómo el Centro aprovecha al máximo el potencial de su personal para mejorar continuamente.

3. Recursos.

Cómo el Centro planifica y utiliza sus recursos para apoyar su actividad actual y mejorar de manera continua.

4. Procesos.

Cómo se identifican, organizan y revisan los procesos para asegurar la mejora continua de todas las actividades del Centro.

5. Satisfacción de los beneficiarios del servicio médico.

Se trata del grado de satisfacción del médico y sus familias como beneficiarios últimos del servicio que presta el centro médico.

6. Satisfacción del personal.

Se refiere al grado de acierto del Centro en satisfacer las Necesidades y expectativas razonables de su personal, entendiéndose por éste cualquier persona, sea cual fuere su responsabilidad y especialidad, que presta sus servicios en él.

7. Impacto en la sociedad.

Hace referencia a qué logros consigue el Centro a la hora de satisfacer las necesidades y expectativas de la comunidad local, nacional y de su entorno en particular.

¹⁶¹ MEC 1997. Obra citada.

¹⁶² MEC 2000. Obra citada.

También se incluirán las relaciones con las autoridades y organismos que influyen y regulan las actividades de la organización.

8. Resultados del centro.

Lo que el centro logra en relación con la planificación y estrategia y en lo relativo a satisfacer las necesidades y expectativas del médico y de su familia, y en general, de todos aquéllos que tengan interés de cualquier tipo en el centro.

Este ciclo viene definido por las siguientes etapas:¹⁶³

Planificar: se identifica el problema y se definen sus características con la ayuda de información completa. Se elabora un plan de resolución, o diseño, guiado por algunas hipótesis preliminares suficientemente fundamentadas.

Hacer: se trata de ejecutar lo planificado previamente, de poner en marcha acciones que permitan resolver el problema o corregir deficiencias.

Verificar: es la etapa de confrontación de los resultados de la acción con las hipótesis planteadas en el diseño. Trata de interpretar los resultados obtenidos para comprobar en qué medida se ha acertado en la búsqueda de la solución.

Actuar: a la vista de las conclusiones elaboradas en la etapa previa, es el momento de, o bien consolidar el procedimiento de resolución si ha sido efectivo, o bien corregirlo iniciando un nuevo ciclo a cuya primera etapa se incorporará todo el conocimiento, tanto teórico como empírico, acumulado a lo largo de la ejecución del ciclo anterior.

La retroalimentación contenida en el ciclo de Deming¹⁶⁴ permite desarrollar un procedimiento de aproximaciones sucesivas que termina, ya sea por encontrar la solución, ya sea por refinarla u optimizarla al cabo de algunas interacciones.

El prestigio es un incentivo importante para ofrecer calidad.

Para las instituciones públicas una de las barreras más frecuentes relacionadas con el recurso humano es la de tener nóminas sobre o subdimensionadas, pero prácticamente inmodificables por limitaciones financieras, por la poca o nula flexibilidad de los regímenes disciplinario y de carrera administrativa, y por la injerencia de los políticos sobre los nombramientos y despidos; y, en las regiones apartadas, por tener problemas en la calidad de los profesionales por falta de incentivos y atractiva remuneración.

Un factor particular de la cultura de las organizaciones de salud es la ética profesional, aunque en opinión de algunos asistentes no todos los proveedores y profesionales se comportan de manera ética y abundan los ejemplos de mercantilización

¹⁶³ López Rupérez. "La gestión de calidad en educación". Madrid. España. Ed. La Muralla. Año 1994.

¹⁶⁴ López Rupérez. Obra citada.

de la medicina, malas prácticas de competencia, guerra de tarifas y corrupción, que privan a los usuarios de recibir servicios con la calidad que deberían tener.

Se percibe que el papel de vigilancia y control del sistema es en general deficiente.

Este control se está caracterizando por ser predominantemente de carácter represivo y no de asistencia técnica y por hacer énfasis en los aspectos financieros, sin hacer énfasis en el tema de calidad.

Se definió como un control que no está unificado y se determinó que las demandas de información a las instituciones eran diversas y desgastantes.

La información sobre quejas depositadas en buzones y oficinas del usuario no está siendo aprovechada para su mejoramiento.

La falta de responsabilidad sobre los propios actos y la falta de sanciones por comportamientos indebidos se identificaron como obstáculos para generalizar una cultura de calidad.

La información institucional sobre áreas clínicas y administrativas es un factor importante en el mejoramiento de la calidad.

Los costos del desarrollo de sistemas de información y la falta de asistencia técnica hacen que las instituciones no estén contando con dicha información.

Se reconoce que hay abundancia de indicadores y medidas del desempeño financiero, pero faltan indicadores de salud, clínicos, de costos y de resultados de la atención, que les permitan a las instituciones evaluar su desempeño y compararse con otras.

Las presiones sindicales afectan no sólo la calidad sino la supervivencia de las instituciones al perseguir intereses individuales y gremiales por encima de los institucionales.¹⁶⁵

¿Cómo se gestiona la calidad en UCI?

Para realizar una Gestión de Calidad Total en un Servicio de Terapia Intensiva¹⁶⁶ se debe hacer un planteamiento sistemático y probado de planificación y gestión de actividades debiendo conocer:

- necesidades de los usuarios para ajustar los servicios a sus requerimientos.
- defectos de los servicios brindados para poder corregirlos y garantizar su calidad según los deseos de los usuarios.

¹⁶⁵ Tobón Uribe, Pablo. "Incentivos para la calidad en Salud: ¿Qué induce o frena a las instituciones a trabajar bien?" *Rev. Via Salud*. Bogotá, Colombia. Primer trimestre; 2001.

¹⁶⁶ Gestión Sanitaria on line. Gerentes. "Gestión de la Calidad Total en las Emergencias Médicas". <http://www.hospitalia.net/ge170498.htm>.

Siempre se deben seguir seis pasos principales:

1. planificación
2. conocer los requerimientos de los usuarios
3. conocer la variación de costos resultantes de la gestión de la calidad
4. adquirir conciencia y compromiso general con la calidad
5. medir los resultados
6. prevenir los errores

Las herramientas a utilizar serán:

1. el control estadístico de los procesos
2. comparar los resultados con otros a nivel local y mundial
3. conocer las limitaciones
4. aplicar las necesidades de los usuarios a los servicios
5. premios en base a la promoción por la colaboración con resultados positivos
6. trabajo en equipo para resolver los problemas presentados en base a comités y círculos de calidad

Si deseamos conocer las necesidades y expectativas de los usuarios debemos utilizar entre otros métodos la realización de encuestas y el análisis de las quejas registradas en cada institución.

La educación sanitaria se debe extender sobre los empleados de las instituciones sanitarias y sobre la población consumidora de los servicios de emergencias para evitar las consultas innecesarias o por comodidad.

Para todo esto se debe realizar una conscientización de todas las organizaciones desde el nivel directivo al personal administrativo y de maestranza para que la calidad sea un compromiso de todos y para todos.

1. Cambiar las actitudes del personal.
2. Los Directores, jefes clínicos y especialistas se han comprometido con la mejora tomando directa responsabilidad sobre el éxito o el fracaso del proceso de mejora continua de la calidad.
3. Los trabajadores comenzarán un trabajo en equipo y armonía sin rencores ni conflictos personales que puedan entorpecer la evolución del proceso de calidad, bajo un claro compromiso con la mejora.
4. Mejoró la comunicación y relación interdepartamental, siendo conscientes que sin la mutua relación no habrá calidad.
5. Se conocen y respetan las necesidades de los usuarios y de los clientes internos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6. Se mejoran continuamente los indicadores de calidad y rendimiento y si no existen, se implementan.
7. Disminuyeron las demandas médico – legales.

Evaluación de Procesos.

Evalúa el funcionamiento del sistema y del personal de los servicios de emergencias médicas. Los procesos de medición que frecuentemente reflejan la eficiencia del sistema son:

- Tiempos de respuesta rápido.
- Tomas de decisiones apropiadas.
- Selección o recomendación de tratamientos.

Estos aspectos de la evaluación de los sistemas pueden ser cumplidos de diversas formas:

1. Checando las oportunidades de cuidado médico.
2. Evaluando los modelos de cuidado.
3. Conduciendo revisión de casos usando criterios explícitos o implícitos.
4. Evaluando los tipos de datos usados para tomar una decisión médica.

Evaluación de Resultados.

Se evalúa el estado final del paciente y debería ser usado como parte de la evaluación de todos los sistemas de emergencias médicas porque puede proveer un resultado completo para el sistema. En suma, la recolección de datos da facilidades para estructurar la evaluación.

Los dos métodos básicos usados por los investigadores para la evaluación y compensación de los problemas de actitud por la variable de los case mix son:

- Índices de severidad.
- Índices de trazadores.

Los índices de severidad se basan en la gravedad del estado del paciente, mientras que los índices de trazadores deben reunir las siguientes características:

1. Diagnóstico con un impacto potencial sobre las funciones del paciente.
2. Diagnóstico bien definido y fácilmente reconocible.
3. Diagnóstico con prevalencia alta que permita la recolección de un dato adecuado.
4. Historia natural que varía con el uso y la efectividad del cuidado médico.
5. Un régimen de manejo médico para que el diagnóstico sea bien definido.
6. Los efectos de los factores socio - demográficos sobre ellos bien definidos.

Se debe planear en primer lugar la atención prehospitalaria en base a:

1. Buena comunicación.
2. Excelentes transportes y recursos técnicos.
3. Personal técnicamente capacitado.

En segundo lugar se debe planear la atención hospitalaria:

1. Preparando a los médicos en Emergencias con educación médica continua.
2. Adecuando la infraestructura edilicia.
3. Adecuando los requerimientos técnicos a las necesidades.

La eficacia de los servicios de emergencias es primordial y para que estos la puedan lograr y cumplir deberán:

1. Mejorar la calidad de los cuidados en pos del bienestar de los pacientes.
2. Disminuir costos, para evitar la quiebra del sistema.

Los problemas son comunes a todas las instituciones:

- Demoras
- Trato por parte del personal
- Capacitación profesional

Calidad asistencial según la Joint Comisión es "la medida en que los servicios sanitarios, tanto los enfocados a los individuos como a los colectivos, mejoran la probabilidad de unos resultados de salud favorables y son pertinentes al conocimiento profesional".

Lo que expresa el concepto calidad es una práctica profesional caracterizada por los siguientes rasgos:

- a) Conocimientos científicos y tecnológicos disponibles ajustados al estado del arte, b) Mínimos riesgos de lesión o enfermedad para el paciente, asociados al ejercicio clínico, c) Uso racional de recursos, es decir, que no sean ni fútiles ni exagerados, sino eficientes, eficaces y efectivos y d) Satisfacción de los usuarios-pacientes y allegados- con los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados de la atención sanitaria. Estos componentes son los que de alguna manera deben quedar incluidos y medirse, total o parcialmente, en cualquier plan de mejora continua de la calidad asistencial.

Componentes de la calidad asistencial.

1. Práctica profesional o calidad científico-técnica.
2. Uso de recursos o eficiencia.
3. Riesgo del paciente de lesión o enfermedad asociada a los servicios dados.
4. Satisfacción de los pacientes con los servicios prestados o calidad percibida.

¿Por qué es necesario trabajar con calidad?

El médico en su relación con el enfermo tiene que aplicar los tres principios que constituyen la regla de oro de la ética médica.¹⁶⁷

1. Principio de la máxima capacidad técnica. El médico tiene que conocer bien los contenidos de su profesión y tener permanentemente actualizada su competencia profesional.
2. Principio de la obra bien hecha. Consiste en realizar lo mejor posible lo que técnicamente hay que hacer.
3. Principio de la autenticidad del bien. Se trata de procurar tanto el bien natural, es decir, el logro de la salud, como el bien personal, esto es, en concordancia con sus creencias y valores.

Es fundamental que el hospital desarrolle una metodología que evalúe sistemáticamente sus funciones más importantes, los procesos de trabajo y los resultados de la actuación, es decir, la calidad de la organización.

Atributos de las empresas rentables.

1. Productos bien definidos.
2. Cultura organizativa centrada en la calidad.
3. Redes de comunicación ágiles
4. Toma de decisiones basada en el acuerdo.
5. Técnicas de manejo de conflictos.

Existen argumentos éticos, morales, legales y de rendimiento clínico que incitan a la implantación de sistemas de control de calidad.

Estrategia para impulsar la calidad.

1. Comprender que estamos inmersos en una época de cambio de cultura sanitaria, caracterizada por la aparición de nuevas tendencias¹⁶⁸ en las actitudes de los usuarios, de los profesionales y las instituciones.

El hospital con todos sus servicios debe adaptarse a estas innovaciones si quiere avanzar.

2. Transmitir la idea de provecho clínico; de contribución a la mejora de resultados y no de carga burocrática impuesta por la "Administración". A la palabra control hay que quitarle el cariz represivo o sancionador y darle un significado de supervisión de la actividad, de dominio de la situación para corregir y progresar.

¹⁶⁷ Segovia, J.M. "Ética del diagnóstico médico". Madrid. Ed. Vilarde 11 (editor). Espasa Universidad, p. 149. Año 1998

¹⁶⁸ Guilera, E. "Variables y tendencias del futuro sanitario en los países desarrollados". España. Ed. Libro de Ponencias. X Jornadas de trabajo de la asociación de Enfermería Española (AED). pp. 21-7. Año 1990.

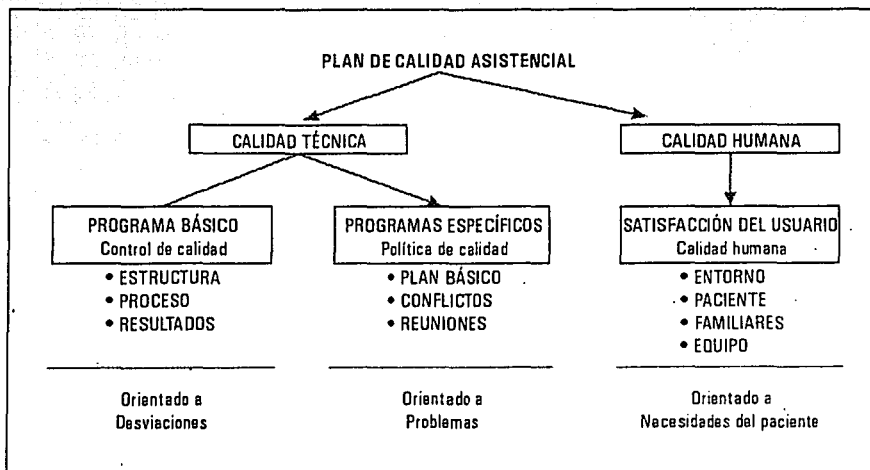
TENDENCIAS SANITARIAS ACTUALES

Presente	Futuro
Necesidades profesionales	Necesidades de la población
Curar enfermedades	Promoción de la salud
Friedad clínica	Ambiente cálido
Hospital tradicional	Área de salud
Hospital con todos sus servicios	Centros de responsabilidad
Servicios aislados, escasa coordinación	Unidades funcionales, centros operativos
Actividades diagnósticas y terapéuticas	Mejora continua de la calidad
Paciente interno	Paciente externo
Paciente cautivo	Paciente cómodo
Público poco informado	Consumidor exigente
Indiferencia ante el anciano	Sensibilidad ante el anciano
"No se puede pasar..."	"Pase, no se va a perder..."
Cirugía y técnicas invasivas	Procedimientos no invasivos
Obsoleto a los 5 años	Pensando para ser flexibles

De un modo general,¹⁶⁹ las acciones necesarias para la mejora de la calidad asistencial se agrupan en dos categorías:

1. Conocer, registrar y medir lo que se hace.
2. Comparar, evaluar y corregir.

PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL DE UN SERVICIO CLÍNICO.



¹⁶⁹ Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (V Congreso SAMIUC. Huelva. 1983). "Control de Calidad en Medicina Intensiva" Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. Madrid. Ed. Mezquita. Año 1984.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2. Calidad humana.

El Programa de Humanización está destinado a lograr que las necesidades de los enfermos se satisfagan correctamente. Las necesidades humanas básicas son aquellos requerimientos físicos y psicosociales indispensables para que la persona se conserve y desarrolle. Esta noción es extensible a familiares y allegados, ya que además de utilizar el hospital representan el principal soporte afectivo y social del paciente.

CONTENIDO DEL PLAN FUNCIONAL EN UN SERVICIO CLÍNICO

1. INTRODUCCIÓN
 - Justificación y motivo del Plan Funcional.
2. EL HOSPITAL
 - Nivel, área de cobertura, servicios.
 - Posibilidades de atención a los pacientes.
3. EL SERVICIO
 - Posición en el hospital.
 - Definición, campo asistencial, límites.
 - Estructura y áreas asistenciales.
 - Personal.
 - Recursos humanos.
4. LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES
 - Cartera de servicios.
 - Política de enfermos: criterios de admisión y exclusión, prioridades de ingreso.
 - Trabajo asistencial.
 - Labores administrativas.
5. CONTROL DE CALIDAD
 - Datos de enfermos.
 - Criterios, estándares o indicadores.
 - Protocolos y guías de práctica clínica.
 - Valoración de la satisfacción de los usuarios.
 - Seguimiento de enfermos.
6. ANÁLISIS ESTRATÉGICO
 - Oportunidades.
 - Amenazas.
 - Fortalezas.
 - Debilidades.
7. LA DOCENCIA
 - Programa de actividades formativas.
 - Cronograma de sesiones propias.
8. LA INVESTIGACIÓN
 - Líneas de desarrollo.
 - Proyectos, ayudas internas y externas.
9. OBJETIVOS
 - Descripción de la situación del servicio.
 - Problemas y prioridades.
 - Objetivos asistenciales, docentes, de investigación y organizativos.
10. APÉNDICE
 - Documentación complementaria y anexos.

Se puede clasificar el caso clínico por el tipo de muerte y sus repercusiones.

CATEGORIZACIÓN DE LA SESIÓN DE MORTALIDAD.

1. CLASE I

Muerte no evitable, sin recomendaciones.

2 CLASE II

Muerte no evitable, se hacen algunas recomendaciones pero sin influencia en el destino final del paciente.

3. CLASE III

Consideraciones significativas acerca del exitus del paciente. Los cuidados prestados deben revisarse y corregirse.

4. CLASE IV

Consideraciones y advertencias importantes. Hay un problema grave de calidad que requiere cambios en el proceso asistencial, los protocolos diagnósticos o terapéuticos, la política del servicio o del hospital.

Calidad de los cuidados humanos.

Asistencia es "la aportación de alojamiento, bienestar y de tratamiento considerado a un individuo, a lo que se incluye además la responsabilidad por la seguridad"¹⁷⁰ Por tanto, el bienestar de los enfermos es una cualidad intrínseca de la asistencia y durante la hospitalización está relacionado con varias circunstancias. A) Derechos humanos, B) cumplimiento de sus expectativas de atención. No se concibe pues calidad sin satisfacción de los usuarios, ya que son dos conceptos íntimamente ligados.

Durante su permanencia en el hospital se deben proteger y fomentar las siguientes necesidades básicas del paciente: a) intimidad, b) confidencialidad en los asuntos, c) seguridad, d) comunicación, e) valores y creencias, f) asistencia religiosa, g) solución de quejas.

Necesidades de los familiares de los enfermos.

1. Necesidades que disminuyen la ansiedad.
2. Necesidades de información.
3. Necesidades de estar con el enfermo.
4. Necesidades de hacer algo en el cuidado del paciente.
5. Necesidades de soporte emocional.
6. Necesidades físicas o de bienestar personal.

¹⁷⁰ Joint Comisión on Accreditation of Health Care Organizations. "Manual de Acreditación para Hospitales" Barcelona España. Ed. SG. Editores y Fundación Avedis Donabedian. p. 258. Año 1995.

PLAN DE HUMANIZACIÓN DE UN SERVICIO CLÍNICO.

ACTUACIONES SOBRE EL ENTORNO

- Habitación individual.
- Luz natural, vistas al exterior.
- Sala de familiares acondicionada.

ACTUACIONES SOBRE EL PACIENTE

- Defensa de la intimidad y autoestima.
- Tutela de la confidencialidad.
- Fomento de la seguridad y comodidad.
- Información.
- Respeto a los valores individuales.
- Asistencia religiosa.
- Resolución de quejas.

ACTUACIONES SOBRE LA FAMILIA

- Información.
- Visita directa y presencia humana.
- Colaboración en los cuidados.
- Participación en la toma de decisiones.
- Apoyo a sus necesidades.

ACTUACIONES SOBRE EL EQUIPO SANITARIO

- Creación de grupos de trabajo.
- Formación específica.

**PROGRAMA DE INICIO DE UN PLAN DE CALIDAD
ASISTENCIAL DE UN SERVICIO CLÍNICO.**

1. Cartera de servicios.
2. Previsión anual de actividad.
3. Control de pacientes.
4. Objetivos ligados a la calidad.
5. Continuidad de la asistencia.
6. Seguridad de los pacientes.
7. Satisfacción de los usuarios.

En la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) de México.¹⁷¹

El método de evaluación aplicado en 10 áreas prioritarias en la atención que se proporciona a los pacientes en la unidad, se describe a continuación:

1. Mortalidad:

- 1.a. Global: Se refiere al porcentaje de defunciones con relación al número total de ingresos. Se considera "normal" o como máximo aceptado 15%.

¹⁷¹ Fonseca Lazcano. José. "Calidad de la Atención Médica en Terapia Intensiva Oncológica". México, D.F. Rev. del Inc. Vol. 46 núm. 1. Ene.-Feb. 2000. pp. 28-32.

1.b. No deseada: Se refiere a aquellas defunciones que se presentan antes de 24 horas de estancia en terapia intensiva. Se expresa en porcentaje del número total de defunciones. El máximo aceptado es de 15%.

1.c. Ventilación mecánica: Se refiere al número de defunciones registradas entre enfermos con ventilación mecánica invasiva. Se expresa en el porcentaje del total de pacientes en ventilación mecánica. El máximo aceptado es de 40%.

2. Infecciones nosocomiales:

Se expresa en porcentaje del total de ingresos y se acepta hasta 10 veces por arriba del número de infecciones nosocomiales del área de hospitalización.

3. Manejo de la vía aérea:

Se refiere al número de recambios de cánulas endotraqueales o de traqueostomía por obstrucción de la misma, por autoextubación o extubación accidental. Se expresa en números de recambios necesarios por cada 1,000 horas de ventilación mecánica invasiva. Se acepta como valor "normal" tres recambios por cada 1,000 horas de ventilación mecánica.

A partir de este punto, todos los parámetros evaluados se someten a la escala de evaluación porcentual y se expresa en el porcentaje de incidentes ocurridos con relación al número total de procedimientos realizados en el período. Se considera normal que el fenómeno ocurra menos del 10% de las veces. La escala es la siguiente:

- Menos del 10%.
- Del 11% al 25%.
- Del 26% al 50%.
- 51% o más de las veces.

4. Respecto al equipo electromédico:

4.a. Fallas por el equipo que hayan puesto en peligro la vida de los enfermos.

4.b. Desconexión de los sistemas de apoyo vital.

4.c. Falta de atención en las alarmas por parte del personal.

5. Respecto a los egresos:

Egresos mal valorados que implican reingreso a la unidad en menos de 72 horas del alta.

6. Incorrecta administración de medicamentos:

6.a. Medicamentos (confusión en medicamentos, dosis u horarios).

6.b. Manejo inadecuado de la nutrición artificial.

7. Tubos invasivos removidos accidentalmente:

- 7.a. Líneas arteriales.
- 7.b. Líneas venosas.
- 7.c. Sondas nasointestinales.
- 7.d. Drenajes.
- 8. Accidentes:
 - 8.a. Durante el traslado de terapia intensiva hacia otros sitios.
 - 8.b. Lesión o perforación accidental de órganos durante la realización de procedimientos invasivos.
 - 8.c. Eventos de reanimación cardiopulmonar.
- 9. Diferencias en la prescripción médica por turno.
- 10. Respecto a las expectativas del usuario:
 - 10.a. Quejas en el mismo hospital.
 - 10.b. Quejas ante instancias fuera del hospital.
 - 10.c. Información deficiente a familiares.
 - 10.d. Conflictos graves con pacientes, familiares o médicos tratantes.

Indicadores de Calidad en Cuidados Intensivos.¹⁷²

Los indicadores de calidad en Medicina Intensiva pueden ser clasificados como en cualquier otra área de servicios en aquellos que miden estándares de:

- a. Estructura
- b. Proceso
- c. Resultados

Los estándares e indicadores de estructura, entendiendo por tales diseño edilicio, recursos humanos y tecnológicos y descripción de la organización de las unidades de cuidados intensivos, han sido descriptos en las normas de categorización de unidades que la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva entregados oportunamente al Gobierno Nacional y que fuera aprobada por resolución 318/2001 y publicada en el Boletín Oficial con fecha: 6 de Abril del 2001.

Los indicadores de mayor utilidad son los que miden los resultados globales y algunos aspectos parciales pero trascendentes del proceso de atención. Entre ellos podemos citar:

- a. Mortalidad referida al escore APACHE.
- b. Reinternaciones.

¹⁷² Galesio, A. "Indicadores de Calidad en Cuidados Intensivos". Buenos Aires. Argentina. Boletín Oficial 318/2001. Año 2001.

- c. Incidencia de neumonía asociada al respirador.
- d. Sepsis asociada a catéter endovenoso central.
- e. Infección urinaria asociada a cateterización de la vejiga.
- f. Incidencia de escaras.
- g. Horas de cuidados de enfermería por paciente día.

En la Unidad de Terapia Intensiva de Adultos del Hospital Italiano se han utilizados estos indicadores, unidos a un sistema de categorización de pacientes y al cálculo del score de TISS 28 para otorgar horas diarias de cuidados de enfermería. La monitorización continua de estos índices ha permitido introducir ciclos de mejora de la calidad que en general han permitido mejorar los resultados.

Los indicadores de referencia son:

1. Categorización diaria de pacientes. Establece la complejidad de la población de pacientes internados.

Responsable de la categorización y registro: Médico del plantel dedicado a la implementación del programa de control de calidad.

Los pacientes son clasificados en las siguientes categorías:

- a) Críticos: Necesitan el sostén de por lo menos un órgano para sobrevivir.
 - b) Críticos Prolongados: Igual al punto a) con más de 72 horas de soporte de un órgano vital.
 - c) Alto Riesgo: Paciente que no necesita de soporte vital, pero que por su comorbilidad o patología subyacente es de alto riesgo de que sufra la falla de un órgano vital.
 - d) Monitoreo: Pacientes que requieren monitoreo continuo electrocardiográfico, de la saturación de oxígeno arterial por oximetría de pulso y/o capnografía.
2. Mortalidad de acuerdo a APACHE. Indica resultado global del proceso de atención frente a un "outcome" severo como es mortalidad.
 3. Episodios de neumonía asociada al respirador por cada 1,000 días pacientes ventilados. Indicador de mucha importancia que establece un resultado general del proceso de atención tanto médico como de enfermería en pacientes ventilados. Se halla relacionado a la complejidad de la patología que se recibe.
 4. Episodios de infección por catéter asociado a la colocación de catéter venoso central por cada 1,000 días pacientes cateterizados. Indicador que mide el resultado global del proceso de atención tanto médico como de enfermería en relación a los cuidados de prevención de infección.

TFSS CON
FALLA DE ORIGEN

5. Episodios de infección urinaria asociados a la colocación de sonda Foley por cada 1,000 días pacientes cateterizados. Indica un resultado global del proceso de cuidado de enfermería.

6. Tasa de reinternaciones en porcentaje de pacientes dados de alta de la unidad. Indicador de resultado de la adecuación del alta médica del paciente. Debe ser relacionado a un score de gravedad como el APACHE.

7. Provisión de horas de cuidados de enfermería de acuerdo al score de TISS (Therapeutic Intervention Score System). Indica complejidad del proceso de cuidado.

Responsable del cálculo de cada paciente: Jefe del turno de enfermería correspondiente.

Este score aceptado mundialmente desde 1983 fue utilizado en su versión simplificada de 28 ítem en el servicio para calcular la necesidad de horas de cuidados de enfermería de acuerdo al siguiente esquema:

- i. Pacientes con score de TISS ≤ 16 y categorizado como de monitoreo: 1 enfermera cada 4 pacientes: 6 hs. de cuidado de enfermería paciente día.
- ii. Pacientes con score de TISS > 16 y ≤ 44 : 1 enfermera cada 2 camas. 12 hs. de cuidado de enfermería paciente día.
- iii. Pacientes con score de TISS > 44 o paciente trasplantado en ventilación mecánica o paciente en aislamiento por indicación de las normas del Comité de Infecciones: 1 enfermera por cama. 24 hs. de cuidado de enfermería paciente día.

La media de cobertura de horas de cuidado de enfermería de la unidad es 13.2 horas/paciente/día. La recomendación internacional es de 12/horas/paciente/día.

Los indicadores presentados hasta este punto son mundialmente aceptados.

Casi todos ellos integran el Proyecto de Control de Calidad de Atención de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva que se puso en práctica durante el curso del año 2000.

Los indicadores 3, 4 y 5 han sido ajustados.

4.3. Las Unidades de Cuidados Intensivos en México.

Etapas de la Medicina Crítica.

En los Estados Unidos, se fundó la primera Asociación de Medicina Crítica, los pioneros fueron Weil, Del Guercio, Safar y Shoemaker, seguidos por investigadores extraordinarios como Siegel, Civetta, Cerra, Bone, Chernow y Gunar.

El enfoque inter y multidisciplinario fue una de las acertadas bases de la Medicina Crítica, incluyendo la colaboración de neurocientíficos, psiquiatras, abogados y filósofos.

En 1973 nació la Asociación Mexicana de Medicina Crítica que ha organizado magníficas reuniones nacionales y el primer Congreso Iberoamericano en 1979, que culminó con la creación de la Federación Panamericana e Ibérica. El segundo congreso fue en Buenos Aires (1983), el Tercero en Caracas (1987), el cuarto en Brasil (1991) y el quinto en 1995, en Portugal.

La Asociación Mexicana de Medicina Crítica, imparte cursos en casi todos los Estados del país. Ha contribuido al reconocimiento de la Medicina Crítica como especialidad y a la integridad de su carácter interdisciplinario. El haberla creado como Medicina Crítica y no como terapia intensiva fue un sabio consejo de Peter Safar.

En 1976 se iniciaron los cursos de posgrado en Medicina Crítica para médicos, con reconocimiento universitario, y en 1983, para enfermeras.

En 1987, nació el Consejo Mexicano de Medicina Crítica; su idoneidad fue reconocida por la Academia Nacional de Medicina y quedó registrado en la Secretaría de Salud; ha efectuado las certificaciones de 374 especialistas.¹⁷³

En los 70's crece y madura la medicina crítica. En esta década el mayor avance se logró sobre el transporte efectivo de oxígeno y el apoyo nutricional y surgió un nuevo síndrome: la falla orgánica múltiple. En los 80's aumentó notablemente el conocimiento sobre los mecanismos bioquímicos, metabólicos y subcelulares: además se empezaron a conocer los factores que vuelven a las alteraciones reversibles de la falla orgánica múltiple en irreversibles.

Desde el punto de vista de organización y gestión, son pocas las UCI's en las que el proceso de decisión relativo a los recursos que se invierten depende de los profesionales que trabajan en ésta. A nivel asistencial, falta una estructura de equipo verdaderamente integrado. En gran parte de las unidades hay una alta especificidad en lo referente a la diferenciación de las tareas y un alto nivel de centralización en las decisiones asistenciales.

Se ha visto que estos factores influyen en los resultados asistenciales ajustados según el "case-mix" de los enfermos. Una cultura organizativa orientada a resultados más que en el proceso supone un mejor funcionamiento y una más alta satisfacción del personal. Se ha constatado, en los diversos países de la UE una falta de estándares en la planificación y

¹⁷³ Villazón Sahagún. A. "La Medicina Crítica en México". México, D.F. Rev. Asoc. Mex. de Med. Crit. y Ter. Int. Vol. IX Núm. 1/Ene-Feb: 1995. pp. 15 - 19.

provisión de recursos en las UCI's, la falta, en una gran parte de las UCI's, de presupuestos específicos, y la existencia de muy diversos sistemas de contabilidad.

El incremento en la demanda de servicios, ha hecho que se agudice la carencia de personal capacitado, sobre todo en enfermería: además no se otorgan estímulos a enfermeras ávidas de aprender y mejorar su actuación.

El problema de enfermería en nuestros países no ha sido resuelto. Se carece de profesionales suficientes con entrenamiento, capacidad intelectual, estabilidad emocional y experiencia necesarios. Todo esto obedece a las restricciones sociales y financieras de nuestro presente.

Su función principal es la atención continua y directa del enfermo, y no las diversas funciones de índole administrativa.

La frustración de las enfermeras capaces es, que ellas saben lo que hay que hacer y como hacerlo, pero, la variabilidad de labores de otro tipo, les impide llevar a buen término su real misión profesional.

Es necesario una mejor estructura de los turnos, responsabilidades, adiestramiento, funciones, recompensas, mayor personal auxiliar para las labores paramédicas y, sobre todo, un estatus y un mayor prestigio de su imagen pública entre sus colegas profesionales.

Es interesante constatar que todavía no se ha logrado el reconocimiento del público sobre la importancia de las unidades de terapia intensiva.

Surgen ya programas automatizados en las unidades de terapia intensiva para análisis, manejo de la información, diagnóstico clínico y toma de decisiones.

La evaluación de la salud mediante un proceso lógico de computadoras que funcionen en el hospital permite:

- a) Interpretaciones correctas (gases en sangre, parámetros hemodinámicos).
- b) Diagnósticos certeros.
- c) Alerta de hechos graves.
- d) Sugerencias de tratamiento.

Reanimación cardiopulmonar y cerebral (RCPC).

En la década de 1980, la American Heart Association respaldó el desarrollo de cursos de apoyo vital avanzado en la ciudad de Monterrey, México. Posteriormente y hasta la fecha, en la ciudad de México, D.F., se han impartido cursos en diversos centros hospitalarios, tanto de la iniciativa privada como gubernamental. Destaca el esfuerzo del Hospital Español, el Hospital ABC, la Clínica Londres, el Centro Hospitalario del Estado

Mayor Presidencial, el Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Dr. Salvador Zubirán, el Hospital Central Militar y el Instituto Mexicano del Seguro Social. En México el impacto de la capacitación en apoyo vital básico, avanzado y prolongado no se conoce con precisión por falta de cifras confiables y la ausencia de acciones coordinadas entre los integrantes del Sector Salud. Lo que sí resulta claro, es la necesidad de capacitación de proveedores de reanimación cardiopulmonar y cerebral básica, misma que ha sido insuficiente para dar respuesta a las necesidades de la población. En escenarios prehospituarios no conocemos cuántas víctimas de paro cardiorrespiratorio podrían haberse rescatado si se hubiese logrado coordinar al Sector Salud para resolver este problema básico, pero seguramente el número de ellas es elevado.

No es posible imaginar un centro hospitalario que se precie de brindar un manejo integral, que no cuente con un adecuado y coordinado sistema de vigilancia y control de infecciones. El INN¹⁷⁴ (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición) ha sido pionero y pieza fundamental en la implementación de estos sistemas a nivel nacional y regional. El esfuerzo del Dr. Samuel Ponce de León y su grupo de colaboradores ha sido notable y exitoso.

Instrumento de medición propuesto para el estudio: «escala de calidad y eficiencia, IMSS, México, D.F.»

La escala utiliza 11 variables de razón en 4 dimensiones: 1) Estructura, 2) Egresos, 3) Admisiones apropiadas y 4) Capacidad de utilización. Las dos primeras nos hablan de la calidad de la atención y las dos segundas de la eficiencia.

Calidad

A. Estructura (Calidad del proceso).

A1. Total de médicos x jornada/total de camas. Jornada médica, se refiere a un día o parte del día normal de trabajo. Este se reportará por horas laboradas. El número de horas lo utilizamos más que el total de médicos, porque no todos los médicos trabajan todo el tiempo en la UCI. El resultado deberá dividirse entre 100, para adaptarlo a los siguientes resultados.

¹⁷⁴ Ponce de León. R.S. "Infecciones hospitalarias en México". En Paganini, J.M: Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: La Garantía de Calidad: Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS. PP. 178-186. Año 1992.

A2. Jornada de los médicos especialistas en terapia intensiva/total de la Jornada de los médicos especialistas en UCI y de los no especialistas en UCI. Importante considerar el mismo tiempo determinado que en A 1. (semana o mes) las jornadas se reportaran en, horas. EL resultado nos indicará la proporción de médicos especialistas en UCI. En condiciones ideales, el resultado deberá ser de 1.

A3. Total de enfermeras especialistas x jornada (horas)/total de camas. Por el tipo de cuidados requeridos, la UCI debería contar sólo con enfermeras especialistas para atender este tipo de casos y agregarse tal vez, alguna enfermera general o auxiliar con la finalidad de apoyar al resto del personal. Por tal motivo sólo consideramos la presencia de personal especializado, de no existir, bajará la relación y el resultado será menor. Al igual que en A 1. deben considerarse el tiempo a determinar y descontar las horas no utilizadas.

A4. Jornada enfermeras intensivistas (horas)/ promedio de TISS. TISS, significa: Therapeutic Interventions System Score (Escala Sistemática de Intervenciones Terapéuticas). Califica el tipo de intervenciones practicadas al paciente y el número de estas actividades desarrolladas por el personal especialista de enfermería, de ahí, la relación entre horas asignadas y TISS.

El promedio del TISS será el resultado de la suma de la calificación de TISS de cada uno de los pacientes en las primeras 24 horas, entre el total de ingresos en un tiempo ya determinado desde A 1. Con la finalidad de darle el mismo valor ponderal que a los anteriores, el resultado se dividirá entre 10.

A5. Colocación de catéter en venas subclavias con error/total de procedimientos realizados. Este indicador nos informa sobre la proporción de procedimientos erróneos entre el total de procedimientos realizados. Nos traduce las habilidades del personal médico para colocar catéteres por vía subclavia, sin error. El resultado ideal será 1.

B. Egresos. (calidad de los egresos de la UCI).

B1.1- Tasa de incidencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica (VM). La tasa de incidencia divide el total de pacientes infectados asociados a la VM entre el total de pacientes que requirieron de VM. Se expresa como 1 la tasa, para reportar un número positivo, el cual expresa el éxito del total de pacientes que a pesar de haber requerido VM no presentaron neumonía. Lo ideal es 1.

B2.1- Tasa de mortalidad. La tasa de mortalidad divide número de fallecimientos / egresos. Se expresa 1 la tasa, para reportar un número positivo, es decir, el porcentaje de sobrevivientes.

Eficiencia

C. Admisiones apropiadas.

C1. Prioridades de admisión del ACS.

Suma de grupos de prioridades 1, 2 y 4/total de admisiones. Consideramos que del total de prioridades, los pacientes con 1, 2 y 4 son los más adecuados a ingresar a una UCI General. Se clasificará al ingreso de acuerdo a las características de cada paciente. El resultado ideal es el cercano a 1.

C2. Escala de APACHE II.

Suma de admisiones con una calificación de APACHE II entre 8 y 26/total de admisiones. De igual manera que C 1. los pacientes con calificaciones de APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation) menores de 26 tienen mayor posibilidad de supervivencia, sin embargo, pacientes con calificaciones menores a 8 deben manejarse fuera de la UCI. El ideal será 1.

D. Capacidad de utilización.

D1. Días de estancia.

Total de días de camas ocupadas/total de admisiones. Se reportará el porcentaje de estancia hospitalaria, el cual será mayor si existen factores que así lo determinen. El tiempo (semana o mes) ha sido precisado desde A 1. Para facilitar la ponderación, el resultado se dividirá entre 10.

D 2. Porcentaje de ocupación.

Total de días de camas ocupadas/total de días de camas disponibles. El resultado nos informará sobre el porcentaje de ocupación el cual no será mayor del 100%. El resultado se divide entre 10.

Dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos en México actualmente es posible usar el siguiente equipo tecnológico para diagnóstico y manejo del paciente crítico:

Laboratorio UTI:

- Aire Acondicionado.
- Analizador de gases y pH.
- Analizador de ionometría.
- Analizadores bioquímicos de otro tipo.
- Contador hematológico.
- Equipo de electroforesis.
- Cooximetro.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otros Equipos analizadores según cada área.
Utilizador tisular de oxígeno.

Diagnóstico por imágenes:

- Biopedancia.
- Ecógrafo.
- Equipo de Doppler.
- Portátil de Rayos electrónico o telecomandado.
- Intensificador de imágenes.
- Digitalizador.
- Inyector angiográfico.
- Tomografía computarizada.
- Resonancia Magnética.

Sistemas

informáticos:

- Computadoras y redes.

Equipos Auxiliares:

- Freezer y refrigerador de laboratorio.
- Autoclave y Estufas.
- Tratamiento de agua para hemodiálisis.

Equipos Biomédicos:

- Bombas de infusión intravenosa continua.
- Bombas de alimentación enteral.
- Cargador de batería de desfibrilador.
- Desfibrilador.
- Generador de Marcapasos cardíaco externo.
- Generador de Marcapasos cardíaco interno.
- Electrocardiógrafo.
- Equipo de potenciales Evocados.
- Espirómetro electrónico o microprocesado.
- Sistema de registro Holter.
- Sistemas de telemetría.
- Control de monitoreo.
- Control electrocardiográfico.
- Monitor de presión arterial no invasiva.
- Monitor hermodinámico invasivo.
- Monitor de volumen minuto cardíaco.
- Monitor respiratorio.

Monitor de apnea.
Oxímetro de pulso y capnometría.
Oxicapnógrafo.
Sistemas de óxido nítrico.
Respiradores microprocesados.
Bomba de circulación extracorpórea.
Balón de contra pulsación aórtico.
Equipo de hemodiálisis.
Monitor incruento de $PO_2 - PCO_2$.
Oscilometría automática.

Instalaciones:

Equipos de Climatización.
Grupos electrógenos y otros equipos involucrados en la producción de energía.
Telefonía y comunicación.
Ascensores.
Tratamiento de agua potable.
Sistemas de control de incendios.

Pruebas especiales:

Utilización tisular de oxígeno.
Medición flujo esplácnico.
Tonometría.
Permeabilidad epitelial de intestino.
Metabolismo de la lidocaína.
Oximetría por Doppler a laser.
Espectroscopía cerebral.
Endoscopia.

Acerca de la participación de México en las Sociedades de Terapia Intensiva Internacionales.

La Federación Panamericana e Ibérica de Sociedades de Medicina Crítica y Terapia Intensiva fue fundada en 1979¹⁷⁵ en la ciudad de México y está representada por todos los Países de América, España y Portugal. Sus objetivos se pueden resumir en:

- Unificar conceptos en relación a la Medicina Crítica y los cuidados intensivos.
- Contribuir al estudio y progreso de la especialidad.

¹⁷⁵ Besso, José. "Historia". http://www.fepimcti.org/quienes_somos.htm.

- Contribuir en todos los proyectos que busquen adecuar la tecnología a las capacidades económicas de cada país.
- Definir las bases teóricas y prácticas de esta nueva rama de la medicina, definiendo su campo de acción en el contexto de las diversas especialidades, con el fin de lograr su reconocimiento.
- Estudiar e implementar planes conjuntos encausados a la Conservación de Recursos Humanos.
- Mantener contacto activo con todas las agrupaciones interesadas en la atención del enfermo grave.
- Incentivar y apoyar la constitución de Asociaciones de Medicina Crítica y Terapia Intensiva en los Países de América Latina que no cuenten con ellas.
- Mantener la mayor comunicación posible entre las Asociaciones constituidas y difundir eventos científicos de interés para la especialidad.
- Colaborar en la organización y difusión de los congresos Panamericanos de la especialidad.
- Organizar, Patrocinar, y/o Auspiciar cursos, conferencias, publicaciones y demás actividades necesarias para el cumplimiento de sus fines.
- Colaborar activamente en los objetivos y proyectos de la Federación Mundial de Sociedades de Medicina Crítica.
- Contribuir al perfeccionamiento científico de los miembros mediante el intercambio de conocimientos y la cooperación técnica entre sus sociedades integrantes, así como con otros organismos internacionales con objetivos semejantes.

En el Hospital Español¹⁷⁶ existe un trabajo para sistematizar e informatizar los datos.

Los principales objetivos son: a) ofrecer a las unidades de terapia intensiva afiliadas una herramienta para obtener información estadística de los enfermos que ingresa, b) ofrecer información comparativa respecto a la media multicéntrica y estándares internacionales y c) realizar trabajos de investigación multicéntricos.

¹⁷⁶ Cerón Díaz, Wilfrido Ulises. "Base de datos multicéntrica de Terapia Intensiva. la experiencia en México". México. D.F. Hospital Español de México. AMM CII: 1999.

4.4.- El Sistema Administrativo del Hospital Público en México y la Unidad de Cuidados Intensivos.

Elementos de un sistema de control administrativo en el Hospital Público.

Se diría que toda organización, pública o privada, tiene una dimensión social. La organización pública, si bien se rige por algunos principios económicos, persigue objetivos de bienestar social y ello condiciona su organización y sus modalidades de funcionamiento. La organización económica, claramente busca objetivos económicos, maximizar rentabilidad, ya sea hospital público el concepto de cliente es más amplio y en alguna medida más difuso, por la relación entre metas de salud individual (función típicamente restaurativa que cumple el hospital) y las metas referidas a la salud colectiva de la población. Igualmente interesante, porque se habla de la modernización en el sector público en función de la competitividad y la globalización, es la relación entre competencia y las relaciones de precio y calidad de productos. Es posible que la competencia en las organizaciones públicas tenga sentido, sólo en la medida en que el estado contribuye indirectamente a fortalecer el mercado (por ejemplo, protegiendo la salud del trabajador y mejorando así su productividad) pero esto es una cuestión de política pública y no necesariamente del ámbito de funciones del hospital público. La búsqueda de la excelencia en el hospital público tiene propósitos y manifestaciones operativas diferentes.

Las distintas teorías de calidad tienen, desde el punto de vista de la administración pública, un sesgo similar, es decir, se centra en las características de los procesos de producción y en la satisfacción del cliente, pero de cualquier manera motivada por el factor económico a través de un incremento de dividendos.

Características del Hospital Público.

El contexto ideológico.

El Hospital Público nace con una función fundamentalmente social, en torno a organizaciones de caridad administradas por religiosas y dirigidas a atender al indigente y al enfermo que no tenía posibilidades propias o que era rechazado por su propio núcleo familiar. La transición a una organización más estructurada en torno a requerimientos tecnológicos modernos es reciente, al punto que todavía en algunos países las religiosas, sin contar con los conocimientos formales pertinentes, mantienen su presencia, al lado de personal especializado en la atención del paciente. Esta orientación social del hospital momentáneamente o por el posicionamiento en el corto o largo plazo en el mercado con

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

la expectativa de tener ganancias futuras. Esto permea igualmente la organización y los métodos de gestión correspondientes.

La teoría administrativa está casi totalmente orientada en este sentido económico. Mallo y Merlo¹⁷⁷ lo expresan con absoluta claridad: La meta, u objetivo, de una empresa está al servicio de sus propietarios... la meta de una empresa es ganar más dinero, ahora y en futuro. Esto está bien, si el tema es la organización privada que funciona en un mercado económico abierto, pero tiene limitaciones cuando tratamos de generalizarlo a la organización pública.

Mallo y Merlo inician el capítulo sobre Fundamentos Teóricos del Control de Gestión, poniendo a todo tipo de organización en la categoría común de organizaciones económicas. Y afirman que: "Una forma útil de considerar los límites que definen a una organización es en términos del concepto de «funcionalidad autónoma» en el sentido de que la organización se encuentra esencialmente libre de toda intervención externa en sus asuntos y decisiones, sobre los que goza entonces de una amplia capacidad discrecional"; y afirman como un punto central que: "El concepto de sistema empresarial se basa en que una empresa es un sistema con organización interna y una clara separación de su entorno externo"; condiciones que no se cumplen en el hospital público. Luego definen los objetivos (al igual que los del control administrativo) en términos financieros (tamaño y composición de activos, nivel y estructura de financiación y política de dividendos) y económicos, referidos principalmente a la maximización de beneficios. Tales objetivos son, obviamente, ajenos al hospital público.

Un aspecto de interés en el planteamiento de Mallo y Merlo,¹⁷⁸ correcto para la empresa privada, pero no necesariamente para la pública, es el concepto de maximización del valor de la empresa por la vía del incremento del bien o servicio para el cliente. En el público se mantiene y se plasma en la constitución de la mayoría de los países, que definen la salud como un derecho de la población y una obligación del Estado. A la vez ha surgido el concepto de la salud como producto social, es decir, como una responsabilidad compartida con la población civil. Este concepto conlleva dos elementos asociados: la apertura de espacios de participación civil, por una parte, y el acercamiento del cliente al sistema de prestación de servicios. En algunos casos la participación civil adquiere claramente la forma de estructuras de poder económico

¹⁷⁷ Mallo C. y Merlo J. "Control de Gestión y Control Presupuestario". Madrid, España. Ed. McGraw Hill. Año 1995.

¹⁷⁸ Mallo C. y Merlo J. Obra citada.

insertos en los mecanismos de gestión para influir en decisiones relacionadas con inversiones y provisión de bienes y servicios al hospital.

La función social del Hospital Público parte de una apreciación ética: hay importantes sectores poblacionales que no tienen capacidad individual o colectiva para adquirir los servicios a partir de las leyes del mercado. O que hay medidas de salud pública que son de interés general de la población. Los factores económicos han contribuido a crear dos tipos de respuesta social. Por un lado, los seguros sociales como formas de contribución generalmente tripartita -trabajador, empresa y Estado para financiar la salud del trabajador urbano. Por otra, sistemas de salud manejados por el Estado en forma centralizada y esencialmente dirigidos a satisfacer las necesidades esenciales de la población de menores ingresos relativos o indigente.

La corriente liberal, factor dominante en los modelos de desarrollo a partir de fines de la década de los 70, cuestiona de frente al Estado benefactor y con ello buena parte de las premisas subyacentes en el desarrollo histórico de la salud en nuestros países. Con una visión de mercado y de organización privada plantean que los sistemas de salud en general y el hospital público en particular son ineficientes, despilfarradores natos de recursos y por tanto limitantes del desarrollo económico y social de los países. En esta visión, la eficiencia se constituye en un dogma y se incorporan otros principios tales como la eliminación de la gratuidad y la recuperación de costos.

Características propias del Hospital Público en contraste con la organización privada.

A diferencia de su contraparte del sector privado, la organización pública no es "un sistema con organización interna y una clara separación de su entorno externo". El hospital es una organización abierta, en un sentido positivo y negativo. Negativo en la medida que forma parte de un sistema mayor de gobierno, al cual está vinculado como institución centralizada o descentralizada. En casi todos nuestros países el Ministro tiene un amplio ámbito de autoridad sobre los hospitales, al igual que la autoridad política que preside la seguridad social. Por otra parte, al menos en el plano teórico, el hospital forma parte de una red de servicios y tiene funciones compartidas con sus establecimientos. Aún el sistema social crea fuertes condicionantes sobre la gestión y metas del hospital.

En este entorno, el principio de «funcionalidad autónoma» enunciado por Mallo y Merlo no tiene validez, por una variedad de razones entre las que se destacan: 1) la decisión política y con frecuencia las estrategias son impuestas desde un nivel superior de gobierno; 2) los mecanismos de administración fiscal definen en gran medida las

condiciones financieras de las instituciones del sector; y, 3) los sistemas de contraloría imponen grandes limitaciones a la gestión interna.

Mientras en la organización privada, la dirección define la filosofía y la misión, en la organización pública ambas son definidas por una vaga cultura nacional (concepto de salud como valor social), por la legislación o por la propia constitución. Pero, además de carecer de alguna flexibilidad, el Hospital Público recibe señales que tienden a hacer difusas sus orientaciones fundamentales. Con excesiva frecuencia, el gobierno utiliza mecanismos fiscales restrictivos para influir las modalidades de entrega de servicios, la recuperación de costos y en última instancia los beneficios sociales a los distintos sectores de la población.

El negocio del hospital es el bienestar de la población, a través de servicios para curar al enfermo (función restaurativa), promover la salud o prevenir la enfermedad. Aquí hay diferencias fundamentales que es necesario subrayar. Una empresa privada, incluso un hospital lucrativo, recibe al paciente individual o cliente y busca la eficiencia (presumiblemente sin pérdida de eficacia) para optimizar una ganancia. En el hospital público la figura del cliente es más difusa y su interés es la sociedad, o conjuntos de clientes. Y a diferencia de su contraparte del sector privado, no puede hacer la misma selección en torno a la eficiencia, pues ésta se ve condicionada por otros factores. En nuestro propio medio, con frecuencia se compara la eficiencia del sector privado con la del sector público, sin considerar las diferencias notables entre ambos. Igualmente, algunos sectores propugnan la privatización, sin considerar que la organización privada tiene, por su propia naturaleza, vocación para manejar las situaciones susceptibles de eficiencia (atención individual centrada en la recuperación de la salud) pero no las de promoción y prevención. La separación de estas funciones posiblemente produzca costos económicos y sociales mayores.

La eficiencia y su relación con la utilidad facilita y simplifica la administración de negocios, no así la gestión del Hospital Público. Ya se mencionó antes las decisiones que la institución estatal tiene que hacer por razones éticas o de principio y que redundan en costos de operación más altos, comparados con la organización privada. Pero la diferencia no termina ahí, pues este principio siempre va asociado con la eficacia (restauración de la salud o aporte a un problema público de salud) y la equidad, en términos de accesibilidad a la salud por parte de la población más desfavorecida. Es posible, además que el concepto de calidad en el hospital esté determinado por las complejas relaciones entre equidad, eficacia y eficiencia, principios estos que tienen un

sentido definido, un alto contenido ético y mucha dificultad de medición. Nótese que la calidad, en esta dimensión, no guarda relación con la supervivencia y posicionamiento en el mercado, con los precios obtenidos, ni aún con la reducción de costos de operación, conceptos que son susceptibles de verificación objetiva. La calidad de los servicios de salud, brindados a través del hospital o de otras unidades del sistema, en muchos casos sólo se pueden evaluar a partir de hipótesis razonables, ya que su impacto sólo se puede observar en el mediano y largo plazos. La visión económica y la aplicación de principios perfectamente válidos en la administración de negocios o en la economía privada pueden generar serias distorsiones e injusticias. Esta visión es responsable, en un país de la región, por la imposición de un agresivo programa de recuperación de costos, que pretende un uso más racional de los servicios y reducir la presión sobre los recursos escasos. El paciente se ubica en tres categorías: el que no paga del todo, el que paga una pequeña proporción y el que paga el costo total de la atención. Se cobran básicamente servicios de diagnóstico, medicamentos y otros insumos médico-quirúrgicos. El sistema tiene serios inconvenientes sociales, pero, sobre todo, genera un efecto contrario al que se busca, por las siguientes razones:

La estructura de costo revela que los servicios o departamentos que realmente cuentan no son precisamente aquéllos en los cuales se centra la recuperación de costos.

- En los insumos esenciales, el rubro significativo es el de sueldos, que cuenta por el 72% de los costos, mientras la recuperación de costos se centra en los rubros menos significativos de medicamentos y material médico-quirúrgico.
- Las economías que se pretenden generar con excesiva frecuencia se convierten en "diseconomías", si se permite el término.
- En todos los casos, la visión de los economistas falla en apreciar que la sociedad puede, con servicios básicos, de tipo preventivo, atender al menos en forma extra-hospitalaria y a muy bajo costo. Pero en ausencia de un buen sistema de asistencia básica preventiva, el paciente termina en el hospital, recibiendo un servicio costoso e ineficaz (el hospital no tiene los recursos para financiar los insumos que se espera sean cubiertos por el cliente). En los tres casos, existen opciones más económicas de atención, pero el enfoque económico simplista impide que sean adoptadas. Hay, sin embargo, una dimensión humana que no se puede juzgar a la luz de las relaciones de costo-beneficio: el paciente que no tenga los medios económicos para su atención, simplemente corre el riesgo de morir.

- Los aspectos éticos no terminan ahí. Un análisis de productividad refleja grandes bolsones de capacidad ociosa en personal; lo que implica que la institución pierde por ineficiencia varias veces más que lo que recoge de la población usuaria. O alternativamente; que por la vía de la productividad podrían generarse economías mucho más grandes que por la recuperación de costos.
- Obviamente, hay soluciones posibles a los problemas que enfrenta el hospital público, pero la visión predominantemente económica que prevalece en los bancos (financiadore de los procesos de modernización) y en los modelos liberales de turno, es inadecuada para lograr decisiones eficaces, cuando se mezclan complejos factores éticos, de equidad, eficacia y eficiencia. Las limitaciones más importantes son de tipo mental.

Dos elementos son determinantes de una cultura de rendición de cuentas, impuesta por condiciones que el trabajador no puede ignorar: la supervivencia de la empresa y su propia seguridad laboral. En efecto, el sentido de propiedad de la organización privada crea, como condición permanente, la amenaza real de que, si la empresa no alcanza sus metas económicas, los propietarios trasladarán sus inversiones a otros sectores más rentables. En el sector público no existe este elemento de presión y en consecuencia la presencia de una cultura de rendición de cuentas es frecuentemente frágil o sustituida por una cultura de total impunidad.

Finalmente, la excelencia en la organización pública está restringida, a diferencia de su contraparte privada, por su incapacidad de obtener un recurso humano acorde con los retos del cambio. Los sistemas de selección, la estructura de salarios y las propias expectativas de quienes acceden al servicio público (la experiencia como trampolín para escapar al sector privado o una especie de subsidio para estudiar con la esperanza de conseguir algo mejor más tarde) crean tremendas desventajas y condicionan en forma decisiva sobre la organización y los sistemas de gestión pública.

Los aspectos anteriores distinguen claramente al Hospital Público de otras organizaciones del sector privado. Por su propia naturaleza, la gestión privada es más simple, objetiva y le da posibilidades de alcanzar niveles de excelencia que garanticen el éxito a la luz de las reglas claras del mercado. En cambio, el entorno de la organización pública es más complejo y difuso, al igual que la estructura interna o las posibilidades de sus recursos, sobre los cuales el gerente tiene una limitada capacidad de manejo. En este contexto de complejidad, la selección de los conceptos e instrumentos apropiados y de manera particular de los mecanismos de control, adquieren gran importancia, primero

para generar condiciones de excelencia organizacional y, segundo, para proveer servicios que no es posible dejar en manos de las fuerzas del mercado y de la organización económica.

Los elementos de un sistema de control administrativo en el Hospital Público.

El reto de identificar conceptos y herramientas de control administrativo, pasan por el contexto de complejidad extrema expuesto y por la premisa según la cual la organización privada no puede asumir la función individual o colectiva del hospital público. El razonamiento está, al menos parcialmente, implícito en la naturaleza de ambas organizaciones, pública y privada, y en la forma como ella condiciona la filosofía, fines, estructura y funcionamiento en cada caso.

Características del sistema de control administrativo en el Hospital Público.

El Hospital Público, dadas sus exigencias particulares, requiere de mecanismos de control adecuados a sus propias realidades y a las diferencias sustantivas con respecto a la organización económica.

Diferenciación: El control administrativo debe construirse sobre las necesidades específicas de cada hospital, o al menos de cada conjunto de hospitales de cara a una situación jurídica y ética dada. La teoría de administración de negocios y los instrumentos operativos correspondientes deben ser objeto de una revisión crítica a la luz de las características propias de la organización pública.

Integralidad: El sistema de control administrativo debe partir de una visión sistémica, que incorpore todas las variables, internas y externas, que afectan el producto del hospital, sus beneficiarios, los procesos internos y la organización. En gran medida, los sesgos externos a que me he referido y los internos (como el sesgo clínico) se originan en la visión parcial de una disciplina, especialmente la economía y las finanzas, o de algún componente específico al margen de un marco de referencia más amplio y completo.

Construidos sobre una visión de calidad total: La calidad puede ser un concepto abstracto, pero es obvio que no puede existir en la gestión pública en ausencia de equidad, eficacia, eficiencia y satisfacción del cliente, en visión individual y social. La calidad es un eje central de los sistemas de control.

Articulado a la decisión estratégica: Es decir, centrado en aquellos aspectos que tienen un mayor impacto en la calidad de los servicios (equidad, eficacia y eficiencia), de cara a las necesidades del "cliente-paciente" y "cliente-sociedad". El control de gestión es una función de la dirección y forma parte de la cultura institucional. No debe dejarse en

TRABAJOS CON
FALLA DE ORIGEN

manos de una unidad burocrática y normativa. El sentido estratégico del control implica que no puede cubrir cada componente de la organización y de la gestión y, por supuesto, tampoco toda la información. Cuando las circunstancias lo demanden, los gerentes pueden acudir a los subsistemas específicos y recabar la información en el detalle que sea necesario.

Simplicidad relativa, sin pérdida de eficacia: El Hospital Público, en contraste con su complejidad, tiene obvias restricciones operativas y financieras. Si los mecanismos de control tienen alta complejidad y costo, éstos dejan de ser viables. Además, si el sistema tiene orientación estratégica, la información debería tener un carácter selectivo y no ser exhaustivo en la captación de datos.

Base cuantitativa: En la medida de lo posible, el sistema debe tener una fuerte base cuantitativa para que el sujeto del control sea objetivamente verificable y para que se construya una cultura de rendición de cuentas, ausente en la administración pública. Ello sin perjuicio de elementos cualitativos que igualmente tienen gran importancia.

Amplitud social: Cuando existen actores sociales incorporados en la estructura orgánica, los mecanismos de control deben fortalecer la participación civil. Debe notarse que la participación civil o social no ha cumplido con sus objetivos y se ha convertido en un "canalizador" de recursos. Un sistema de control de gestión bien diseñado puede cambiar esta situación, si se definen puntos críticos de control y se elaboran un conjunto pequeño, simple, de indicadores de alto impacto, a través de los cuales esos actores puedan visualizar el desempeño institucional y su impacto en la situación de salud y ejercer un razonable control social sobre el hospital.

De aplicación selectiva, según la jerarquía de problemas y soluciones.

Amplio alcance: Debe proyectarse a los insumos, procesos y resultados y cubrir el ciclo completo de control: estándar, proceso, resultado y corrección.

Oportuno y actualizado: Los instrumentos del sistema deben estar disponibles cuando se les necesite y donde se les necesite. En este sentido la información estadística hospitalaria es inútil, a menos que evolucione a métodos más ágiles y selectivos de procesamiento de datos. Sirven para establecer tendencias a largo plazo, pero no se articulan a la toma de decisiones porque el dato siempre llega demasiado tarde. Los indicadores selectivos, de valor estratégico, deben permitir observar la evolución de los procesos y productos a partir de la evolución misma de los indicadores y no mediante costosos y elaborados estudios diagnósticos. Esta es una demanda específica también para construir un sistema simple, económico y eficaz.

Conocimiento o saber distribuido: Si el control es dirección estratégica, la información debe llegar a cada área y nivel de la organización, para que tenga un impacto correctivo en el comportamiento institucional.

Formar parte del estilo de conducción del hospital: Los mecanismos de control deben conformar una parte importante de los estilos de gestión y debe permear a toda la organización. Los estilos de gestión, en una organización abierta y participativa, deben permitir mecanismos de autorregulación y un proceso distribuido de toma de decisiones correctivas cuando se detecten desviaciones importantes con respecto al estándar.

Complementario en sus objetivos: Debe incluir elementos de control preventivo, para anticipar y neutralizar amenazas del entorno; de dirección, para corregir el curso de los eventos y modificar las metas básicas; a posteriori, para alimentar la planificación. El control y la planificación son funciones por naturaleza interdependientes, en gran medida parte de un proceso único de dirección.

En suma, el control administrativo es una característica esencial de la dirección del Hospital Público, de su organización y sus procesos operativos. Sus objetivos son la optimización en el cumplimiento de las metas y el uso racional de los recursos, a la luz de las características deseables de equidad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario individual o social y siempre con especial referencia a los sectores poblacionales más desprotegidos de la sociedad, cuyos problemas determinan las características específicas de la situación de salud y su aporte al desarrollo.

Por otra parte, el tipo de organización que se adopte facilita o limita la aplicación de un sistema de control de las características antes descritas. Sin embargo, la realidad de la región es que el hospital sigue una estructura departamentalizada, reflejo de las estructuras de poder correspondientes y no de las necesidades del usuario. En este sentido, es posible que en los próximos años veamos alguna evolución y tengamos distintas opciones para modificar dichas estructuras. Algunas tendencias de interés son:

- Organización sustentada en la administración de casos: Se centra en cada episodio completo y en equipos que siguen al paciente en todo el proceso diagnóstico y terapéutico durante su permanencia en el hospital.
- Organización sustentada en el cliente (patient driven organization): Constituye un esfuerzo quizás más interesante que busca reordenar las facilidades y recursos en torno a las necesidades del usuario, para facilitar su paso por los distintos servicios que su tratamiento determine necesarios. De desarrollarse esta tendencia, es posible

que tenga un efecto importante en los sistemas de diseño arquitectónico de facilidades.

- Organización sustentada en el mercado (market driven organization): Se centra más bien en los requerimientos de mercados condicionados por los sistemas de seguridad social y en la organización de los recursos (incluye tercerización) para atender las necesidades de grupos especiales (etéreos, por tipos de demanda, etc.) y las relaciones con los entes financieros correspondientes.
- Organización por procesos: Toma como punto de partida los procesos principales que se deben desarrollar en la organización para el cumplimiento de las metas de servicio correspondientes. Este tipo de organización podría tener el potencial de ofrecer un puente de transición de la organización actual del hospital hacia modelos más avanzados.

Como siempre ocurre, las organizaciones se desarrollan en forma empírica, mediante un proceso de acomodación a las presiones sociales, gremiales, políticas, etc. La teoría y los modelos administrativos permiten dar mayor coherencia y solidez a esas relaciones de poder y reducir su impacto negativo en calidad total. Las tendencias que hemos señalado parecen ofrecer nuevos y valiosos aportes, no excluyentes sino complementarios, dependiendo de cuál sea el énfasis que cada situación particular demanda.

El Hospital Público: Filosofía y fines.

Para establecer el marco del control administrativo, sustentado en un concepto de calidad total, es necesario definir, aunque sea en términos generales, la función del hospital, a partir de la concepción legal y ética que predomina en nuestros países y que en la mayoría de los casos están incorporadas en las respectivas constituciones. Para ello, podríamos precisar los fines del hospital en tres dimensiones principales: 1) la búsqueda de la equidad, como concepto distributivo de beneficios, ligado al acceso a los servicios de salud, particularmente por parte de los sectores más desfavorecidos de la sociedad; 2) la restauración de la salud, como elemento central de su función especializada en una red de servicios; y, 3) el mejoramiento de la situación de salud, mediante su participación en acciones de tipo preventivo y de promoción. De aquí surge el concepto de usuario que se llama el "cliente-paciente" y el "cliente-sociedad".

Con frecuencia la excelencia del hospital se centra, equivocadamente, en la relación médico-paciente, que tiene indudable importancia. Pero el hospital tiene metas más globales que deben analizarse a la luz de tres dimensiones especiales: la situación

de salud, como caracterización del problema con visión colectiva; la situación social, como condicionante; y la situación institucional, como respuesta al problema. De nada sirve mantener una acción clínicamente eficaz, si el hospital está atendiendo al usuario o a la morbilidad que no debe. Tal situación podría redundar en eficacia individual y total fracaso social, como frecuentemente ocurre.

Por otra parte, la utilización racional de los recursos asignados en el hospital, depende, en gran medida, de su especialización en la función clínica. En consecuencia, la diversificación que representa asumir acciones de salud pública constituyen una amenaza latente contra la eficiencia hospitalaria, a lo que se agrega una especie de conflicto de pensamiento entre la mentalidad clínica que domina al hospital y la visión social que prevalece en otros órganos de la red de servicios. Sin embargo, el equilibrio es fácil de lograr porque las funciones de salud pública que el hospital realiza consisten en generar una voz de alerta frente a la potencial presencia de riesgos a la salud social o de acciones menores, que no tienen un costo significativo en tiempo y recursos; dichas funciones tienen una muy favorable relación costo/beneficio, por su extenso impacto social y baja utilización de recursos. No es sorprendente entonces, que algunas instituciones de seguridad han emprendido intensos programas gratuitos de salud pública (promoción, prevención y atención básica) para reducir su más costosa demanda de servicios hospitalarios.

Recordemos finalmente que aún en la salud personal, el cliente del hospital no es un individuo, sino "grupos meta" con características socioeconómicas no atractivas en función de eficiencia, que aportan poco económicamente y demandan mucho, dadas sus precarias condiciones de vida, pero que son determinantes de los indicadores de salud y desarrollo.

Una consecuencia práctica de estos puntos, es que el hospital público, a diferencia del hospital privado y de la empresa que opera de acuerdo a las leyes del mercado, no responde a una demanda de servicios que plantea más o menos en forma espontánea el cliente, sino que tiene que planificar sus acciones en función de ciertos riesgos de pérdida de la salud (servicios restaurativos que se pueden anticipar mediante el análisis de la estructura de morbilidad), de su inserción en una red de servicios y de metas sociales compartidas o impuestas, a partir de una filosofía y de principios éticos definidos. Esto condiciona los propósitos del hospital en dos dimensiones, una individual de atención médica, y otra social referida a las metas de salud pública. Y también el resultado esperado o impacto, de tipo individual, más fácil de evaluar (recuperación de la salud) o

de tipo social, en cuyo caso intervienen muchas causas, varias instituciones y que puede manifestarse después de varios años de realizada la acción.

La calidad: Sujeto permanente del control de gestión.

"La baja calidad significa costes elevados" dice W. E. Deming¹⁷⁹ y agrega: "Los defectos no salen gratis. Alguien los hace y se les paga por hacerlo". De esta manera, el conocido autor enfatiza la relación entre calidad y eficiencia o, en sentido negativo, entre la ausencia de calidad e ineficiencia. Pero en el hospital público a estas relaciones se agregan la equidad y la eficacia, dándole una dimensión especial. La concepción de la calidad constituye un punto de partida para el desarrollo institucional, como bien lo plantea el autor mencionado al señalar que "el primer paso de la transformación (hacia la calidad) es aprender cómo se debe cambiar". Pero la noción de cambio sigue siendo un elemento más de complejidad en el sector público.

Para emplear conceptos de Gilbreath, primero aparece el megacambio, producto de las ondas que expanden los modelos de turno, los financiadores internacionales de los procesos de reforma y las orientaciones, abiertas o escondidas de los gobiernos. Según señalé antes, esto no es un factor exógeno al hospital con efectos indirectos y superficiales; son fuerzas capaces de definir, a veces con lamentable rigidez, su filosofía y misión. Luego se presenta el macrocambio que en el hospital público generalmente involucra una visión difusa del sistema que lo comprende, pero que agrega los elementos de la red de servicios con implicaciones organizacionales y operativas muy claras. Finalmente viene el microcambio que afecta directamente las modalidades operativas específicas y la tecnología en uso. El hospital es así una organización que, en el mejor sentido de la teoría de sistemas, adquiere su identidad a partir de estas relaciones y no sólo por sus características internas.

En la calidad también es necesario distinguir las tres dimensiones antes mencionadas: Situación de salud, situación social y situación institucional. La situación de salud destaca el problema que se quiere corregir o aliviar y por tanto la eficacia (expresión de calidad) de la acción hospitalaria.

Por otra parte, existe una tendencia a considerar la calidad hospitalaria en función de la relación médico/paciente. Esto es una distorsión costosa e inadecuada, contraria a la visión sistémica. En el Hospital Público es necesario tener como marco de referencia ciertos principios, algunos de los cuales son comunes a la organización privada:

¹⁷⁹ Deming, W. E. "Calidad, Productividad y Competitividad: La Salida de la Crisis". E.U. Ed. Cambridge University Press. Año 1989.

- Que la calidad de la atención es una manifestación específica del proceso de gestión de los servicios de salud.
- Que el comportamiento de cualquier nivel o establecimiento de la red de servicios está condicionado por el sistema de salud en su conjunto.
- Que la calidad en general y la calidad de la atención médica en particular es producto del efecto agregado de la equidad, la eficacia, la eficiencia y la satisfacción del usuario. Además, las fortalezas y debilidades de cualquiera de estos principios fortalece o debilita a los restantes.

Los componentes del control administrativo y las ondas expansivas del entorno político.

Como las ondas expansivas de los modelos de turno y la presión de sus agentes afectan la filosofía y orientaciones de la organización, lo primero que deberíamos hacer es enfrentar esta amenaza. Probablemente no hay una forma totalmente eficaz de contrarrestarla, ya que la remoción de la autoridad correspondiente es un privilegio del poder ejecutivo, aunque a veces se emplean medios más sutiles, como puede ser la designación en otro cargo de jerarquía. Por otra parte, sabemos que en otros niveles, el recurso es reubicar al funcionario en funciones neutralizantes, pero conservando sus derechos laborales y salariales. Y esto cuando hay alguna base institucional para proteger el capital humano, ya que en muchos de nuestros países el gobierno de turno barre con el personal y lo sustituye por elementos de su confianza, sin ninguna consideración por la inversión en experiencia, conocimientos y capacitación.

Pero el problema no es sólo las ondas expansivas sino la forma como el hospital las enfrenta. El director del hospital puede, y debe, anticipar las amenazas posibles y tomar algunas medidas preventivas, a través de mecanismos de control administrativo. Nótese que, según nos explica Gutiérrez (Ortodoxia y Criticidad en el Control Administrativo) son comunes tres tipos de control (dirección, «si-no» y posteriores a la acción). Es posible que cuando el entorno plantea amenazas conocidas o cuando hay variables con alguna probabilidad razonable de aparecer en el horizonte, la organización pueda activar mecanismos de control preventivo para neutralizar o disminuir sus efectos negativos o potenciar los favorables, como se hace frecuentemente en la vigilancia epidemiológica. La diferencia fundamental es que estos mecanismos no están referidos a los procesos de producción, como los que menciona Gutiérrez, sino sobre los elementos básicos de orientación de la organización.

En todo caso, el hospital público debe empezar por definir con claridad su filosofía y articular una visión clara de sus efectos en la organización, la gestión, sus productos y

los beneficiarios. Y, en relación con las modas, en los últimos años se ha puesto en boga el concepto de misión, generalmente definida en términos tales que no le dice nada a nadie, dentro o fuera de la organización. Evitando el juego de las modas que las palabras encierran, digamos que el hospital público debe definir con claridad cuál es la filosofía que nace del contexto ético y legal de cada país y las implicaciones estratégicas y operativas que ella determina. Si estos dos elementos (implicaciones estratégicas y operativas) no tienen claridad meridiana, como ocurre casi sin excepción en nuestros hospitales, los interlocutores del entorno político pueden fijar sus reglas de juego en forma arbitraria y de acuerdo a agendas ocultas que no guardan relación con el marco ético y legal existente. La filosofía y sus consecuencias para el hospital constituyen el pilar principal del sistema de control administrativo, dado su impacto global en la institución.

Descentralización y control.

En América Latina y el Caribe se ha establecido, como condición de los procesos de reforma, la descentralización formal de las instituciones hospitalarias. La descentralización tiene una función definida en los procesos de cambio. En parte el problema reside en la ausencia de sistemas definidos de control de gestión, que genera alguna medida de caos e ineficiencia. En una estructura descentralizada el caos y la ineficiencia tenderán a consolidarse y posiblemente a crecer.

El compromiso de gestión es en sí mismo un subsistema de control administrativo, por el cual una autoridad central entrega a una institución recursos y exige resultados. Sólo que en la mayoría de los países que han adoptado este mecanismo, no existía un proceso de modernización previo y metas de cambio que fueran incorporadas en los compromisos de gestión. Por otra parte, el interés económico ha puesto otras consideraciones en un plano secundario de importancia. En consecuencia la proyección en algunos campos de interés social se ha perdido o debilitado.

La autoridad rectora del sistema de salud, se ha encontrado limitada en su acción, pues el marco de referencia (los compromisos de gestión) privilegia la función clínica y no define con claridad la función del hospital en el cuidado de la salud pública. De nuevo, las ondas expansivas del entorno han generado un sesgo financiero que a la larga se ha pagado con un costo mayor, no sólo en términos económicos sino de enfermedad y pérdida de algunas vidas. No obstante, corregidas estas deficiencias, el concepto de compromisos o acuerdos de gestión constituye un poderoso instrumento de modernización y una estructura sobre la cual montar un eficaz sistema de control administrativo.

La red de servicios y el control.

La inserción del hospital en la red es un requisito inherente al concepto de calidad, expresada como producto de las condiciones de equidad, eficacia y eficiencia del sistema de servicios. Desde luego, el hospital como organización y gestión, sería más manejable si ignoramos la red, pero el sistema de servicios (representación de la inversión social en salud y bienestar) generaría condiciones contrarias: carencia de equidad, ineficacia e ineficiencia y a la larga inferiores condiciones de bienestar y desarrollo.

Las condiciones de eficiencia se producen a través de las economías de escala. En efecto, el sistema de salud no puede proporcionar todos los recursos necesarios para atender todas las necesidades de salud de la población en un contexto espacial dado. Hacerlo demandaría enormes cantidades de recursos y estaría fuera de las posibilidades de nuestros países. La solución es ordenar el sistema en red con niveles crecientes de complejidad y capacidad resolutive, a los cuales pueda acceder el usuario de acuerdo a la complejidad de sus necesidades. En las comunidades menores se brindan servicios básicos, pero el sistema de referencia debe prever la oportuna atención de patologías complejas en otros niveles de la red. En los centros urbanos mayores se ofrece atención más elaborada, porque la concentración poblacional genera una demanda que justifica la inversión en recursos de nivel secundario. Y en los grandes centros urbanos se establece un sistema terciario de atención de alta capacidad resolutive y costo. La eficacia y la equidad dependen de que el sistema de referencia capte oportunamente al usuario y lo ubique en el nivel de complejidad que de sus necesidades demande. Este se constituye por tanto, en un eslabón crucial para el sistema de control administrativo y para la calidad total del hospital y de la red de servicios. Sin embargo, los sistemas de referencia han funcionado poco o mal en nuestros países. Una buena parte de la responsabilidad se atribuye al comportamiento del médico en el hospital, que rehuye cumplir algunas tareas que lo aparten de su relación médico paciente. El efecto es una ausencia de equidad de nuestros sistemas de salud, porque a la población asentada en pequeñas comunidades o rural dispersa se le niega el acceso a los niveles secundarios o terciarios, cuando sus necesidades así lo demandan. La eficacia también sufre, porque a través del sistema de referencia se establece el vínculo entre los niveles primarios y el paciente en su propia comunidad para efectos de seguimiento. Sin atención primaria, los riesgos de la enfermedad pueden presentarse nuevamente y con ello el retorno del paciente al hospital, requiriendo una atención innecesariamente costosa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La red terciaria fue establecida para atender patología igualmente de nivel terciario, pero la tecnología y recursos están siendo utilizados para atender patologías de nivel secundario y primario. Si consideramos el nivel de inversión que representa el sistema terciario de atención, podemos imaginarnos el despilfarro de recursos que genera el deficiente sistema de referencia. Esta es otra importante dimensión del control administrativo.

La organización hospitalaria y el control.

Es evidente que la organización del hospital público es deficiente y tiende a la desintegración de la atención del paciente (departamentalización). También denota, en la medida que los modelos de salud cambian, una profundización del sesgo clínico, obviamente en perjuicio de acciones de impacto social. Por otra parte, las nuevas tendencias y modelos de organización son muy recientes y no sabemos cuál es su verdadero aporte. Sin perjuicio de ello, los mecanismos de control deben seguir el mismo tipo de equilibrio que hemos sugerido anteriormente. Es decir, proteger la especialidad del hospital, como una medida para estimular la eficiencia; y estimular su participación activa en acciones que no representan una inversión significativa de recursos y esfuerzos, pero que pueden tener grandes implicaciones sociales. Rara vez tiene el hospital un recurso especializado que se dedique a coordinar la relación del hospital con la red de servicios, por ejemplo, a través del buen funcionamiento del sistema de referencia y al cumplimiento estricto de acciones de salud pública. Si consideramos que el hospital público con frecuencia refleja excesos de personal, esta función se podría realizar por reubicación de personal ocioso, es decir, sin costo adicional, pero además podría generar grandes beneficios en términos de eficacia, eficiencia y oportunidad de la atención.

La gestión y los estándares de operación.

Existe una fuerte tendencia a ver el hospital en perspectiva clínica. El sesgo, desafortunadamente, es un problema de base, ya que el médico es el eje del equipo que brinda la atención médica, y de cúspide, ya que la dirección está en manos de uno o más médicos, frecuentemente activos en la práctica de la medicina. Es también común que los directores tengan alguna formación o especialidad en administración hospitalaria. El administrador no es un gerente en el sentido real del término, sino un elemento auxiliar para coordinar los servicios administrativos. Esta realidad explica la debilidad de los sistemas de control administrativo, aunque en el pasado se han tratado de aplicar, sin mucho éxito, sistemas de auditoría médica.

Para aplicar modernos sistemas de control administrativo es necesario desarrollar una visión más integradora de la gestión hospitalaria y superar conceptos que disocien o atomicen un proceso que debe ser por naturaleza articulado. Las clásicas dicotomías "técnico/administrativo", "servicios sustantivos/servicios de apoyo", etc. tienen este claro efecto atomizador. La teoría administrativa es clara en este sentido, al establecer relaciones lógicas entre filosofía, fines, estrategias, organización y operación. Y en éste sentido, un sistema de control administrativo bien estructurado puede cumplir una función educativa importante.

El sistema de control administrativo va mano en mano con la calidad, y ésta requiere algún patrón de comparación. La administración hospitalaria tiene un importante recurso, los protocolos de atención, que han tenido poca aplicación en la práctica clínica y ninguna en la gerencia del hospital. Básicamente el protocolo constituye el estándar que guía el ingreso del paciente, su diagnóstico, el tratamiento y su salida (alta) del hospital. Pero además define los recursos necesarios para el tratamiento del paciente: procedimientos diagnósticos y clínicos e insumos esenciales, tales como personal, medicamentos y material médico quirúrgico. En otras palabras, el protocolo de atención podría constituir un elemento de gran valor en los sistemas de control, tanto en el tratamiento del paciente como en la gestión de los recursos respectivos. De hecho, hay al menos una metodología simple y económica en su aplicación, que permite definir el costo presuntivo del tratamiento por morbilidad específica, a partir de los estándares, y que generaría un excelente factor de comparación y control.

La importancia del protocolo no se puede exagerar. Es sabido que si no hay un estándar escrito, el efecto práctico es que tenemos tantos estándares como médicos tengamos. Esto por cuanto cada médico va desarrollando su propia visión de la práctica médica, a partir de sus relaciones con el medio y de las presiones que ejercen los proveedores de insumos y equipo médico. Hay comportamientos radicalmente diferentes en el uso de facilidades de diagnóstico y tratamiento (por ejemplo medicamentos y servicios de laboratorio). Estos y otros factores impactan la calidad de la atención.

Pero la aplicación de este instrumento encuentra una limitación en una carencia básica de la gestión hospitalaria: los hospitales no procesan en forma sistemática la morbilidad atendida en las distintas especialidades y subespecialidades para caracterizar o al menos inferir las características de la demanda. A falta de esta información, la planificación está asociada con un proceso presupuestal que repite con pequeños ajustes la misma situación histórica y por tanto los mismos errores. Un sistema de control

administrativo debe apoyarse, necesariamente, en información que permita conocer el tipo y frecuencia de morbilidad atendida porque de otra forma no es posible detectar si el hospital está haciendo lo que debe, o algo distinto, como en el ejemplo sobre intervenciones quirúrgicas en la red terciaria, expuesto anteriormente.

Producción, rendimiento y costos.

El sistema de control administrativo debe construirse sobre una base de información ágil, permanente y actualizada sobre la producción del hospital y de cada servicio; el rendimiento de los recursos, especialmente personal; y, los costos de operación. Hay alguna disputa si los costos de inversión son relevantes al proceso de gestión, ya que el gasto de capital se resuelve por la vía presupuestal y generalmente es decidido en instancias políticas superiores. Además, el registro de activos, la actualización de sus valores y el establecimiento de tasas de depreciación es una tarea que demanda más capacidad operativa de la que tienen los sistemas contables hospitalarios. A lo cual se agrega el escaso valor que tales procedimientos aportan a la gerencia hospitalaria. Los hospitales han hecho importantes avances en la implementación de al menos una metodología desarrollada por la OPS/OMS y en algunos casos también han logrado aplicaciones exitosas en reducir costos, liberar capacidad ociosa e incrementar producción.

Los costos tienen una clara proyección a la equidad. Si el costo unitario-promedio del egreso es más alto en el hospital A con respecto al hospital B y ambos son del mismo nivel, la implicación es que el primero (y la comunidad beneficiaria) está recibiendo proporcionalmente más recursos que el segundo. Esto ocurre frecuentemente y produce una distorsión importante en la asignación de recursos, porque el proceso presupuestario tiene poca o ninguna vinculación con el volumen y características de la producción. Así, los patrones de distribución de recursos los determinan los mecanismos de presión y éstos son más eficaces en el centro que en la periferia. El efecto ha generado la frecuente crítica de que el hospital absorbe una cantidad desproporcionada de recursos en relación con su aporte a la salud.

El Hospital Público es una organización social, de características especiales, que demanda ajustes sustanciales en la teoría administrativa, desarrollada para la organización económica; y, 2) que la aplicación de principios administrativos y económicos al hospital público genera importantes distorsiones y disminuye la eficacia de sus aportes al desarrollo. Se ofrece un ejemplo de cómo se buscan objetivos de

contención del gasto, pero se incurre en costos adicionales que superan sustancialmente los montos captados.

El control administrativo se proyecta al entorno político y al sistema administrativo del cual es parte el hospital: La red de servicios. Del primero se derivan la filosofía y fines. Del segundo algunas funciones y especialmente la articulación que debe brindar el sistema de referencia, central al concepto de equidad.

El producto del hospital lo caracteriza su especialidad clínica (atención médica individual) pero cumple también funciones de salud pública. Para la gestión, se cuenta con un excelente instrumento, los protocolos de atención, pero su aplicación es limitada en el campo clínico y más aún en el administrativo. Hay poca conciencia de costos, aunque frecuentemente se tiene información que se usa poco o nada en la toma de decisiones. Estos son campos sensitivos que el sistema de control administrativo debe cubrir. Particular importancia tiene un sistema de control de gestión articulado lógicamente, como medio para promover una cultura de integración, frente a una organización que tiende a la dispersión.

Históricamente los médicos especialistas en medicina crítica hemos sido conscientes de la necesidad de racionalizar el uso de las camas de Cuidados Intensivos, aceptando de manera más o menos explícita que la oferta de recursos era limitada pero la demanda no. Por ello se han intentado establecer criterios de ingreso, siendo frecuente responder de forma negativa a las solicitudes de ingreso en UCI de determinados pacientes por parte del médico especialista en cuidados intensivos y se han desarrollado una serie de métodos objetivos para medir de alguna manera aquéllo que estamos haciendo: APACHE, TISS, mortalidad, estancia media etc. Hemos asumido por tanto que el primer paso en la gestión clínica de un servicio de Medicina Crítica consiste en seleccionar aquellos pacientes que deben de ingresarse. Pero esto lleva aparejado que aquél paciente al que se le niega el ingreso deja de beneficiarse de los servicios de UCI: concepto de coste de oportunidad.

Paralelamente a la racionalización del uso, hemos barajado los conceptos de efectividad y eficiencia, hemos hecho estudios de costes, intentando una racionalización de los mismos etc.. Asimismo hemos aplicado el "moderno" concepto del benchmarking, desde hace tiempo (diríamos que desde siempre). Casi podemos decir que casi todos los conceptos actuales en gestión clínica son conceptos recuperados o rebautizados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El control de gestión debe de basarse en informes que permitan analizar la casuística, el funcionamiento, la calidad y el consumo de recursos de un periodo y compararlos con los de otros periodos, con los objetivos fijados o con otros hospitales.

El desarrollo de bases de datos completas y fiables que combinen información clínica y económica es uno de los requisitos imprescindibles para conocer los costes de la asistencia hospitalaria y asegurar la viabilidad económica de nuestro sistema sanitario. Pero además estas bases de datos deben de facilitar la incentivación y motivación de los clínicos en la gestión eficiente de los recursos.

Toda Unidad de Cuidados Intensivos debe incluir políticas de ingreso, egreso y triage. Estas deberían por lo menos anualmente ser revisadas por un grupo multidisciplinario. Además, debe existir una adecuada revisión de los resultados obtenidos, respaldados por una base de datos, para así conocer las características de las admisiones, la toma de decisiones y la mortalidad ajustada para cada unidad. La incidencia de pacientes de bajo riesgo que ingresan sólo para monitoreo pueden ser usados para calibrar la eficiencia del proceso de admisión. Por otra parte, se deberían tener los cuidados necesarios para seguir la pista de los pacientes que fueron rechazados y así conocer, si a éstos en otras áreas, se les aseguró la atención médica requerida para su enfermedad y una estadía adecuada. Las solicitudes denegadas o los traslados precoces que crearon conflictos como posponer el ingreso de dichos pacientes o crearon reingresos post-traslado, deberían dar lugar a una reevaluación permanentemente del proceso de toma de decisiones.

La calidad y eficiencia de una unidad de cuidados intensivos por la complejidad y el significado que reviste, debería ser continuamente reevaluada. Por lo tanto, examinar la objetividad de los criterios de admisión y descarga, a través de la mortalidad ajustada por gravedad y el número de readmisiones, constituyen una herramienta valiosa para readecuar y definir apropiadamente la utilización de esta importante y costosa unidad de atención.

CAPÍTULO V

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. Objetivos de la Investigación.

- Revisar el marco teórico de los aspectos éticos que influyen en la atención de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Conocer si existe disposición o actitud ética en la Unidad de Cuidados Intensivos ante situaciones críticas por parte de los médicos y familiares de pacientes.
- Identificar qué elementos participan para favorecer la actitud ética en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Revisar la problemática ética, derechos humanos, calidad de la atención, aspectos relacionados con el enfermo crítico y la muerte, en el contexto teórico de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Proponer sugerencias que intenten favorecer la actitud ética en la Unidad de Cuidados Intensivos y así poder incidir en mejorar la atención médica.
- Instrumentar cuestionarios a médicos y familiares de pacientes para establecer su disposición a determinadas actitudes éticas.
- Conocer que la actitud ética es directamente proporcional a la calidad de la atención médica.

5.2. Hipótesis.

- 5.2.1. La actitud ética del médico especialista en Medicina Crítica está relacionada con las variables (independientes) : edad, sexo, institución en que labora, antigüedad en la institución, puesto que desempeña, subordinados a su cargo.
- 5.2.2. Hipótesis nula. La actitud ética del médico especialista en Medicina Crítica no está relacionada con variables independientes.
- 5.2.3. La actitud ética de familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos está relacionada con las variables (independientes): edad, sexo, escolaridad, institución en que laboran u ocupación:
- 5.2.4. Hipótesis nula. La actitud ética de familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos no está relacionada con variables independientes.

- 5.2.5. Los médicos especialistas en Medicina Crítica necesitan un conjunto de principios éticos para lograr la calidad de atención médica y servicio excelente.
- 5.2.6. Hipótesis nula. Los médicos especialistas en Medicina Crítica no necesitan un conjunto de principios éticos para lograr la calidad de atención médica y servicio excelente.
- 5.2.7. Los familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos necesitan un conjunto de principios éticos para participar y dar apoyo en la calidad de atención a su enfermo.
- 5.2.8. Hipótesis nula. Los familiares de pacientes hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos no necesitan un conjunto de principios éticos para participar y dar apoyo en la calidad de atención a su enfermo.
- 5.2.9. Los médicos especialistas en Medicina Crítica actuarán y promoverán los altos valores éticos e ideales de la Unidad de Cuidados Intensivos para mantener la calidad humana y de atención médica en la institución que laboran a través del modelo ético.
- 5.2.10. Hipótesis nula. Los médicos especialistas en Medicina Crítica no actuarán ni promoverán altos valores éticos e ideales de la Unidad de Cuidados Intensivos para mantener la calidad humana y de atención médica en la institución que laboran a través del modelo ético.
- 5.2.11. Los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos actuarán y promoverán altos valores éticos e ideales para mantener la calidad humana hacia su enfermo a través del modelo ético del cuidado al paciente crítico.
- 5.2.12. Hipótesis nula. Los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos no actuarán ni promoverán altos valores éticos e ideales para mantener la calidad humana hacia su enfermo a través del modelo ético del cuidado al paciente crítico.

5.3. Tipo de Población (Universo del Problema)

Grupo Médicos.

Se constituyó por 22 médicos asignados a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital 1° de Octubre del I.S.S.S.T.E., incluyendo jefes de servicio, médicos especialistas de base en Medicina Crítica y médicos especialistas que se encuentran realizando el curso de Medicina Crítica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Grupo Familiares

Se formó por 72 familiares de pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital 1° de Octubre del I.S.S.S.T.E.

Tiempo de Aplicación del Estudio: .

Del 1 de mayo de 2002 al 1 de mayo de 2003.

Tipo de Estudio

Comprendió las siguientes características metodológicas:

- a) Estudio exploratorio. Se examina un problema poco estudiado y que no ha sido abordado.
- b) Estudio descriptivo. Describe, formula o diagnostica las características de un problema tal como se presenta en realidad. Es un estudio de actitudes y reacciones.
- c) Estudio prospectivo. Toda la información pertinente al estudio es captada en el presente y futuro.
- d) Estudio transversal. Se estudian las características de uno o más individuos en un momento dado. Pueden efectuarse una o varias mediciones, pero éstas se llevan a cabo una sola vez.
- e) Estudio observacional. El investigador no modifica el fenómeno estudiado ni los factores que intervienen en el proceso; puede describirlo y medirlo.
- f) Encuesta analítica y prospectiva. Se formulan una o varias hipótesis centrales relacionadas con la evaluación de servicios de salud, se busca información que apoye o esté en contradicción con la o las hipótesis centrales.
- g) Estudio informativo. Se comunican los datos o conocimientos adquiridos al realizarse el estudio, con el fin de comprobar o eliminar hipótesis o crear nuevas rutas de investigación.
- h) Estudio explicativo. Se declaran o exponen los datos que arroje el estudio con palabras muy claras para hacerlo más perceptible, o para conocer la causa, motivo o razón de alguna cosa.
- i) Estudio con cuestionarios de opinión. Sistemas de preguntas ordenadas, lógicas, racionales, coherentes, con lenguaje sencillo y comprensible, que buscan datos correspondientes e indicadores de variables ligadas entre sí que unen todo,

conformando las hipótesis a comprobar para obtener datos que sirvan para medir el grado de relación entre los hechos.

- j) Investigación de campo. Analiza un determinado grupo de personas para conocer su estructura y relaciones sociales. Su principal característica consiste en que se realiza en el medio natural que rodea al individuo.

5.4. Especificación de las Variables.

Edad: Variable de tipo numérica de relación.

Sexo: Variable de tipo nominal.

Escolaridad: Variable de tipo nominal.

Ocupación: Variable de tipo nominal.

Parentesco: Variable de tipo nominal.

Turno laboral: Variable de tipo nominal.

Turno de visita: Variable de tipo nominal.

Antigüedad en la Institución: Variable de tipo numérica.

Personal asignado a su cargo. Variable de tipo nominal.

5.5. Criterios de Inclusión de la Unidad de Análisis.

Grupo Médicos

- Ambos sexos
- Mayores de 24 años
- 22 médicos Asignados a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital 1° de Octubre del I.S.S.S.T.E.
- Cualquier turno laboral.
- Cuya información se recolectó, estudió y analizó del 1° de Mayo de 2002 al 1° de Mayo de 2003.

Grupo Familiares

- Ambos sexos
- Mayores de 18 años
- 72 familiares con un enfermo internado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital 1° de Octubre del I.S.S.S.T.E.

- Cuya información se recolectó, estudió y analizó del 1º de Mayo de 2002 al 1º de Mayo de 2003.

Criterios de Exclusión de la Unidad de Análisis

- Familiares con alteración en sus facultades mentales
- Que no supieran leer ni escribir
- Médicos o familiares de pacientes que no tuvieron disposición de participar en el estudio.

Criterios de Eliminación de la Unidad de Análisis

Se eliminaron del estudio aquellos casos que respondieron de manera incompleta a los reactivos.

5.6. Elaboración y Desarrollo de Instrumentos.

Cuestionario de Proyección Conceptual.

Se elaboraron dos cuestionarios, uno desarrollado para el Grupo de Médicos y otro para el Grupo de Familiares. Cada cuestionario constó de 15 enunciados que comprendieron tres secciones: Compromiso Ético, Compromiso Axiológico y Actitud en la Calidad del Servicio. La sección de Compromiso Ético se refirió a la responsabilidad de la persona en sus funciones ante sus superiores dentro y fuera del ámbito laboral, su actitud ante el fracaso y el éxito y su disposición con el deber ser. El Compromiso Axiológico tuvo como objetivo determinar como vive la persona ante sus valores y su forma de actuar en situaciones extremas. Por su parte, la Calidad de Servicio permitió evaluar la actitud del individuo ante un producto o servicio que presta o que en determinado momento recibe.

Las características generales de los cuestionarios aplicados fueron:

Cuestionarios cerrados, en donde el médico y los familiares contestaron utilizando una escala de actitudes tipo Lickert: Totalmente de acuerdo (t), De acuerdo (a), Indiferente (i), En desacuerdo (d) y Totalmente en desacuerdo (td).

Al asignar la puntuación a la escala anterior se tiene que los de mayor puntuación reflejaron mayor disposición ética y los de menor puntuación lo contrario.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Escala	Símbolo	Puntuación
Totalmente de acuerdo	t	5
De acuerdo	a	4
Indiferente	i	3
En desacuerdo	d	2
Totalmente en desacuerdo	Td	1

Derivado de lo anterior y con 15 enunciados, la máxima puntuación para una persona con alta disposición ética fue $15 \times 5 = 75$. Por otro lado, la mínima puntuación para una persona con baja disposición ética fue $1 \times 15 = 15$ puntos.

Se presentaron los enunciados redactados en forma afirmativa, de manera que el lector contrastara el texto con el deber ser y le asignara una respuesta a la escala planteada.

El encuestado desconoció las dimensiones de los cuestionarios, más aún, fueron preguntas que buscaron confirmarse unas con otras para incrementar la validez del enunciado.

Cada cuestionario presentó un apartado de datos generales.

De manera especial se cuidó que los enunciados presentados fueran breves, claros y sin hacer referencia a situaciones particulares. Lo anterior, se consideró indispensable en la medida que se pretendió recabar información sin alterar el orden, la convivencia y el respeto al dolor que implica tener un familiar en estado crítico.

Los enunciados para el Grupo Médico fueron:

Compromiso Ético:

14. Respeto y aplico las normas de la institución ante los pacientes, familiares y otros médicos.
15. Soy responsable de mis actos, independientemente de los recursos con los que dispongo.
3. Continuo actuando con honestidad, aunque cometa algún error.
1. Busco satisfacer mis expectativas antes que otros, dentro y fuera de mi actividad profesional.
11. Me preocupo por el deber ser, sin que me obliguen mis superiores.

Compromiso Axiológico:

8. La ética tiene una relación directa con la moral, las buenas costumbres, los valores y el deber ser.
2. Considero que la vida y la salud son valores superiores al poder y al dinero.
12. Mi educación, religión, forma de pensar y actitud me han permitido progresar profesionalmente.
5. El éxito profesional está en función de lo que uno debe hacer.
9. Los valores morales subsisten ante la enfermedad y la muerte.

Actitud en la Calidad del Servicio:

6. Estoy dispuesto a ir más allá de mis obligaciones en beneficio de mis pacientes y sus familiares.
4. El desempeño de mis funciones tiene una relación con la calidad de servicio en el área.
10. Me esfuerzo en mis actividades cotidianas profesionales porque ello implica un mejor servicio.
7. La calidad de servicio que apporto en el área de cuidados intensivos refleja mi disposición ética.
13. Percibo que mi actitud ética implica un efecto positivo.

Los enunciados para el Grupo Familiares fueron:

Compromiso Ético:

2. Conozco y respeto las normas de la institución médica, específicamente en el área de Cuidados Intensivos.
15. Soy responsable de mis actos, aún en una situación crítica.
5. Continuo actuando con honestidad, aunque cometa algún error.
1. Busco satisfacer mis expectativas, dentro y fuera del hospital.
11. Me preocupo por el deber ser, sin que me obliguen otras personas.

Compromiso Axiológico:

9. La ética tiene una relación con la moral, las buenas costumbres, los valores y el deber ser.
3. Considero que la vida y la salud son valores superiores al poder y al dinero.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

12. Mi educación, religión, forma de pensar y actitud me han permitido vivir en armonía.
14. Pienso que el éxito está en función de lo que uno debe hacer.
10. Los valores morales subsisten ante la enfermedad y lo inevitable.

Actitud en la Calidad del Servicio:

4. Considero que las obligaciones profesionales de los médicos deben corresponder a las necesidades de los pacientes y sus familiares.
7. El desempeño médico sobresaliente implica siempre una buena calidad de servicio en el área.
6. Creo que la calidad se mide en función de la recuperación del paciente.
8. Estoy satisfecho con la disposición ética y la calidad del servicio en esta área.
13. Percibo que mi actitud influye en la disposición ética de los médicos.

Cabe señalar que algunos enunciados perteneciendo a una misma sección tuvieron un significado similar. Con ello, al hacer una pregunta determinada y obtener una respuesta, es de esperarse obtener la misma respuesta o una similar ante una pregunta equivalente. Por ejemplo, de la sección de Compromiso Ético en el cuestionario del Grupo Médicos, la pregunta 1 y 5 son equivalentes, para lo cual es de esperar que los médicos tuvieran contestaciones similares, nunca diametralmente distintas, lo que implicaría que la persona no fue congruente con sus respuestas.

Adicionalmente, los enunciados fueron redactados de forma tal en que se respondiera el deber ser y que si bien, existieron preguntas que detectaban incongruencias, el objeto de esta investigación fue evaluar la actitud ética, no determinar la honestidad en las contestaciones.

Cuestionario de Proyección Práctica

De manera similar al cuestionario de proyección conceptual, se elaboraron dos cuestionarios, uno desarrollado para el Grupo de Médicos y otro para el Grupo de Familiares. El cuestionario para Médicos constó de 23 enunciados y el de Familiares constó de 20 enunciados que comprendieron las secciones de Compromiso Ético, Compromiso Axiológico y Actitud en la Calidad del Servicio. La sección de Compromiso Ético se refirió a la responsabilidad de la persona en sus funciones ante sus superiores dentro y fuera del ámbito laboral, su actitud ante el fracaso y el éxito y su disposición con

el deber ser. El Compromiso Axiológico tuvo como objetivo determinar como vive la persona ante sus valores y su forma de actuar en situaciones extremas. Por su parte, la Calidad del Servicio permitió evaluar la actitud del individuo ante un producto o servicio que presta o que en determinado momento recibe.

Las características generales de los cuestionarios aplicados fueron:

Cuestionarios cerrados, en donde el médico y los familiares contestaron utilizando una escala de actitudes tipo Lickert: Totalmente de acuerdo (t), De acuerdo (a), Indiferente (i), En desacuerdo (d) y Totalmente en desacuerdo (td).

Al asignar la puntuación a la escala anterior, se obtuvo que los de mayor puntuación mostraron mayor disposición ética y los de menor puntuación lo contrario.

Escala	Símbolo	Puntuación
Totalmente de acuerdo	t	5
De acuerdo	a	4
Indiferente	i	3
En desacuerdo	d	2
Totalmente en desacuerdo	td	1

Los enunciados para el Grupo Médico fueron:

Compromiso Ético:

1. Si un paciente tiene muerte cerebral y no es donador de órganos, ¿usted mantiene el tratamiento intensivo?
2. Si los familiares de un enfermo en UCI le amenazan de demanda legal contra usted o el servicio, ¿usted mantiene el tratamiento intensivo aunque no esté indicado médicamente?
3. Si un tratamiento beneficia a un sistema vital del paciente grave, pero complica a dos o más sistemas vitales ¿usted lo aplica?
5. Cuando un enfermo es irrecuperable, ¿usted le desconecta el apoyo vital o medicamentos?
6. Si un familiar del paciente de terapia intensiva le pide que quite el apoyo vital del mismo, ¿lo haría?
7. Si una autoridad externa o de su servicio le solicita firme documentos, aplique tratamientos o mantenga manejo intensivo, que no está usted de acuerdo, ¿lo realiza?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8. ¿Piensa usted que la decisión de mantener el soporte vital en UCI, solamente corresponde al médico especialista en Medicina Crítica y no deberían intervenir otras personas?
9. Para atender al paciente de la UCI, ¿usted considera que el especialista debe basarse sólo en conocimientos médicos?
12. Si un paciente tiene falla de cuatro o más sistemas, ¿usted aplica terapia intensiva?
13. Aunque un paciente no requiera terapia intensiva, si usted sabe que puede haber demanda médica, ¿lo ingresa al servicio?
14. Cuando los familiares del paciente se encuentran molestos o agresivos contra el personal médico, aunque el paciente no amerite UCI, ¿usted lo ingresa para salvar la situación?

Compromiso Axiológico:

4. ¿Usted reza por el paciente que está atendiendo?
10. ¿Usted decide el ingreso de pacientes a UCI para no tener problemas con especialistas que no son del área o por compañerismo con ellos?
11. ¿Usted indica medicamentos en la hoja de indicaciones médicas, simulando se apliquen?
20. ¿Usted recibe una compensación económica extra por ingresar pacientes a la UCI?
21. ¿Usted ingresa pacientes a la UCI para que haya trabajo en el servicio y no estén vacías de pacientes las camas?
22. ¿Usted considera que el médico residente del curso de Medicina Crítica debe aprender más por él mismo que por los maestros?

Actitud en la Calidad del Servicio:

15. ¿Considera usted que su tratamiento médico en la terapia intensiva, no debe recibir modificaciones por médicos de terapia intensiva de otros turnos?
16. ¿Considera que los médicos de terapia intensiva de este servicio deben actuar y trabajar como usted?
17. Los problemas personales que usted tiene, ¿repercuten sobre sus subordinados?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

18. Si usted tiene un problema con algún subordinado, ¿su forma de arreglar la situación es mandar oficios, recados y sanciones, así como no apoyarle en su desempeño laboral?
19. Usted con frecuencia, ¿deja problemas pendientes para resolver en otros turnos?
23. ¿Usted considera que para el equipamiento y funcionamiento eficiente de la terapia intensiva es necesaria la participación activa y el desempeño eficaz de los jefes de servicio?

Los enunciados para el Grupo de Familiares de pacientes, según las secciones mencionadas con anterioridad fueron

Compromiso Ético:

1. Si le dijera el médico de terapia intensiva que su enfermo no tiene forma de recuperarse, ¿usted pediría que se le quitara el apoyo de vida?
3. Además de usted, ¿hay más familiares que visitan a diario a su enfermo en la terapia intensiva?
6. ¿Usted sabe que es responsable en todo momento de colaborar en las decisiones relacionadas a su enfermo en la terapia intensiva?
7. ¿Sabe para qué es una terapia intensiva y que se hace?
11. ¿Usted piensa que la enfermedad de su familiar tiene muy poco tiempo de aparecer?
1. Si su enfermo se encuentra cada vez más grave y le dicen que puede fallecer, ¿usted piensa que es culpa de los médicos?
2. Si no le dan informes cuando ingresa su enfermo a terapia intensiva, ¿usted piensa que algo malo sucede?
20. Si usted no sabe que su enfermo se vaya a recuperar o no y le dicen los médicos que es posible que se opere cinco veces, ¿usted autoriza?

Compromiso Axiológico:

2. ¿Usted reza a Dios por su enfermo que está en la terapia intensiva?
4. ¿Su enfermo le dijo a usted, antes de que lo trajera al hospital, cual es su voluntad en cuanto a su vida, su enfermedad y de tenerlo en una terapia intensiva?
5. Si su enfermo está grave y sabe que no tiene recuperación, ¿usted piensa que es mejor que fallezca en su casa?

8. ¿Usted piensa que la terapia intensiva es un lugar donde siempre se salvan los enfermos graves?
10. ¿Usted cree que su enfermo grave debe recibir todos los tratamientos que prolonguen su vida, quede como quede, y no le importa el tiempo que esté en la terapia intensiva y en el hospital?
12. ¿Usted piensa que es mejor se le diga la verdad acerca de lo que pasa con la enfermedad de su familiar?
15. Si los médicos de terapia intensiva de los turnos le dan diferente informe, ¿usted piensa que le engañan o le mienten?

Actitud en la Calidad del Servicio:

9. ¿Usted piensa que la atención médica en la terapia intensiva es mejor que en cualquier otro servicio del hospital?
13. Cuando los médicos no deciden rápido un estudio o tratamiento con su enfermo, ¿usted piensa que no saben?
14. Cuando los médicos no le dicen la enfermedad que tiene su familiar ¿usted piensa que no saben?
3. Los médicos y jefes de servicio del turno matutino de la terapia intensiva son poco comunicativos, poco atentos y le dan informes confusos y cortos?
4. Si su enfermo se complica durante una operación, ¿usted cree que debe demandar al cirujano?

Para el análisis de resultados, se utilizaron procedimientos de estadística descriptiva tales como media, mediana, desviación estándar. La asociación de variables se realizó mediante Chi cuadrada con corrección de Yates, así como t de Student para muestras independientes. La validación de los cuestionarios (instrumentos) y resultados de cada modelo se realizó mediante Análisis de Ecuaciones Estructurales para variables ordinales por el método de Máxima Similitud, que se detalla a continuación. Para el procesamiento de los datos se utilizaron los programas estadísticos SPSS, 10 para Windows y Lisrell v 8 para Windows.

5.7. Validación de Instrumentos.

De la teoría al modelo estadístico

El Modelo de Ecuaciones Estructurales estima relaciones para un conjunto de variables dependientes, mediante una serie de ecuaciones de regresión múltiple distintas pero interrelacionadas mediante la especificación de un modelo estructural.

El investigador utiliza la teoría, la experiencia previa y los objetivos de investigación para definir qué variables independientes predicen cada variable dependiente.

El modelo estructural expresa estas relaciones entre variables dependientes e independientes. Las relaciones propuestas se trasladan a continuación a una serie de ecuaciones estructurales (parecidas a las ecuaciones de regresión) para cada variable dependiente.

El Modelo de Ecuaciones Estructurales tiene la peculiaridad de tratar con variables latentes en el análisis. Una variable latente es un concepto supuesto y no observado, denominado constructo, que sólo puede ser aproximado mediante variables medidas u observables.

Las variables observadas que se recogen mediante estudios de campo, cuestionarios, etc se conocen como variables manifiestas.

La mayoría de las teorías en las ciencias sociales y del comportamiento son formuladas en términos de constructos hipotéticos que no pueden ser observados o cuantificados de manera directa. Ejemplos de dichos constructos son prejuicio, radicalismo, alineación, conservadurismo, confianza, autoestima, discriminación, motivación, destreza y anomia. La cuantificación de un constructo hipotético se efectúa indirectamente mediante uno o varios indicadores observables, tales como las respuestas a cuestionarios, que procuran representar adecuadamente el constructo.

En virtud de que los constructos teóricos no son observables, la teoría no puede analizarlos de manera directa. Lo que puede hacerse es examinar la *validez teórica* de las relaciones postuladas en un contexto determinado. Antes de que la teoría pueda ser analizada empíricamente, debe definirse un conjunto de indicadores observables para cada dimensión de cada constructo.

Las relaciones teóricas entre los constructos constituyen la parte de las ecuaciones estructurales del modelo, y las relaciones entre los indicadores observables y

los constructos teóricos constituyen la parte de medida del modelo. Para probar el modelo conceptual, cada una de estas partes debe ser formulada como un modelo estadístico.

El modelo estadístico requiere la especificación de la forma de la relación, lineal o no lineal. Si los indicadores observados son continuos, es decir, medidos en escala de intervalo o de relación, las ecuaciones se supone que son lineales, posiblemente después de transformación logarítmica o exponencial. Si los constructos observados son ordinales, se supone la existencia de una variable continua subyacente y se postula el modelo de medida en términos de dicha variable subyacente.

El supuesto fundamental en los modelos de ecuaciones estructurales es que el término de error en cada relación no se correlaciona con todos los constructos independientes.

Las relaciones en el modelo de medida también contienen ciertos términos de error estocástico que usualmente se interpretan como la suma de factores específicos y medidas aleatorias de error en los indicadores observables. En estudios transversales, los términos de error no deben correlacionarse de un indicador a otro. Esto es parte de la definición de los indicadores de un constructo. Lo anterior, obedece a que si los términos para dos o más constructos se correlacionan, significa que los indicadores miden algo más o algo adicional al constructo que se supone han de medir. En este caso, el significado del constructo y sus dimensiones puede ser diferente de lo que se pretende.

Un error frecuente del modelo de ecuaciones estructurales es el incluir términos de error correlacionados en el modelo por el único propósito de obtener un mejor ajuste de los datos. Cada correlación entre los términos de error debe ser justificada e interpretada sustancialmente.

La prueba del modelo estructural, es decir, la demostración de la teoría especificada inicialmente, puede carecer de significado a menos de que primero sea sostenible el modelo de medida. Si los indicadores seleccionados para un constructo no miden tal constructo, la teoría especificada debe modificarse antes de que pueda ser demostrada. Así, el modelo de medida debe sostenerse de manera previa para la demostración de las relaciones estructurales. Es de utilidad, realizar lo anterior de manera independiente para cada constructo, posteriormente par la unión de dos constructos y finalmente para todos los constructos de manera simultánea. Al efectuar esto, uno debe permitir que los constructos se correlacionen libremente, es decir, la matriz de covarianza de los constructos no debe tener restricciones.

Análisis de Variables Ordinales.

Las observaciones en variables ordinales representan respuestas a un conjunto de categorías ordenadas, como la escala de actitudes tipo Lickert. Se supone que una persona que escoge una categoría tiene mayores características que otra de menor categoría, pero se desconoce qué tanto.

Las variables ordinales no tienen las propiedades de las variables continuas y, por tanto, no deben ser tratadas como tales. Las medias o promedios, varianzas y covarianzas no tienen significado.

La utilización de variables ordinales en ecuaciones estructurales requiere de técnicas apropiadas a este tipo de variables y distintas a las utilizadas en las variables numéricas.

Cuando se utiliza preguntas que requieren respuestas tales como "no sé", "desconozco" o "no me interesa", dichas respuestas no pueden considerarse como ausencia de categorías, entonces para tratar con este problema, se procede a considerar su valor como "ausente". Por lo anterior, debe efectuarse un procedimiento denominado imputación de valores, es decir, sustituir una categoría "sin característica" por otra que si tenga.

Lo anterior se basa en que si una persona (a) tiene una categoría sin característica en la variable (b) y presenta el mismo patrón de respuestas que una persona (c) entonces es más probable que tenga la misma característica en (b) que la persona (c).

Entonces el valor en (b) de la persona (a) se sustituye por el valor de (b) de la persona (c). Éste es un procedimiento bien fundamentado y muy complejo que sólo puede hacerse mediante un ordenador, después de analizar todas las similitudes y diferencias entre los patrones de respuestas.

El siguiente paso consiste en considerar que para cada variable ordinal (z) existe una variable continua subyacente (z^*). Esta variable continua (z^*) representa la actitud subyacente de las respuestas ordenadas a (z) y se supone que tiene un rango de $(-\infty$ a $+\infty)$.

Esta variable (z^*) es la que se utiliza en el modelo de ecuaciones estructurales. Es decir, la variable subyacente asigna propiedades métricas a la variable ordinal, en donde se relacionan mediante unos valores llamados "valores umbrales". La distribución de z^* se calcula mediante su transformación monotónica y se escoge usualmente la distribución normal.

Posteriormente se realiza el cálculo de correlaciones policóricas entre las variables para saber si los indicadores miden algo adicional al constructo que deben medir, y en este caso, como la muestra es pequeña, también se calcula el Error de Aproximación Cuadrático Medio, para verificar si existe relación entre los indicadores de cada una de las dimensiones. Lo anterior se realiza mediante la distribución de valores umbrales marginales y las distribuciones marginales bivariantes. Asimismo, se calcula el modelo de medida y las ecuaciones estructurales por el método de máxima similitud y se evalúa cada dimensión de acuerdo a la calidad de ajuste del modelo.

5.8. Resultados y Análisis.

Grupo Médicos.

Características Generales.

Distribución por sexo.

En el presente estudio se encontró predominio del sexo masculino (64%), tal como se muestra en la figura 1. Las diferencias de género entre médicos y médicas influyen sobre numerosos aspectos de su vida que incluyen situación profesional, especialización, lugar y organización de trabajo y satisfacción laboral entre otras. Mujeres y varones están socializados en diferentes valores que condicionan también su vida laboral. A las mujeres se les pide que cuiden, eduquen y quieran, y como médicas que permanezcan al margen de las relaciones personales; que sean resistentes, comprensivas y comunicativas. Las mujeres aprenden más a través de la conexión (relación) que de la separación; es decir, son más empáticas. En relación con lo anterior están los juicios morales; se postula que los varones siguen una ética basada en el derecho y la justicia; y, las mujeres, una ética basada en los cuidados y responsabilidad. La percepción del uno mismo en las mujeres está en relación con otros y por su parte, la percepción del uno mismo en varones se basa en la autonomía y la independencia.

Distribución por edad.

La edad media del Grupo de Médicos es de $36.27 \pm$ años ± 5.87 DE, cuya distribución por grupos etáreos se muestra en la figura 2. Dicha distribución pudiera obedecer a que el grupo estudiado procede de una institución hospitalaria pública con profesionales médicos en formación y por ende con un alto porcentaje de población joven. Por otra parte, la Medicina Crítica constituye una especialidad relativamente joven (1970)

por lo que sus especialistas también lo son. Representa una especialidad que requiere arduo trabajo y un importante desgaste tanto físico como mental, ya que brinda atención a pacientes con riesgo elevado de complicaciones y mortalidad; asimismo, requieren atención continua en procedimientos y tratamientos médicos y quirúrgicos de urgencia debido a que la mayor parte de los pacientes son recuperables. Por lo anterior, la población médica de esta especialidad en alto porcentaje tiene personal joven, además de que constituyen áreas con alto nivel de estrés y el personal que labora debe desempeñarse con alto nivel de rendimiento, mental y de conocimientos. Los factores de estrés más frecuentes incluyen la gravedad del paciente, la angustia y presión de los familiares del paciente hacia el personal médico.

Distribución por puesto desempeñado.

En la figura 3 se muestra que los médicos residentes comprendieron 45.5%, los médicos adscritos el 40.9% y jefes de servicio el 13.6%. El hospital es una organización abierta que forma parte de un sistema mayor de gobierno, vinculado como institución centralizada o descentralizada, sin funcionalidad autónoma. Las decisiones políticas y estrategias son indicadas desde un nivel superior de gobierno; los mecanismos de administración fiscal definen en gran medida las condiciones financieras de las instituciones del sector y los sistemas de contraloría imponen limitaciones importantes a la gestión interna. Lo anterior, se refleja en el área administrativa y finalmente en los jefes de servicio. Con frecuencia los aspectos citados, así como diversos intereses individuales, generan problemática administrativo-laboral con subordinados.

Contrasta la interacción del personal académico, la responsabilidad profesional entre médicos adscritos y médicos estudiantes de especialidad, permitiendo una atención constante, de alto rendimiento, independientemente que exista escasez de recursos, manifestando conductas tendientes a improvisar, modificar, perfeccionar técnicas y tratamientos en favor del paciente. Dichos grupos constituyen la mayoría del área operativa (86.4%).

Distribución por turno laboral.

Respecto al turno laboral, la mayor proporción de médicos se distribuyó en 69.5% en el turno matutino, incluyendo jefes de servicio, algunos médicos adscritos y médicos residentes; 17.4% en el turno nocturno con médicos adscritos y algunos médicos residentes; 8.6 % en el turno de sábados, domingos y días festivos con médicos adscritos

y algunos médicos residentes y el turno vespertino con 4.3% de médicos adscritos y algunos médicos residentes, tal como se ilustra en la figura 4. Lo anterior indica que la mayor proporción de médicos labora en el turno matutino. Cabe señalar que dicho turno realiza mayor cantidad de trabajo administrativo, tanto del servicio como de trámites concernientes a familiares de pacientes hospitalizados en UCI (constancias médicas, incapacidades, etc).

Por otra parte, está demostrado que a mayor concentración de personal médico en un turno (en este caso matutino) puede generar que la responsabilidad tanto médica como administrativa se delegue, existiendo el riesgo de no supervisarse. Durante el turno vespertino se verifica que la carga de trabajo es médica, operativa y administrativa. La modificación, dirección, ajuste de tratamientos, realización de procedimientos tanto quirúrgicos como médicos y estudios de gabinete, dominan las actividades de dicho turno; la comunicación estrecha con familiares del paciente y autoridades hospitalarias es frecuente ya que la mayor parte de los primeros trabajan por la mañana y acostumbran asistir por la tarde a verificar la atención médica.

Durante el turno nocturno, disminuye el movimiento de actividades quirúrgicas pues únicamente se realizan las de urgencia. Aunque es un turno en el que disminuye la carga de trabajo tanto operativo como administrativo, la presión de los familiares del paciente es continua durante las 24 horas.

Es importante mencionar que el 100% de médicos de base desempeñan doble o triple jornada laboral, lo que favorece el cansancio y, en cuanto a los médicos residentes en formación, también cursan con fatiga debido a la realización de guardias, lo cual incrementa los niveles de estrés.

Distribución según antigüedad laboral.

Del total de 22 médicos, seis de ellos (27.27%) superaron los 10 años de antigüedad laboral (Figura 5). Está demostrado que en el área de Medicina Crítica a un nivel de 10 años de antigüedad del personal médico, se incrementa la incidencia de irritabilidad, apatía, neurosis, frustración y síndrome depresivo debido al tiempo de exposición al estrés y por la atención a pacientes graves con riesgo de muerte.

En la práctica médica, el servicio de Terapia Intensiva se caracteriza por el desgaste profesional al que el médico de esta especialidad se enfrenta. Constituye el denominado síndrome de "burn out". Este criterio de desgaste profesional debe tomarse en consideración para la futura elaboración de indicadores y evaluación de la excelencia.

Se refieren tres parámetros para desgaste profesional: a) cansancio emocional; b) despersonalización y c) falta de realización.

Personal asignado a su cargo.

El 59.1% de los médicos consideraron no contar con personal asignado a su cargo (Véase figura 6). Esta cifra impacta de forma variable, ya que con frecuencia son inexistentes los nombramientos oficiales de supervisores o jefes de servicio, por ello, casi la mitad del personal médico no se considera responsable de dichas funciones; sin embargo, en la dinámica del servicio existen jerarquías según los conocimientos médicos, experiencia y antigüedad institucional, derivando en denominar "encargado" a quien cumpla con dichas características y se le considera la persona indicada para la toma de decisiones y solución de problemas, así como para dirigir la ruta de trabajo a desempeñar durante el turno. Por lo anterior, al experimentar dicha responsabilidad, el médico siente el compromiso de tener personal a su cargo que incluye enfermeras, paramédicos, médicos residentes de la especialidad y de otras especialidades. Por otra parte, aquellos médicos quienes consideran tener personal a su cargo pueden delegar actividades, con riesgo de que la responsabilidad se diluya.

Cuestionario de Proyección Conceptual.

El cuestionario de proyección conceptual comprendió 15 ítems en total, mismos que se agruparon en tres dimensiones para su estudio y análisis: Compromiso Ético, Compromiso Axiológico y Actitud en la Calidad del Servicio. Los patrones de respuestas más frecuentes para cada cuestionario se resumen en la tabla I, que se integraron de manera posterior a la imputación de los valores de las respuestas. En las tablas II – V se comparan las proporciones de respuestas para estas tres dimensiones según la edad, sexo, plaza y turno del personal médico. En donde se encontró diferencia significativa entre el turno laboral desempeñado y las respuestas al ítem 2 de la Dimensión de Compromiso Axiológico.

Dimensión de Compromiso Ético.

Los ítems que consideraron el contenido de esta dimensión fueron: 14, 15, 3, 1 y 11 (Véase tabla VI).

El ítem 14 expresó: *"respeto y aplico las normas de la institución ante los pacientes, familiares y otros médicos"*. La distribución de respuestas comprendió 21.1%

en la respuesta "totalmente de acuerdo" y 42.1% en "de acuerdo". A pesar de que la suma de ambas representó un porcentaje de 63.2%, se registró un 36.9% que consideraron no aplicar o respetar estas normas.

El ítem 15 expresó: *"soy responsable de mis actos, independientemente de los recursos con los que dispongo"*. La distribución de respuestas fue de 81% para "totalmente de acuerdo" y 19% para "de acuerdo".

El ítem 3 enunció: *"continúo actuando con honestidad aunque cometa algún error"*. La distribución de respuestas comprendió 47.6% para "totalmente de acuerdo" y 52.4% para "de acuerdo". Por lo que la totalidad de los médicos respondieron con opciones de elevado contenido ético.

El ítem 1 mencionó: *"busco satisfacer mis expectativas antes que otros, dentro y fuera de mi actividad profesional"*. Las respuestas se distribuyeron con 42.9% para "totalmente de acuerdo" y 57.1% para "de acuerdo".

El ítem 11 enunció: *"me preocupo por el deber ser, sin que me obliguen mis superiores"*. La distribución de respuestas para "totalmente de acuerdo" es de 47.6%, es decir, casi la mitad de los médicos del grupo estudiado. Adicionalmente, 38.1% respondieron "de acuerdo". El 14.3% señalaron "desacuerdo" para esta conducta.

En la figura 7 se ilustra la puntuación mediana para cada uno de estos ítems.

Respecto a esta dimensión, se sabe que los juicios morales de valor pueden ser producto de un conocimiento discursivo y racional que solamente trascienden cuando se basan en una experiencia y aprehensión inmediata emocional para lograr una intención y por tanto reflejarlo en acción. El valor moral permite el desarrollo de las personas y se enclava en el núcleo de la identidad personal. La persona con valor moral potencialmente puede manifestar una triple armonía: no hay autoengaño ni falsas posturas hacia los demás y los tres niveles: pensamiento, palabras y acciones, expresan lo mismo.

En la tabla VII es posible observar las correlaciones policóricas para los ítems correspondientes a esta dimensión. Cabe señalar que los pares conformados por: ítem 3 e ítem 14, ítem 3 e ítem 15, ítem 11 e ítem 14, ítem 11 e ítem 3, tuvieron un Error de Aproximación Cuadrático Medio superior a 0.1, sin embargo, no alcanzaron significancia estadística.

En la tabla VIII se muestran las Ecuaciones Estructurales correspondientes a esta dimensión y se ilustran en la figura 8.

En la tabla IX se muestra la calidad de ajuste del modelo, en donde es posible apreciar que en las medidas de ajuste absoluto, el valor de Chi cuadrada correspondió a

3.51 que no es significativo, el Índice de Bondad de Ajuste (0.93) tuvo un valor aceptable y el Error de Aproximación Cuadrático Medio fue de 0.0. En cuanto a las medidas de ajuste incremental el Índice de Ajuste Normado fue de 0.66 y en relación con las medidas de ajuste de parsimonia el Índice de Bondad de Ajuste de Parsimonia fue de 0.80, ambos ligeramente menores al valor recomendado (0.90).

En conclusión, este modelo fue aceptable con un valor de Chi^2 de 8.13. $p = 0.14923$ ajustado para la no normalidad, y como se puede apreciar en la figura 8, los ítems 14, 15 3, 1 y 11 tuvieron valores significativos de t de Student, por lo que estas preguntas reflejan la dimensión de compromiso ético ya que se relacionan de manera significativa con este constructo. Es decir, con estas respuestas se manifiesta la conceptualización ética del grupo de médicos.

Dimensión de Compromiso Axiológico.

En la tabla X se resumen los ítems que comprendieron el contenido de Compromiso Axiológico.

El ítem 8 mencionó: *"la ética tiene una relación directa con la moral, las buenas costumbres, los valores y el deber ser"*. El 47.6% indicaron que aceptan completamente este concepto. El 47.6% señalaron "de acuerdo". El 4.8% marcaron "en desacuerdo"; por lo que existe en este grupo, aunque en bajo porcentaje quienes pensaron que estos conceptos no tienen relación.

El ítem 2 enunció: *"considero que la vida y la salud son valores superiores al poder y al dinero"*. Las respuestas se distribuyen para "totalmente de acuerdo" en 57.1%; el 33.3% respondieron "de acuerdo". El 9.5% de los médicos expresaron no estar de acuerdo con este concepto.

El ítem 12 indicó: *"mi educación, religión, forma de pensar y actitud me han permitido progresar profesionalmente"*. Según las respuestas señaladas casi la totalidad del grupo estudiado consideraron que estas condiciones influyen en su progreso profesional.

El ítem 5 expresó: *"el éxito profesional está en función de lo que uno debe hacer"*. Casi la totalidad de los médicos respondieron con opciones de elevado contenido ético y el 5%, definitivamente consideraron que no existe relación del éxito profesional con el deber ser.

El ítem 9 expresó: *"los valores morales subsisten ante la enfermedad y la muerte"*. El 57.1% de médicos consideraron "totalmente de acuerdo"; 42.9% respondieron "de acuerdo" constituyendo ambas respuestas la totalidad del grupo.

La tendencia central de estas respuestas se ilustra en las figura 9.

En relación con esta dimensión sabemos que los valores fundamentan las reglas con las cuales las personas gobiernan sus propias acciones. Estas reglas son los principios morales. Contar con un sólido sistema de valores y principios es indispensable cuando se quiere adoptar una resolución razonable, ética. Tener conciencia de lo que es valioso moralmente facilita el cumplimiento del deber. Lo que produce el mayor bien posible se identifica con el deber. En el aspecto teórico los médicos identificaron en el 40% de los cuestionamientos los valores que se plantearon en preguntas sencillas.

Dos pares de ítems superaron el valor de 0.1 en el Error de Aproximación Cuadrático Medio tal como se muestra en la tabla XI. No se registran cifras con significancia estadística en este rubro.

Las Ecuaciones Estructurales para esta dimensión se resumen en la tabla XII y su diagrama se ilustra en la figura 10.

En la tabla XIII se muestra que el valor de Chi cuadrada no resultó significativo y el Índice de Bondad de Ajuste fue Aceptable (0.81) en el rubro de medidas de ajuste absoluto. En cuanto a las mediadas de ajuste incremental, el Índice de Ajuste Normado fue de 0.70, menor al recomendado y el Índice de Bondad de Ajuste de Parsimonia fue de 0.35.

En conclusión, como se aprecia en la figura 10, el valor de Chi² ajustado para la normalidad fue de 11.97, $p = 0.0352$. por lo que no es posible reflejar la conceptualización axiológica de los médicos.

Dimensión de Compromiso con la Calidad del Servicio.

Los ítems que comprendieron el contenido de esta dimensión fueron: 6, 4, 10, 7, 13 y su distribución univariante se resume en la tabla XIV.

El ítem 6 indicó: *"estoy dispuesto a ir más allá de mis obligaciones en beneficio de mis pacientes y sus familiares"*. La proporción para la respuesta "totalmente de acuerdo" fue de 57.1% y de 42.9% para "de acuerdo".

El ítem 4 señaló: *"el desempeño de mis funciones tiene una relación con la calidad de servicio en el área"*. En la tabla IV es posible observar que el 4.8% de los médicos definitivamente aseguraron no estar de acuerdo con el concepto.

El ítem 10 señaló: *"me esfuerzo en mis actividades cotidianas profesionales porque ello implica un mejor servicio"*. El 40% de las respuestas fueron para "totalmente de acuerdo" y el 55% para "de acuerdo". El 5% de los médicos indicaron "desacuerdo" en que el esfuerzo de sus actividades implique un mejor servicio.

El ítem 7 expresó: *"la calidad del servicio que aporto en el área de cuidados intensivos refleja mi disposición ética"*. Las respuestas se distribuyeron en 63.2% para la opción "de acuerdo" . El 10.5% de los médicos consideraron "desacuerdo" en cuanto a esta situación. Sólo el 26.3% de los médicos consideraron que esta relación existe y es una constante ya que respondieron "totalmente de acuerdo".

El ítem 13 enunció: *"percibo que mi actitud ética implica un efecto positivo"*. La frecuencia de respuestas es 47.6% para "de acuerdo". El 47.6% respondieron "totalmente de acuerdo" lo que implica que consideraron en todo momento que su actitud ética implica un efecto positivo. El 4.8% de los médicos no consideraron que su actitud ética tenga un efecto positivo ya que respondieron "desacuerdo".

La tendencia central de las respuestas se ilustra en la figura 11.

La provisión de servicios médicos accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario es calidad de atención.

En ello participan valores como responsabilidad profesional, atención rápida y precisa, pasión por la excelencia, actitud de servicio, conducta ética y moral, mejora continua y trabajo en equipo.

La educación sanitaria se debe extender en todos los empleados de las instituciones sanitarias y sobre la población atendida en los servicios de emergencias para evitar las conductas innecesarias. Debe realizarse una concientización de todas las organizaciones desde el nivel directivo al personal administrativo y de docencia para que la calidad sea un compromiso de todos y para todos. Empezar por saber que en los grupos médicos existe la capacidad de identificar el concepto o la teoría de calidad es un comienzo favorable para entonces realizar una labor dirigida, enfocada, intencionada e intensiva hacia cómo lograr la calidad en la práctica de la atención al paciente crítico que podría representar el paso a seguir.

En la tabla XV se muestran las correlaciones policóricas y su Error de Aproximación Cuadrático Medio. Cabe señalar, que el par conformado por el ítem 13 y el ítem 6 mostró significancia estadística en el Error de Aproximación Cuadrático Medio.

Las Ecuaciones Estructurales para esta dimensión se resumen en la tabla XVI y su correspondiente diagrama se ilustra en la figura 12.

En la tabla XVII se muestra que el valor de Chi cuadrada de 9.64 fue de 0.08, sin alcanzar significancia estadística a un valor de 0.05 y el Índice de Bondad de Ajuste registró un valor de 0.84 considerado como aceptable en relación con las medidas de ajuste absoluto. En cuanto al ajuste incremental, el Índice de ajuste normado fue ligeramente bajo 0.79 y en relación con las medidas de ajuste de parsimonia, el Índice de ajuste de Parsimonia tuvo un valor bajo de 0.40.

En conclusión este modelo fue aceptable con un valor de $\text{Chi}^2 = 9.33$, $p = 0.09$, por lo que los ítems 6, 4, 10 y 7 reflejan la dimensión de Compromiso con la Calidad del Servicio (Véase figura 12), ya que se relacionaron significativamente mediante t de Student con el constructo hipotético. El ítem 13 no se relaciona de manera significativa. Con estas preguntas, se manifiesta la conceptualización de calidad del servicio del grupo médico.

Questionario de Proyección Práctica.

Las preguntas de este cuestionario se dividieron para su estudio y análisis en tres dimensiones: Compromiso Ético, Compromiso Axiológico y Compromiso con la Calidad en el Servicio y los patrones de respuestas más frecuentes se resumen en la tabla XVIII, de manera posterior a que se realizó la imputación de los valores correspondientes.

En las tablas XIX – XXII se comparan las proporciones de respuestas para estas tres dimensiones según la edad, sexo, plaza y turno del personal médico encuestado, en donde se encontraron diferencias significativas en las respuestas del ítem 10 en relación al sexo, y de los ítems 4 y 15 en relación con el turno laboral desempeñado.

Dimensión de Compromiso Ético.

Las preguntas para la Dimensión de Compromiso Ético fueron: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14 cuyas respuestas se distribuyeron de la manera que se resumen en la tabla XXIII.

El ítem 1 mencionó: *"si un paciente tiene muerte cerebral y no es donador de órganos ¿Usted mantiene el tratamiento intensivo?"* La distribución de respuestas encontrada fue 52.4% para "totalmente desacuerdo" lo que indica que se consideró por un poco más de la mitad de los médicos que este tratamiento debe mantenerse en dichas condiciones. El 28.6% de los médicos expresaron "desacuerdo" en mantener este

tratamiento. El 19% del Grupo I indicaron "de acuerdo" en mantener dicho tratamiento. En conclusión el 81% del grupo estudiado expresaron desacuerdo.

El ítem 2 señaló: *"si los familiares de un enfermo en UCI le amenazan de demanda legal contra usted o el servicio, ¿Usted mantiene el tratamiento intensivo aunque no esté indicado médicamente?"* La frecuencia de respuestas encontradas fue de 52.4% para la opción "desacuerdo". El 23.8% marcaron la opción "totalmente desacuerdo". El 19% de los médicos respondieron "de acuerdo" lo que implica que han mantenido este tratamiento al paciente ante una demanda legal. El 4.8% estuvieron "totalmente de acuerdo" en que se aplique tratamiento intensivo en dichas situaciones. Por lo que el 23.8% de los médicos respondieron con opciones de puntuación baja en compromiso ético.

El ítem 3 mencionó: *"si un tratamiento beneficia a un sistema vital del paciente grave, pero complica a dos o más sistemas vitales ¿Usted lo aplica?"* La frecuencia de respuestas para esta pregunta fue de 45% para "desacuerdo". El 40% de los médicos "no estuvieron de acuerdo" en aplicar el tratamiento. El 15% de los médicos indicaron "de acuerdo".

El ítem 5 expresó: *"cuando un enfermo es irrecuperable ¿Usted le desconecta del apoyo vital o medicamentos?"* La frecuencia de respuestas comprendió 36.8% para "desacuerdo". El 31.6% de los médicos señalaron "de acuerdo" en que se retire dicho apoyo. El 26.3% de los médicos consideraron estar "totalmente desacuerdo". El 5.3% de los médicos estuvo "totalmente de acuerdo" en retirar este apoyo vital o medicamentos al paciente irrecuperable. Es decir, el 36.9% de los médicos señalaron opciones con bajo compromiso ético.

El ítem 6 enunció: *"si un familiar del paciente de terapia intensiva le pide que quite el apoyo vital del mismo ¿Lo haría?"* En este ítem 13.6% de los médicos respondieron con opciones de bajo compromiso ético, tal como se aprecia en la tabla XXIII.

El ítem 7 enunció: *"si una autoridad externa o de su servicio le solicita, firme documentos, aplique tratamientos o mantenga manejo intensivo que no está usted de acuerdo ¿lo realiza?"* La frecuencia de respuestas se distribuye en 47.6% para la opción "totalmente desacuerdo". El 33.3% de los médicos estuvieron "en desacuerdo" y el 14.3% de los médicos mostraron estar "de acuerdo". Finalmente, el 28.6% de los médicos señalaron "totalmente de acuerdo". Por lo que el 80.9% de los médicos no obedecen en esta situación.

El ítem 8 mencionó: *"piensa usted que la decisión de mantener soporte vital en UCI ¿Sólo corresponde al médico especialista en Medicina Crítica y no deberían intervenir*

otras personas?" La frecuencia de respuestas fue de 80.9% para las opciones "totalmente desacuerdo" y "desacuerdo", y 19.1% para las opciones "de acuerdo" y "totalmente de acuerdo".

El ítem 9 mencionó: *"para atender al paciente de la UCI ¿Usted considera que el especialista debe basarse solo en conocimientos médicos?"* En este ítem el 42.9% del grupo consideraron que únicamente deben utilizar sus conocimientos médicos para la atención de pacientes en la UCI.

El ítem 12 señaló: *"si un paciente tiene falla de cuatro sistemas o más ¿Usted aplica terapia intensiva?"* En este ítem se encontró que casi el 40% de los médicos respondieron con opciones correspondientes a un bajo contenido de compromiso ético.

El ítem 13 expresó: *"aunque un paciente no requiera terapia intensiva si usted sabe que puede haber demanda médica ¿Lo ingresa al servicio?"* Las respuestas encontradas correspondieron a 45% para "desacuerdo" y 40% señalaron estar "totalmente desacuerdo", lo que dejó un 15% de médicos con baja puntuación de compromiso ético.

El ítem 14 mencionó: *"cuando los familiares del pacientes se encuentran molestos o agresivos contra el personal médico, aunque el paciente no amerite UCI ¿Usted lo ingresa para salvar la situación?"* La distribución de respuestas es de 52.4% para "desacuerdo", el 33.3% de los médicos consideraron estar "totalmente desacuerdo". Por otra parte, 14.3% de los médicos respondieron con opciones de bajo compromiso ético.

La puntuación mediana de cada respuesta se ilustra en la figura 13.

En la segunda encuesta que marca compromiso ético en la práctica o los hechos, en general las respuestas se alejan del alto contenido ético para el grupo de médicos estudiado.

Se está obligado a no hacer daño y a ser justo; pero si además se respeta la autonomía y se hace el bien se asegura la convivencia. Los médicos debemos ser humildes. No somos dueños de la vida del enfermo ni tan siquiera somos sus administradores. Somos tan sólo garantes de su salud aplicando, con mayor o menor éxito, nuestros conocimientos y habilidades. Debemos propiciar al paciente la infraestructura adecuada para favorecer que su organismo sea capaz fisiológicamente de recuperar la salud. Se necesitan hechos acompañados de actos humanos conscientes, no meras declamaciones para demostrar que se es ético y no se debe esperar que un grupo u organización se vuelva ético de la noche a la mañana.

La ética práctica es la estética de la acción humana, no de lo que pensamos, en la medida que ayuda a elegir aquéllas acciones que contribuyen al desarrollo armónico y equilibrado de las distintas potencialidades del ser humano.

La ética debe aplicarse a los resultados, conductas, actitudes, experiencias, aprendizaje, normas, valores, creencias, comportamiento y planeación.

Abrirse a un nuevo aprendizaje a través de la ética no meramente teórica sino práctica, será la eficiente respuesta para la comunidad en general.

Dieciséis pares de ítems tuvieron un Error de Aproximación Cuadrático Medio superior a 0.1 tal como se muestra en la tabla XXIV.

Las Ecuaciones Estructurales para los ítems de esta dimensión se resumen en la tabla XXV y su diagrama correspondiente se muestra en la figura 14.

La calidad de ajuste para esta dimensión obtuvo un valor significativo en la prueba de Chi cuadrada y un valor bajo en el Índice de Bondad de Ajuste (0.70) en cuanto a las medidas de ajuste absoluto. Las medidas de ajuste incremental mostraron un Índice de Ajuste Normado de 0.35 y las de parsimonia indicaron un Índice de Ajuste de Parsimonia de 0.29, definitivamente bajos. Este modelo fue aceptable (Véase tabla XXVI), ya que se reportó un valor no significativo en la Chi cuadrada ajustada para la no normalidad (Véase figura 14). Sin embargo, solamente dos ítems (ítem 1, ítem 13) se relacionaron significativamente con la Dimensión de Compromiso Ético. Con estas preguntas se manifiesta el desempeño (actuación) ético de los médicos.

Dimensión de Compromiso Axiológico.

Los ítems correspondientes a la dimensión de compromiso axiológico fueron los siguientes : 4, 10, 11, 20, 21, 22 cuya distribución se muestra en la tabla XXVII.

El ítem 4 mencionó: "*¿usted reza por el paciente que está atendiendo?*" Las respuestas se distribuyeron con 38.9% para la opción "totalmente desacuerdo" , 33.3% de los médicos respondieron "de acuerdo". El 22.2% de los médicos entrevistados respondieron que están en "desacuerdo" y el 5.6% respondieron "totalmente de acuerdo".

El ítem 10 enunció: "*¿usted decide el ingreso de pacientes a la UCI para no tener problemas con especialistas que no son del área o por compañerismo con ellos?*" En este ítem el 100% de los médicos obtuvieron elevada puntuación de compromiso axiológico.

El ítem 11 indicó: "*¿usted indica medicamentos en la hoja de indicaciones médicas, simulando se apliquen?*" De acuerdo a las opciones señaladas, se encontró 45.5% para "totalmente desacuerdo" y 40.9% respondieron "desacuerdo" Por otra parte,

13.6% de los médicos de este grupo respondieron estar "de acuerdo" en que se simule la aplicación de medicamentos.

El ítem 20 señaló: "*¿usted recibe una compensación económica extra por ingresar pacientes a la UCI?*" De acuerdo a las respuestas todo el grupo obtuvieron elevada puntuación en cuanto a compromiso axiológico en este ítem.

El ítem 21 expresó: "*¿usted ingresa pacientes a la UCI para que haya trabajo en el servicio y no estén vacías de pacientes las camas?*" Las respuestas indicaron que 100% de los médicos contestaron opciones de elevada puntuación de compromiso axiológico en este ítem.

El ítem 22 enunció: "*¿usted considera que el residente del curso de Medicina Crítica debe aprender más por el mismo que por los maestros?*" La frecuencia de respuestas mostró 40.9% para "totalmente desacuerdo" y el 36.4% de los médicos respondieron "desacuerdo". Por otra parte, 22.7% del grupo consideraron que el médico residente debe aprender más por él mismo.

La mediana de estas respuestas como tendencia central se muestra en la figura 15.

Aceptar la vida humana como un alto valor ético, seguido de la salud, no es una propuesta carente de lógica. Los anti-valores de la vida y la salud, son la muerte y la enfermedad. El amoralismo corresponde a las acciones carentes de valor moral, a este plano corresponden los actos de hombre que permanecen en un plano inferior al de los actos humanos. Los valores guían la acción desde el punto de vista ético.

Es importante mencionar que los valores se tienen o no y esto se refleja en las acciones, en este caso de atención médica, decisiones y transmisión de conocimientos que afectan a otros seres humanos en este caso pacientes en estado crítico y médicos.

El médico debe comprender que los valores son los que determinan el tenue límite que muchas veces en estos casos separa al beneficiar al paciente de desfavorecerle.

El marcar en teoría un concepto acertado de ética no necesariamente implica ser ético, ya que al momento de conducirnos y aplicar en la práctica acciones que impliquen disvalores refleja incongruencia y por tanto deshonestidad.

En la tabla XXVIII se resumen las correlaciones policóricas de los ítems correspondientes de esta dimensión. Asimismo, es posible observar que siete pares de ítems obtuvieron valores superiores a 0.1 en el Error de Aproximación Cuadrático Medio, de los cuales dos pares mostraron significancia estadística.

Las Ecuaciones Estructurales para esta dimensión se resumen en la tabla XXIX y en la figura 16 se muestra su correspondiente diagrama de relaciones.

En la tabla XXX se resumen las medidas de ajuste absoluto con un valor de Chi cuadrada no significativo (0.45) y un Índice de Bondad de Ajuste bastante aceptable de 0.86.

En cuanto al ajuste incremental se encontró un Índice de Ajuste Normado de 0.31 y en las de parsimonia se registró un Índice de Ajuste de Parsimonia de 0.25. En conclusión este modelo no fue aceptable, ya que como se aprecia en la figura 16, a pesar de que la Chi^2 ajustada para la no normalidad es no significativa, ningún ítem se relacionó de manera estadísticamente significativa con el constructo de Compromiso Axialógico.

Dimensión de Compromiso con la Calidad del Servicio.

Los ítems correspondientes a esta dimensión fueron: 15, 16, 17, 18, 19, 23 cuya distribución univariante se resume en la tabla XXXI.

El ítem 15 expresó: *"¿considera usted que su tratamiento médico en la terapia intensiva no debe recibir modificaciones por médicos de terapia de otros turnos?"* Las respuestas se distribuyeron con 76.2% para "totalmente desacuerdo" y 19.0% de los médicos expresaron "desacuerdo". Por el contrario, 4.8% de los médicos expresaron "acuerdo" lo que quiere decir que no acepta que se modifique su tratamiento por otros compañeros.

El ítem 16 mencionó: *"¿considera que los médicos de terapia intensiva de este servicio deben actuar y trabajar como usted?"* En este ítem el 33.3% del grupo consideraron que los demás médicos deben trabajar y actuar como ellos.

El ítem 17 enunció: *"los problemas personales que usted tiene ¿repercuten sobre sus subordinados?"* Las respuestas encontradas indican 66.7% para "totalmente desacuerdo" y 19% de los médicos expresaron "desacuerdo". Por otra parte, 13.3% de los médicos consideraron que sus problemas personales repercuten en sus subordinados.

El ítem 18 señaló: *"si usted tiene un problema con algún subordinado ¿su forma de arreglar la situación es mandar oficios, recados y sanciones, así como no apoyarle en su desempeño laboral?"* Al respecto, ningún médico consideró utilizar este recurso para solucionar problemas con sus subordinados.

El ítem 19 indicó: a *"usted con frecuencia ¿deja problemas pendientes para resolver en otros turnos"* Las respuestas señalaron que 4.6% de los médicos expresaron estar "de acuerdo" en dejar problemas pendientes para otros turnos.

El ítem 23 enunció: "¿usted considera que para el equipamiento y funcionamiento eficiente de la terapia intensiva es necesaria la participación activa y el desempeño eficaz de los jefes del servicio?" La distribución de respuestas es de 40.9% para "totalmente de acuerdo" y 40.9% expresaron "de acuerdo". Por otra parte, el 18.2% de los médicos expresaron "totalmente desacuerdo", lo que implica no requerir definitivamente la participación y el desempeño eficaz de los jefes de servicio para el funcionamiento de la terapia intensiva.

En la figura 17 se ilustra la puntuación mediana para cada ítem. Para las preguntas 15, 16, 17, 18, 19, 23 la mediana de respuestas en este grupo abarcó de 1 a 4 puntos. El 83.4% de las respuestas tuvieron alto contenido de actitud en la calidad del servicio, excepto una (pregunta 16), en la que se expresó con dos puntos una tendencia a querer que los demás trabajen como el entrevistado, lo cual implica el sentirse modelo de actuación o de conducta.

Si bien existen médicos con desempeño eficiente por su capacidad académica y ética, no todos tienen estas características y por tanto no reúnen los requisitos de liderazgo para considerarse modelos de actuación o de conducta.

El comportamiento y la actuación del equipo directivo y del resto de los responsables guían al servicio hacia la gestión de calidad. La ética otorga significado a las acciones individuales más allá del que pueda derivarse de las normas o requisitos legales. La ética del servicio ha de impulsar a todo el personal de un centro a esforzarse por mejorar continuamente, por lo que se vuelve necesario tomar conciencia y compromiso general con la calidad. Saberse que no somos infalibles invita a planear, conocer los requerimientos de los usuarios, conocer la variación de costos en la calidad, medir los resultados, prevenir los errores, llevar un control estadístico de procesos, comparar resultados con otros a nivel local y mundial, conocer las limitaciones, explorar las necesidades de los usuarios a los servicios; premios en base a la promoción por la colaboración con resultados positivos, trabajo en equipo para resolver los problemas presentados en base a comités de círculos de calidad; entonces, no sólo considerarse ejemplos de conducta resuelve una situación sino mejorar cada día en el trabajo, actitudes y servicio hacia el usuario y los compañeros del departamento, así como reconocer las debilidades o errores y fortalezas o aciertos es lo que realmente eleva la calidad de un servicio.

Las correlaciones policóricas y el Error de Aproximación Cuadrático Medio para los ítems de esta dimensión se muestran en la tabla XXXII. En dicha tabla se observa que

nueve pares de ítems superaron el valor 0.1 en el Error de Aproximación Cuadrático Medio, de los cuales, únicamente en un par se verificó significancia estadística.

En la tabla XXXIII se resumen las Ecuaciones Estructurales para esta dimensión y su diagrama correspondiente se ilustra en la figura 18.

El valor de Chi cuadrada fue de 18.29 ($p = 0.11$ NS) y el Índice de Bondad de Ajuste de 0.71, ligeramente menor al valor aceptable en cuanto a las medidas de ajuste absoluto. El ajuste incremental se caracterizó por un Índice de Ajuste normado de 0.31 y el Índice de Ajuste de Parsimonia fue de 0.25. En conclusión el modelo es aceptable (Tabla XXXIV), ya que el valor de χ^2 fue de 8.24 ajustado para la no normalidad ($p = 0.766$), por lo que los ítems 15 y 18 reflejan la Dimensión de Compromiso con la Calidad del Servicio ya que se relacionaron de manera significativa con el constructo. Con estos ítems se manifiesta el desempeño de calidad en el servicio de los médicos.

Grupos de Familiares de Pacientes en Estado Crítico

Características Generales.

Distribución por sexo.

En el primer grupo de encuestados (Grupo IIa) el 62% fueron del sexo femenino y 38% del masculino. En el segundo grupo (Grupo IIb) 66.7% correspondieron al sexo femenino y el 33.3% al masculino (Véase figura 19). Por lo que se observó mayor frecuencia de las mujeres para la visita a los pacientes. Un factor que puede influir es que los varones con mucha frecuencia trabajan y por ello disminuye su asistencia a la visita. El grupo de mujeres, sobre todo las que se dedican al hogar con frecuencia son aquéllas a quienes se les asigna o se elige para el cuidado de los enfermos tanto en casas como en hospitales. Asimismo, la educación, valores y creencias de ellas, predispone a tener mayor inclinación por dichas actividades ya que socialmente se les pide que cuiden, eduquen, quieran, sean comprensivas y responsables y, por tanto se dediquen a los enfermos.

Distribución por edad.

La mayor frecuencia se ubicó entre las edades de 42 a 50 años con una media de 42 años en el Grupo IIa y de 30 a 50 años, con una media de 41 años en el Grupo IIb (Figura 20). La conducta ética puede considerarse heterogénea por edades, ya que las personas tienen según las diferentes décadas de la vida información, creencias, valores y experiencias muy diferentes de la juventud a la edad adulta y estos elementos pueden

influir sobre la forma de pensar y conceptos acerca de la vida, la muerte, el compromiso con la atención de los enfermos y la responsabilidad dentro del núcleo familiar. Usualmente la gente joven se cuestiona con menor frecuencia el concepto de enfermedad y muerte, posiblemente por considerarlas lejanas a su experiencia. En tanto, el sujeto adulto que se acerca a la vejez, frecuentemente reflexiona sobre estas etapas y las vive o experimenta tan cerca que influye sobre sus conceptos, vida cotidiana o familia y por tanto sobre su comportamiento.

Por otra parte, en cuanto a la información médica, en general, los adultos tienen mayor cantidad de experiencias en relación con los jóvenes, posibilitando el opinar o participar con mayor fundamento acerca de las decisiones sobre el tratamiento médico, así como extender la autorización o consentimiento informado con mayor seguridad y apreciación de los riesgos para la vida del enfermo.

Distribución según el parentesco.

En el Grupo Ila se encontró que el mayor porcentaje lo constituyen hijos, hermanos y cónyuges. En el Grupo IIb se encontró ésta misma proporción (Figura 21). Los factores que influyen con mayor frecuencia incluyen la cercana convivencia de estos familiares con el paciente, los lazos consanguíneos y la responsabilidad de familia. Tomando en consideración que el patrón familiar en México continúa siendo nuclear y predomina como valor social, cuando uno de los miembros importantes para el funcionamiento del núcleo familiar se enferma o pelagra su vida, es posible que dicha situación ocasione desajuste en familiares cercanos, ya que la pérdida del rol que desempeña puede influir de manera importante al desempeño normal de cada familiar tanto en forma individual como social.

Distribución según escolaridad.

En el Grupo Ila predominaron los niveles de primaria, secundaria y licenciatura y en el Grupo IIb predominaron los niveles de primaria, secundaria, bachillerato y licenciatura, tal como se ilustra en las figura 22.

Tradicionalmente se considera que a mayor grado de escolaridad mayor información y por tanto mayores posibilidades de tener fundamentos para crear una base ética o filosófica de la vida. Así, de acuerdo con el nivel escolar encontrado en estos grupos, se esperaría encontrar información suficiente para reconocer los valores social y

culturalmente aceptados y por tanto, obtendríamos, en teoría, respuestas cercanas a la ética en ambos grupos. Cabe mencionar que el porcentaje de analfabetismo es muy bajo.

Distribución según el turno de visita al paciente en estado crítico.

En el Grupo Ila predominaron las visitas durante el turno vespertino, en segundo lugar las del nocturno y en tercero las del matutino. En el Grupo IIb se mantuvo esta misma distribución (Figura 23).

Estos resultados se obtuvieron debido a que las encuestas fueron aplicadas predominantemente en el turno vespertino, en el cual labora la investigadora que realizó este estudio y aplicó los cuestionarios.

Cuestionario de Proyección Conceptual.

El cuestionario de proyección conceptual se dividió en tres dimensiones para su estudio y análisis que incluyeron: Compromiso Ético, Compromiso Axiológico y Compromiso con la Calidad del Servicio. Después de realizar la imputación de los valores, los patrones más frecuentes de respuestas se resumen en la tabla XXXV. En las tablas XXXVI – XL se comparan las proporciones de respuestas para los ítems de este cuestionario según la edad, sexo, parentesco, escolaridad y turno de visita de los familiares, en donde se encontraron diferencias significativas de los ítems 1 y 3 con relación a la edad de los familiares; asimismo, del ítem 3 con relación al parentesco; de los ítems 6,7,10 en relación con el grado de escolaridad y, los ítems 2,6,8,13,14 muestran diferencias importantes con el turno de visita al familiar enfermo.

Dimensión de Compromiso Ético.

Las preguntas que correspondieron a la dimensión de compromiso ético fueron: 2, 15, 5, 1 y 11 cuya distribución univariante se resumen en la tabla XLI.

El ítem 2 expresó: *"conozco y respeto las normas de la institución médica, específicamente en el área de cuidados intensivos"*. En este ítem el 92.6% de los encuestados señalaron conocer las normas de la UCI y están de acuerdo con ellas. El 7.4% de los familiares las desconocieron o estuvieron en desacuerdo con las mismas.

El ítem 15 enunció: *"soy responsable de mis actos aún en una situación crítica"*. Las respuestas encontradas comprendieron 50% para "totalmente de acuerdo" y 37.7% señalaron "de acuerdo". Entonces, el 11.6% de los familiares consideraron no ser responsables de sus actos ante una situación crítica.

El ítem 5 mencionó: *"continúo actuando con honestidad aunque cometa algún error"*. La frecuencia de respuestas incluye 62.9% para "totalmente de acuerdo" y 25.7% contestaron "de acuerdo". Por otra parte, 11.4% de los familiares consideraron no actuar con honestidad después de cometer algún error.

El ítem 1 indicó: *"busco satisfacer mis expectativas dentro y fuera del hospital"*. La distribución encontrada fue de respuestas incluye 54.9% para "totalmente de acuerdo" y 39.4% dijeron estar "de acuerdo". Por otra lado, 5.6% de los familiares consideraron no satisfacer sus expectativas ni dentro ni fuera del hospital.

El ítem 11 expresó: *"me preocupo por el deber ser, sin que me obliguen otras personas"*. La frecuencia de opciones comprende 45.6% para "de acuerdo" y 39.7% mencionaron estar "totalmente de acuerdo". Por otra parte, se apreció que 15% de los familiares no se preocuparon por el deber ser.

La mediana de cada respuesta se resume en las figura 24.

En estas preguntas 1, 2, 5, 11, 15 se observa un puntaje entre 4 y 5; el 5 indica actitudes que tienen alto contenido ético y el 4 se alejaron del contenido ético pero no carecieron de él.

De la forma que se expresa por los familiares del paciente en estas respuesta, que no conocen completamente ni respetan las normas de la institución posiblemente ante el estado de angustia, preocupación y exigencia al servicio, con los que pueden cursar (mediana de 4). No todos los familiares se consideran responsables de sus actos completamente en una situación crítica (mediana de 4). Lo que traduce que pueden actuar de diversas formas ante el estrés que están viviendo y ello impide que se considere su actitud 100% ética.

También refieren que no se preocupan por el deber ser en un 100% lo cual resta puntaje a su compromiso ético.

La familia juega un papel importante en el contexto ético que rodea al paciente crítico. Por una parte, se altera el manejo de sus afectos por sus miedos, temores ante la muerte y pérdida de la calidad de vida, lo que se traduce en un bloqueo emocional, que con frecuencia le hace percibirse como espectador sin tener participación en el cuidado de su familiar, el que se transforma en un ser dependiente de la UCI y sobre quien el médico despliega sus actividades y "poderes" sin restricción alguna; lo que lleva a dificultar la relación con el médico informante y con el equipo asistencial de la UCI. Las familias pueden mostrar dificultad para comprender e integrar la situación real de esta

experiencia de vida. En medio de esta confusión y problemática se afecta la actitud ética de los familiares hacia su enfermo grave y hacia la unidad de cuidados intensivos.

El punto de abordaje con estos elementos es el apoyo psicológico a los familiares y la orientación del funcionamiento de la Unidad de Cuidados Intensivos así como la información médica oportuna acerca de la evolución del paciente y por tanto el consentimiento informado.

De los ítems correspondientes a esta dimensión, únicamente el par conformado por el ítem 1 y el ítem 5 mostraron significancia estadística en el Error de Aproximación Cuadrático Medio, tal como se observa en la tabla XLII.

En la tabla XLIII se resumen las Ecuaciones Estructurales para los ítems de esta dimensión y su diagrama se muestra en la figura 25.

En la tabla XLIV se resume la calidad de ajuste del modelo. En relación con las medidas de ajuste absoluto se encontró un valor de Chi cuadrada no significativo y un Índice de Bondad de Ajuste de 0.95, bastante aceptable.

Por otra parte, el Índice de Ajuste Normado fue de 0.86 y el Índice de Ajuste de Parsimonia fue de 0.43. Este último se consideró bajo. En conclusión este modelo fue aceptable, con una χ^2 de 0.07, $p = 0.074$ (Figura 25), ajustada para la no normalidad, por lo que los ítems 15, 5, 1, 11 reflejan la Dimensión de Compromiso Ético ya que el valor de t de Student asociado al constructo hipotético fue significativo. Con estas preguntas se manifiesta la conceptualización ética de los familiares de pacientes en estado crítico.

Cabe señalar, que el ítem 2 no se asoció de manera significativa.

Dimensión de Compromiso Axiológico.

Para esta dimensión se plantearon las siguientes preguntas: 9,3,12,14,10 y su distribución univariante se muestra en la tabla XLV.

El ítem 9 mencionó: *"la ética tiene una relación directa con la moral, las buenas costumbres, los valores y el deber ser"*. La distribución de frecuencias muestra que casi el 20% de familiares consideraron que la ética no se relaciona con la moral, las buenas costumbres y el deber ser y el 80.3% si conceptualizaron esta asociación.

El ítem 3 indicó: *"considero que la vida y la salud son valores superiores al poder y al dinero"*. Las respuestas encontradas comprendieron 57.1% para la opción "totalmente de acuerdo" y 40% para "de acuerdo". Por lo que casi la totalidad de los familiares consideraron superiores la vida y la salud a los valores de poder y dinero.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El ítem 12 expresó: *"mi educación, religión, forma de pensar y actitud me han permitido vivir en armonía"*. Al respecto, 48.6% señalaron estar "de acuerdo" y 42.9% dijeron estar "totalmente de acuerdo" en que estas variables en definitiva les ayudan a vivir en armonía sin duda. El 8.6% de los familiares de pacientes consideraron que estos valores no son de utilidad para vivir en armonía.

El ítem 14 mencionó: *"pienso que el éxito debe estar en función de lo que uno debe hacer"*. En las opciones señaladas casi la totalidad de los familiares relacionaron el éxito con lo que se debe hacer.

El ítem 10 enunció: *"Los valores morales subsisten ante la enfermedad y lo inevitable"*. En este ítem se observó que 8.7% de los familiares de pacientes no consideraron que los valores morales subsistan ante la enfermedad y lo inevitable.

En la figura 26 se ilustra la puntuación mediana para cada ítem.

En este grupo de preguntas (3,9,10,12,14), la pregunta 3 tuvo una mediana de respuestas de cinco puntos considerando a la vida y la salud como valores trascendentes antes que otros. Las preguntas 9,10 y 12 con una mediana de cuatro puntos, en la cual no están "totalmente de acuerdo" en que la ética se relacione directamente con la moral, las buenas costumbres, los valores y el deber ser. No están totalmente de acuerdo en que la armonía se relacione con la educación, la religión, forma de pensar y actitudes; ni en que los valores morales subsisten ante la enfermedad y lo inevitable. La pregunta 14 tuvo una mediana de cinco puntos, lo que indica que los familiares de este grupo consideran definitivamente que el éxito está en función de lo que debemos hacer, lo cual implica en esta respuesta un alto contenido ético.

Los valores sirven de fundamento a las reglas con las cuales el individuo gobierna sus propias acciones, estas reglas son los principios morales. Ha de tenerse en cuenta que un firme sistema de valores y principios es indispensable cuando se requiere adoptar una resolución razonable y ética. Tener conciencia de lo que es valioso moralmente es facilitar el cumplimiento del deber.

Los valores son tales porque guardan una relación armoniosa con el ser humano.

Podemos entender que los seres humanos tenemos en apariencia valores diferentes, sin embargo para mejorar la convivencia y obtener mejores resultados en los servicios que solicitamos, más cuando se trata de la vida de un familiar, es conveniente dirigirse con actitudes lo más apegadas al contenido ético para evitar conflictos y en un momento dado si no estamos de acuerdo con el servicio entonces dirigirse a instancias organizacionales y legales que nos ayuden a resolver el problema.

En la tabla XLVI se resumen las correlaciones policóricas de los ítems correspondientes a esta dimensión y su correspondiente Error de Aproximación Cuadrático Medio. En dicha tabla se observa que los pares conformados por el ítem 10 y el ítem 9, así como el ítem 10 y el ítem 4 muestran significancia estadística.

En la tabla XLVII se muestran las Ecuaciones Estructurales correspondientes a los ítems de esta dimensión y su diagrama se ilustra en la figura 27.

El valor de Chi cuadrada fue de 7.98 ($p = 0.16$), no significativo y el Índice de Bondad de ajuste de 0.96, ambos muy aceptables como medidas de ajuste absoluto. Las medidas de ajuste incremental y de ajuste de parsimonia fueron definitivamente bajas tal como se resume en la tabla XLVIII. En conclusión, este modelo fue aceptable con un valor de χ^2 de 7.26, $p = 0.202$ ajustado para la no normalidad, y los ítems 3, 12, 14 y 10 reflejan la Dimensión de Compromiso Axiológico ya que estas preguntas se relacionaron significativamente con el constructo hipotético. Es decir, con estos ítems, se manifiesta la conceptualización axiológica de los familiares. Cabe señalar que el ítem 9, no se asoció de manera significativa en esta dimensión.

Dimensión de Compromiso con la Calidad del Servicio.

Las preguntas que representan la dimensión de compromiso con la calidad del servicio fueron: 4, 7, 6, 8, 13 y su distribución univariante se resumen en la tabla XLIX.

El ítem 4 señaló: *"considero que las obligaciones profesionales de los médicos deben corresponder a las necesidades de los pacientes y sus familiares"*. En este ítem se registró que el 11.5% de los familiares consideraron que las obligaciones de los médicos no deben estar en función de las necesidades de los pacientes y familiares, mientras el 88.6% si relacionaron estos conceptos.

El ítem 7 expresó: *"el desempeño médico sobresaliente implica siempre una buena calidad de servicio en el área"*. De acuerdo con la distribución de las respuestas casi la totalidad de los familiares de pacientes relacionaron la calidad del servicio con el desempeño sobresaliente del médico.

El ítem 6 expresó: *"creo que la calidad se mide en función de la recuperación del paciente"*. Según las respuestas indicadas solamente 33.8% del total de familiares consideraron que la calidad del servicio de UCI no depende de la recuperación de su enfermo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El ítem 8 mencionó: *"estoy satisfecho con la disposición ética y la calidad del servicio en esta área"*. En este ítem se encuentra que únicamente 4.3% de los encuestados no estuvieron satisfechos con la calidad del servicio y disposición ética en la UCI.

El ítem 13 enunció: *"percibo que mi actitud influye en la disposición ética de los médicos"*. De acuerdo a la distribución de respuestas casi la totalidad de los familiares de pacientes pensaron que su actitud influye en la disposición ética de los médicos.

En la figura 28 se muestra la puntuación mediana para cada ítem

En estas preguntas (4,6,7,8,13) la mediana se observó con puntaje de 4 a 5. De las cuales los familiares del paciente consideraron que "las obligaciones profesionales de los médicos no deben totalmente corresponder a las necesidades de los pacientes y sus familiares (mediana de 4); estuvieron "de acuerdo" en que la calidad se mide en función de la recuperación del paciente, aunque no totalmente (mediana de 4); estuvieron de acuerdo (pero no totalmente) con la calidad ética y la calidad del servicio en esta área (mediana de 4). Lo cual expresa que aceptan la funcionalidad del servicio, sin embargo no existe plena satisfacción de las necesidades del usuario.

Es necesario recordar que para gestionar la calidad total en un servicio de terapia intensiva se deben conocer las necesidades de los usuarios para ajustar los servicios a sus requerimientos; conocer los defectos de los servicios brindados para poder corregirlos y garantizar su calidad según las necesidades de los usuarios.

Si deseamos conocer las necesidades y expectativas de los usuarios debemos utilizar entre otros métodos la realización de encuestas y el análisis de las quejas registradas en cada institución.

La consideración de que la calidad se mide en función a la recuperación del paciente no es del todo cierta ya que si bien la disminución de muertes en un servicio nos refleja un trabajo continuo, en otros casos puede existir eficiencia y eficacia en la atención del paciente crítico y aún así fallecer debido al estado irreversible de su enfermedad.

También es de observarse con interés que no existió plenitud en la respuesta de estar satisfechos con la disposición ética y la calidad del servicio en el área. Lo cual indica la necesidad de mejorar e incluso modificar algunas acciones del servicio para llegar a la satisfacción real del usuario.

Por último en las preguntas sobre "la relación del desempeño médico con la calidad del servicio y la actitud del familiar como elemento que influye a la disposición ética de los médicos", se marcó una mediana de 5, lo que indica completo acuerdo con estos conceptos y por tanto alto contenido ético.

En la tabla L, se resumen las correlaciones policóricas y su valor de Error de Aproximación Cuadrático Medio de los ítems correspondientes a esta dimensión. El par conformado por el ítem 8 y el ítem 6 mostró significancia estadística en el Error de Aproximación Cuadrático Medio.

La tabla LI resume las Ecuaciones Estructurales encontradas para esta dimensión y su diagrama correspondiente se ilustra en la figura 29.

La calidad de ajuste se caracteriza por una Chi cuadrada con significancia estadística y un Índice de Bondad de Ajuste aceptable. El Índice de Ajuste Normado es de 0.80 y el Índice de Ajuste de Parsimonia es definitivamente bajo tal como se muestra en la tabla LII, por lo que este modelo no es aceptable, confirmándose por la χ^2 ajustada para la no normalidad con un valor de 14.08, $p = 0.015$, tal como se puede apreciar en la figura 29.

Cuestionario de Proyección Práctica.

En este grupo el Cuestionario de Proyección Práctica abarcó para su estudio y análisis ocho preguntas en la dimensión de Compromiso Ético; siete preguntas en la Dimensión de Compromiso Axiológico y cinco preguntas en la Dimensión de Compromiso con la Calidad en el Servicio, cuyos patrones de respuestas más frecuentes se pueden observar en la tabla LIII, después de efectuar el procedimiento de imputación de los valores.

En las tablas LIV – LVIII se comparan las proporciones de respuestas encontradas según la edad, sexo, parentesco, escolaridad y turno de visita de los familiares, en donde es posible apreciar una diferencia significativa en las respuestas para el ítem 8 con la edad de los familiares, el ítem 10 en relación con el sexo, los ítems 13,14,16,18,19 en relación con el parentesco y finalmente los ítems 14 y 19 mostraron diferencias significativas en las respuestas según el turno de vista del familiar.

Dimensión de Compromiso Ético.

Los ítems para la Dimensión de Compromiso Ético son: 1,3,6,7,11,16,17,20 y su distribución se resume en la tabla LIX.

El ítem 1 mencionó: *"si le dijera el médico de terapia intensiva que su enfermo no tiene forma de recuperarse ¿usted pediría que se le quitara el apoyo de vida?"*. Las respuestas se distribuyeron en 49.3% para "totalmente desacuerdo" y 22.7% expresaron

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"desacuerdo". El 28% de los familiares señalaron estar de acuerdo en que se retire el apoyo de vida cuando su enfermo presenta una condición irrecuperable.

El ítem 3 expresó: *"además de usted ¿hay más familiares que visitan diario a su enfermo en la terapia intensiva?"* En este ítem el 92.2% de los familiares de pacientes visitaron a sus enfermos junto con otros familiares.

El ítem 6 mencionó: *"¿usted sabe que es responsable en todo momento de colaborar en las decisiones relacionadas a su enfermo en la terapia intensiva?"* Un 49.4% de los familiares de pacientes respondieron "totalmente de acuerdo" y 40.3% expresaron estar "de acuerdo". Por otra parte, 10.4% de los familiares de pacientes no consideraron colaborar en la toma de decisiones de su enfermo.

El ítem 7 expresó: *"¿sabe para qué es una terapia intensiva y que se hace?"* La frecuencia de respuestas comprende 41.9% para "totalmente de acuerdo". El 36.5% expresaron estar "de acuerdo". A su vez, 21.7% de los familiares desconocieron qué es una terapia intensiva y la labor que se hace en ella.

El ítem 11 señaló: *"¿usted piensa que la enfermedad de su familiar tiene muy poco tiempo de aparecer?"* En este ítem el 47.2% consideraron que la enfermedad de su paciente es de reciente aparición.

El ítem 16 enunció: *"si su enfermo se encuentra cada vez más grave y le dicen que puede fallecer ¿usted piensa que es culpa de los médicos?"* Las respuestas encontradas comprendieron 46.7% para "desacuerdo" y 37.3% de los familiares de pacientes señalaron "totalmente desacuerdo". A su vez, 16% de los familiares de pacientes consideraron que el agravamiento de su paciente es por culpa de los médicos.

El ítem 17 mencionó: *"si no le dan informes cuando ingresa su enfermo a terapia intensiva ¿usted piensa que algo malo sucede?"* El 39.2% de los familiares de pacientes expresaron estar "de acuerdo". El 37.8% de los familiares de pacientes expresaron estar "totalmente de acuerdo". Por lo que llama la atención que el 77% de familiares de este grupo pensaron que si no recibe información en estas condiciones algo malo sucede a su enfermo.

El ítem 20 mencionó: *"si usted no sabe que su enfermo se vaya a recuperar o no, y le dicen los médicos que es posible que se opere cinco veces ¿usted autoriza?"* La frecuencia de respuestas mostró que 52% de los familiares tendieron a no estar de acuerdo en estas autorizaciones y el 48% tendieron a estar de acuerdo.

En la figura 30 se ilustra la puntuación mediana que obtuvo cada ítem.

Las correlaciones policóricas para los ítems correspondientes a esta dimensión y su valor de Error de Aproximación Cuadrático Medio se resumen en la tabla LX.

En la tabla LXI se resumen las Ecuaciones Estructurales para esta dimensión y su diagrama se muestra en la figura 31.

En la tabla LXII es posible observar que la calidad de ajuste de esta dimensión comprendió significancia estadística para el valor de Chi cuadrada con un Índice de Bondad de Ajuste de 0.88 para las medidas de ajuste absoluto. Las medidas de ajuste incremental y de parsimonia mostraron valores definitivamente bajos. El modelo es aceptable ya que alcanzó un valor de χ^2 de 26.61, $p = 0.272$ ajustado para la no normalidad, de manera que los ítems 6 y 7 reflejan la Dimensión de Compromiso Ético ya que se relacionaron significativamente con su constructo. Con estas preguntas se manifiesta el desempeño ético de los familiares.

Dimensión de Compromiso Axiológico.

Las preguntas que comprendieron el cuestionario de proyección práctica para la dimensión de compromiso axiológico fueron: 2,4,5,8,10,12 y 15. En la tabla LXIII se muestra la frecuencia de distribución de las respuestas.

El ítem 2 mencionó: *"¿usted reza a Dios por su enfermo que está en terapia intensiva?"*. Las respuestas se distribuyeron en 73.1% para "totalmente de acuerdo" y 24.4% de familiares de pacientes dijeron estar "de acuerdo". Es decir, 97.5% de familiares de pacientes de este grupo tendieron a rezar a Dios por sus enfermos graves.

El ítem 4 mencionó: *"¿su enfermo le dijo a usted, antes de que lo trajera al hospital, cuál es su voluntad en cuanto a su vida, su enfermedad y de tenerlo en una terapia intensiva?"*. En este ítem se encontró que casi el 60% de los familiares desconocieron la voluntad y opinión de su enfermo.

El ítem 5 expresó: *"si su enfermo está grave y sabe que no tiene recuperación ¿usted piensa que es mejor que muera en su casa?"*. De acuerdo con las respuestas 52% de los familiares de pacientes señalaron estar de acuerdo en llevarse a su casa a su enfermo irrecuperable.

El ítem 8 enunció: *"¿usted piensa que la terapia intensiva es un lugar donde siempre se salvan los enfermos graves?"* La distribución de respuestas señaló que casi el 43% de los familiares de pacientes sí consideraron que la terapia intensiva es un lugar donde siempre se salvan los enfermos graves.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El ítem 10 mencionó: *"¿usted cree que su enfermo grave debe recibir todos los tratamientos que prolonguen su vida, quede como quede y no le importa el tiempo que esté en la terapia intensiva y en el hospital?"* En las respuestas correspondientes se observó que 68% de los familiares consideraron que su enfermo debe recibir todo el apoyo sin importar la calidad de vida con la que quede y el tiempo que permanezca en hospitalización.

El ítem 12 mencionó: *"¿usted piensa que es mejor se le diga la verdad acerca de lo que pasa con la enfermedad de su familiar?"* En este ítem 92.3% de los familiares señalaron preferir que se les hable con honestidad.

El ítem 15 expresó: *"si los médicos de terapia intensiva de los turnos le dan diferentes informes ¿usted piensa que le engañan o le mienten?"* Las respuestas comprendieron 33.3% para la opción "en desacuerdo" y 26.7% de los familiares de pacientes expresaron estar "de acuerdo". Por otra parte, 46.7% de los familiares de pacientes se consideraron engañados cuando reciben diferentes informes por los médicos de los distintos turnos.

La puntuación mediana para cada ítem se ilustra en la figura 32.

En la tabla LXIV se resumen las correlaciones policóricas y su valor de Error de Aproximación Cuadrático Medio para los ítems de esta dimensión. Únicamente el par conformado por el ítem 15 y el ítem 10 mostró significancia estadística en el Error de Aproximación Cuadrático Medio.

En la tabla LXV se muestran las Ecuaciones Estructurales obtenidas para los ítems de esta dimensión y su correspondiente diagrama se ilustra en la figura 33.

Las medidas de ajuste absoluto mostraron un valor no significativo de Chi cuadrada y un Índice de Bondad de Ajuste bastante adecuado como se muestra en la tabla LXVI.

Sin embargo, las medidas de ajuste incremental y de ajuste de parsimonia son bajas.

En conclusión, este modelo fue aceptable, con un valor de χ^2 de 20.76, $p = 0.107$ ajustado para la no normalidad, por lo que los ítems 2, 10 y 12 reflejan la Dimensión de Compromiso Axiológico, ya que se relacionaron significativamente con el constructo. Es decir, estas preguntas manifiestan el desempeño axiológico de los familiares.

Dimensión de Compromiso con la Calidad del Servicio.

El grupo de preguntas que abarcó la dimensión de compromiso con la calidad del servicio fueron: 9, 13, 14, 18, 19 y su distribución se resume en la tabla XLVII.

El ítem 9 enunció: *"¿usted piensa que la atención médica en la terapia intensiva es mejor que en cualquier otro servicio del hospital?"* En las respuestas señaladas se encontró que el 83.1% de los familiares de pacientes tendieron a considerar que el servicio de la terapia intensiva es mejor que otros servicios en este hospital.

El ítem 13 expresó: *"cuando los médicos no deciden rápido un estudio o tratamiento con su enfermo ¿usted piensa que no saben?"*. Las respuestas comprendieron 65.3% para las opciones "desacuerdo" y "totalmente desacuerdo". A su vez, 19.4% de los familiares de pacientes expresaron "de acuerdo" y 15.3% de los familiares de pacientes estuvieron "totalmente de acuerdo". Por lo que el 34.7% de los familiares de pacientes consideraron ineptos a los médicos que no deciden rápido un estudio o tratamiento con su enfermo.

El ítem 14 indicó: *"cuando los médicos no le dicen la enfermedad que tiene su familiar ¿usted piensa que no saben?"* Las respuestas señaladas comprendieron 30.6% para "desacuerdo" y 29.2% de los familiares de pacientes dijeron estar "de acuerdo". Por otro lado, 44.5% de los familiares tendieron a considerar que los médicos no saben su actividad si no reciben información sobre la enfermedad de su familiar.

El ítem 18 mencionó: *"¿los médicos y jefes de servicio del turno matutino de la terapia intensiva son poco comunicativos, poco atentos y le dan informes cortos y confusos?"*. En la frecuencia de respuestas para esta pregunta se encontró que el 17.4% de los familiares de pacientes tendieron a considerar que los médicos del turno matutino tuvieron esta conducta.

El ítem 19 expresó: *"si su enfermo se complica durante una operación ¿usted cree que debe demandar al cirujano?"*. Las respuestas señaladas comprendieron 57.5% para "desacuerdo" y 27.4% de familiares de pacientes definitivamente no demandarían en ningún momento ya que respondieron "totalmente desacuerdo". El 15.1% de los familiares de pacientes tendieron a demandar en estas condiciones.

En la figura 34 se ilustra la puntuación mediana para cada ítem.

Es posible que en las preguntas anteriores se proyecte una conducta de desconfianza en cierto grado o falta de seguridad por parte de los familiares de pacientes en estado grave hacia los médicos.

Dos pares de ítems mostraron significancia estadística en el Error de Aproximación Cuadrático Medio, tal como se muestra en la tabla LXVIII.

Las Ecuaciones Estructurales que se obtuvieron para esta dimensión se muestran en la tabla LXIX y su correspondiente diagrama se ilustra en la figura 35.

En la tabla LXX se observa significancia estadística en la medida de ajuste absoluto con un Índice de Bondad de Ajuste aceptable. El Índice de Ajuste Normado tuvo un valor aceptable como medida de ajuste incremental y el Índice de ajuste de parsimonia fue definitivamente bajo. Este modelo fue aceptable con un valor de χ^2 de 8.13, $p = 0.1492$ ajustado para la no normalidad, por lo que los ítems 13, 14, 18 y 19 reflejan la Dimensión de Calidad en el Servicio, ya que estas respuestas se relacionan significativamente con el constructo. Con estas preguntas, se manifiesta el desempeño de la calidad del servicio de los familiares. Cabe señalar que el ítem 9, no se asoció de manera significativa.

TABLA I
QUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO MÉDICOS.
PATRONES DE RESPUESTAS MÁS COMUNES

DIMENSIÓN DE COMPROMISO ÉTICO					
Frecuencia de respuestas	ítem 14	ítem 5	ítem 3	ítem 1	ítem 11
3	4	4	4	4	4
3	5	5	5	5	5
2	5	5	4	4	5
2	5	5	5	4	5
1	4	5	5	*	5
1	4	4	4	5	4
1	4	4	5	4	4
1	2	5	5	4	4
1	5	4	4	4	5
1	5	4	5	4	5
1	4	5	4	4	5
1	4	2	4	4	4
1	4	5	5	5	5
1	5	5	5	5	4
1	4	2	1	2	4

DIMENSIÓN DE COMPROMISO AXIOLÓGICO					
Frecuencia de respuestas	ítem 8	ítem 2	ítem 12	ítem 5	ítem 9
2	4	5	4	5	4
2	5	5	5	5	5
2	4	5	4	4	5
1	2	4	5	4	4
1	4	4	4	4	4
1	4	5	5	4	4
1	2	5	4	4	2
1	4	5	5	5	4
1	*	5	4	5	5
1	4	5	5	5	5
1	5	5	5	4	5
1	5	4	4	5	2
1	2	5	5	5	5
1	2	4	4	4	5
1	1	5	5	4	4
1	2	5	4	4	5
1	*	5	4	4	2
1	2	5	5	4	4

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

TABLA I (continuación)
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO MÉDICOS.
PATRONES DE RESPUESTAS MÁS COMUNES

DIMENSIÓN DE COMPROMISO CON LA CALIDAD EN EL SERVICIO					
Frecuencia de respuestas	ítem 6	ítem 4	ítem 10	ítem 7	ítem 13
2	4	5	4	4	4
2	4	4	4	4	4
2	5	5	5	4	5
2	5	5	5	5	5
1	4	4	4	*	4
1	5	5	5	4	2
1	5	5	4	4	5
1	5	5	5	*	5
1	5	4	4	4	5
1	5	4	4	5	5
1	5	5	5	4	4
1	4	1	2	2	4
1	5	4	4	5	5
1	4	4	4	2	4
1	4	5	5	4	4
1	4	4	*	4	5
1	5	4	4	5	4

t	Totalmente de acuerdo	= 5
a	Acuerdo	= 4
d	Desacuerdo	= 2
td	Totalmente desacuerdo	= 1

TABLA II
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO MÉDICOS
ASOCIACIÓN DE VARIABLES

Asociación	Chi ²	Valor p
Edad ítem 1	11.47	0.571
Edad ítem 2	27.16	0.401
Edad ítem 3	11.64	0.557
Edad ítem 4	36.16	0.089
Edad ítem 5	35.28	0.094
Edad ítem 6	14.19	0.360
Edad ítem 7	40.71	0.395
Edad ítem 8	19.37	0.820
Edad ítem 9	14.19	0.360
Edad ítem 10	47.25	0.171
Edad ítem 11	25.78	0.475
Edad ítem 12	22.60	0.655
Edad ítem 13	18.90	0.841
Edad ítem 14	60.22	0.203
Edad ítem 15	16.67	0.215

TABLA III
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO MÉDICOS
ASOCIACIÓN DE VARIABLES

Asociación	Chi ²	Valor p
Sexo ítem 1	1.75	0.417
Sexo ítem 2	4.17	0.382
Sexo ítem 3	0.955	0.620
Sexo ítem 4	3.54	0.472
Sexo ítem 5	4.36	0.372
Sexo ítem 6	3.88	0.143
Sexo ítem 7	2.54	0.864
Sexo ítem 8	4.818	0.306
Sexo ítem 9	3.88	0.524
Sexo ítem 10	4.075	0.667
Sexo ítem 11	2.186	0.702
Sexo ítem 12	2.22	0.694
Sexo ítem 13	6.25	0.181
Sexo ítem 14	3.64	0.888
Sexo ítem 15	0.309	0.857

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA IV
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
 GRUPO MÉDICOS
 ASOCIACIÓN DE VARIABLES

Asociación	Chi ²	Valor p
Plaza Ítem 1	2.21	0.330
Plaza Ítem 2	4.32	0.364
Plaza Ítem 3	1.35	0.508
Plaza Ítem 4	3.23	0.519
Plaza Ítem 5	2.62	0.854
Plaza Ítem 6	0.992	0.609
Plaza Ítem 7	7.56	0.272
Plaza Ítem 8	2.54	0.637
Plaza Ítem 9	0.992	0.609
Plaza Ítem 10	3.07	0.721
Plaza Ítem 11	1.83	0.766
Plaza Ítem 12	4.28	0.364
Plaza Ítem 13	2.73	0.604
Plaza Ítem 14	4.37	0.822
Plaza Ítem 15	1.54	0.462

TABLA V
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
 GRUPO MÉDICOS
 ASOCIACIÓN DE VARIABLES

Asociación	Chi ²	Valor p
Turno Ítem 1	2.829	0.587
Turno Ítem 2	16.025	0.042
Turno Ítem 3	4.76	0.312
Turno Ítem 4	6.38	0.604
Turno Ítem 5	11.11	0.519
Turno Ítem 6	3.23	0.519
Turno Ítem 7	21.018	0.050
Turno Ítem 8	4.45	0.814
Turno Ítem 9	2.82	0.587
Turno Ítem 10	8.24	0.766
Turno Ítem 11	6.38	0.605
Turno Ítem 12	6.78	0.560
Turno Ítem 13	3.57	0.894
Turno Ítem 14	19.86	0.226
Turno Ítem 15	7.38	0.117

TABLA VI
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
 GRUPO MÉDICOS. COMPROMISO ÉTICO
 DISTRIBUCIÓN UNIVARIANTE PARA VARIABLES ORDINALES

	Frecuencia	Porcentaje	Gráfica de Barras
ÍTEM 14			
td	1	5.3	0
d	6	31.6	0000000
a	8	42.1	000000000
t	4	21.1	0000
ÍTEM 15			
a	4	19.0	0000
t	17	81.0	00000000000000000000
ÍTEM 3			
a	11	52.4	000000000000
t	10	47.6	000000000000
ÍTEM 1			
a	12	57.1	00000000000000
t	9	42.9	0000000000
ÍTEM 11			
d	3	14.3	000
a	8	38.1	000000000
t	10	47.6	00000000000

t	Totalmente de acuerdo	= 5
a	Acuerdo	= 4
d	Desacuerdo	= 2
td	Totalmente desacuerdo	= 1

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA VII
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO MÉDICOS. COMPROMISO ÉTICO
CORRELACIONES Y PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Prueba del modelo

Prueba del mejor ajuste

Variable	vs.	Variable	Correlación	Chi ²	G.L.	Valor P	RMSEA	Valor P
ÍTEM15	vs.	ÍTEM14	0.027 (PC)	1.366	2	0.500	0.000	0.562
ÍTEM3	vs.	ÍTEM14	0.022 (PC)	2.881	2	0.237	0.152	0.300
ÍTEM3	vs.	ÍTEM15	0.401 (PC)	0.000	0	1.000	0.152	1.000
ÍTEM1	vs.	ÍTEM14	0.634 (PC)	0.142	2	0.932	0.000	0.943
ÍTEM1	vs.	ÍTEM15	0.327 (PC)	0.000	0	1.000	0.000	1.000
ÍTEM1	vs.	ÍTEM3	0.216 (PC)	0.000	0	1.000	0.000	1.000
ÍTEM11	vs.	ÍTEM14	0.190 (PC)	8.627	5	0.125	0.195	0.202
ÍTEM11	vs.	ÍTEM15	0.359 (PC)	0.059	1	0.809	0.000	0.827
ÍTEM11	vs.	ÍTEM3	0.305 (PC)	3.668	1	0.055	0.356	0.081
ÍTEM11	vs.	ÍTEM1	0.196 (PC)	0.020	1	0.889	0.000	0.900

PC = Policórica

RMSEA = Error de Aproximación Cuadrático Medio

Porcentaje de pruebas superiores 0.5% Nivel de significancia: 0.0%

Porcentaje de pruebas superiores 1.0% Nivel de significancia: 0.0%

Porcentaje de pruebas superiores 5.0% Nivel de significancia: 0.0%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA VIII
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
 GRUPO MÉDICOS. COMPROMISO ÉTICO
 ECUACIONES ESTRUCTURALES

Modelo de Medida

Estimación por Máxima Similitud

ÍTEM14 = 0.79*ético.	Errorvar. = 1.12 .	R ² = 0.36
(0.47)	(0.70)	
1.69	1.60	
ÍTEM15 = 0.090*ético.	Errorvar. = 0.15 .	R ² = 0.050
(0.11)	(0.050)	
0.83	3.09	
ÍTEM3 = 0.084*ético.	Errorvar. = 0.25 .	R ² = 0.027
(0.14)	(0.082)	
0.62	3.12	
ÍTEM1 = 0.41*ético.	Errorvar. = 0.092.	R ² = 0.64
(0.22)	(0.16)	
1.88	0.57	
ÍTEM11 = 0.22*ético.	Errorvar. = 1.01 .	R ² = 0.048
(0.28)	(0.33)	
0.82	3.09	

* Valores de t entre paréntesis.

* R² Coeficiente de Regresión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA IX
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO MÉDICOS. COMPROMISO ÉTICO
AJUSTE DEL MODELO

Grados de libertad =	5
Chi cuadrada del modelo estudiado =	3.51 (P = 0.62)
Parámetro de no centralidad (NCP) =	0.0
Intervalo de confianza 90 por ciento para NCP =	(0.0 : 6.81)
Error de aproximación cuadrático medio (RMSEA) =	0.0
Intervalo de confianza 90 por ciento para RMSEA =	(0.0 : 0.26)
Valor p para el mejor ajuste (RMSEA < 0.05) =	0.64
Índice de validación cruzada esperada (ECVI) =	1.25
Intervalo de confianza 90 por ciento para ECVI =	(1.25 : 1.59)
ECVI para el modelo saturado =	1.50
ECVI para el modelo independiente =	1.02
Criterio de información de Akaike AIC =	23.58
Índice de ajuste normado (NFI) =	0.66
Índice de ajuste no normado (NNFI) =	8.95
Índice de ajuste normado de parsimonia (PNFI) =	0.33
Índice de ajuste comparativo (CFI) =	1.00
Índice de ajuste incremental (IFI) =	1.28
Índice de ajuste relativo (RFI) =	0.32
N crítica(CN) =	56.99
Índice de bondad de ajuste (GFI) =	0.93
Índice de bondad de ajuste estimado (AGFI) =	0.80
Índice de bondad de ajuste de parsimonia (PGFI) =	0.31

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA X
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO MÉDICOS. COMPROMISO AXIOLÓGICO
DISTRIBUCIÓN UNIVARIANTE PARA VARIABLES ORDINALES

	Frecuencia	Porcentaje	Gráfica de barras
ÍTEM 8			
d	1	4.8	□
a	10	47.6	□□□□□□□□□□
t	10	47.6	□□□□□□□□□□
ÍTEM 2			
d	2	9.5	□□
a	7	33.3	□□□□□□□
t	12	57.1	□□□□□□□□□□□□
ÍTEM 12			
td	1	4.8	□
a	9	42.9	□□□□□□□□□
t	11	52.4	□□□□□□□□□□□
ÍTEM 5			
d	1	5.0	□
a	13	65.0	□□□□□□□□□□□□□
t	6	30.0	□□□□□□
ÍTEM 9			
a	9	42.9	□□□□□□□□□
t	12	57.1	□□□□□□□□□□□□

t	Totalmente de acuerdo	= 5
a	Acuerdo	= 4
d	Desacuerdo	= 2
td	Totalmente desacuerdo	= 1

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

TABLA XI
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO MÉDICOS. COMPROMISO AXIOLÓGICO
CORRELACIONES Y PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Prueba del Modelo

Prueba del mejor ajuste

Variable	Vs.	Variable	Correlación	Chi ²	G.L.	Valor P	RMSEA	Valor P
ÍTEM 2	vs.	ÍTEM 8	0.450 (PC)	5.127	3	0.163	0.184	0.238
ÍTEM 12	vs.	ÍTEM 8	0.326 (PC)	4.156	3	0.245	0.135	0.331
ÍTEM 12	vs.	ÍTEM 2	0.814 (PC)	0.971	3	0.808	0.000	0.852
ÍTEM 5	vs.	ÍTEM 8	0.395 (PC)	1.268	3	0.737	0.000	0.791
ÍTEM 5	vs.	ÍTEM 2	0.733 (PC)	1.376	3	0.711	0.000	0.769
ÍTEM 5	vs.	ÍTEM 12	0.806 (PC)	2.749	3	0.432	0.000	0.518
ÍTEM 9	vs.	ÍTEM 8	0.854 (PC)	0.005	1	0.942	0.000	0.947
ÍTEM 9	vs.	ÍTEM 2	0.833 (PC)	0.084	1	0.772	0.000	0.794
ÍTEM 9	vs.	ÍTEM 12	0.544 (PC)	0.347	1	0.556	0.000	0.595
ÍTEM 9	vs.	ÍTEM 5	0.363 (PC)	0.754	1	0.385	0.000	0.431

PC = Policórica

RMSEA = Error de Aproximación Cuadrático Medio

Porcentaje de pruebas superiores 0.5% Nivel de significancia: 0.0%

Porcentaje de pruebas superiores 1.0% Nivel de significancia: 0.0%

Porcentaje de pruebas superiores 5.0% Nivel de significancia: 0.0%

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA XII
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
 GRUPO MÉDICOS. COMPROMISO AXIOLÓGICO
 ECUACIONES ESTRUCTURALES

Modelo de Medida

Estimación por Máxima Similitud

ÍTEM8 = 0.18*axiológico. (0.17)	Errorvar. = 0.51 (0.16)	R ² = 0.061
1.07	3.14	
ÍTEM2 = 0.73*axiológico. (0.18)	Errorvar. = 0.32 (0.13)	R ² = 0.62
4.04	2.46	
ÍTEM12 = 0.83*axiológico. (0.17)	Errorvar. = 0.16 (0.11)	R ² = 0.82
4.89	1.38	
ÍTEM5 = 0.56*axiológico. (0.13)	Errorvar. = 0.15 (0.068)	R ² = 0.68
4.27	2.24	
ÍTEM9 = 0.24*axiológico. (0.11)	Errorvar. = 0.20 (0.066)	R ² = 0.22
2.11	3.05	

* Valores de t entre paréntesis.

* R² Coeficiente de Regresión.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA XIII
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO MÉDICOS. COMPROMISO AXIOLÓGICO
AJUSTE DEL MODELO

Grados de libertad =	5
Chi cuadrada del modelo estimado =	14.83 (P = 0.011)
Parámetro de no centralidad (NCP) =	6.97
Intervalo de confianza 90 por ciento para NCP =	(0.41 ; 21.14)
Error de aproximación cuadrático medio (RMSEA) =	0.26
Intervalo de confianza 90 por ciento para RMSEA =	(0.064 ; 0.46)
Valor p para el mejor ajuste (RMSEA < 0.05) =	0.044
Índice de validación cruzada esperada (ECVI) =	1.60
Intervalo de confianza 90 por ciento para ECVI =	(1.27 ; 2.31)
ECVI para el modelo saturado =	1.50
ECVI para el modelo independiente =	2.98
Criterio de información de Akaike AIC =	.31.97
Índice de ajuste normado (NFI) =	0.70
Índice de ajuste no normado (NNFI) =	0.50
Índice de ajuste normado de parsimonia (PNFI) =	0.35
Índice de ajuste comparativo (CFI) =	0.75
Índice de ajuste incremental (IFI) =	0.78
Índice de ajuste relativo (RFI) =	0.40
N crítica (CN) =	21.35
Índice de bondad de ajuste (GFI) =	0.81
Índice estimado de bondad de ajuste (AGFI) =	0.42
Índice de bondad de ajuste de parsimonia (PGFI) =	0.27

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA XIV
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
 GRUPO MÉDICOS. COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL SERVICIO
 DISTRIBUCIÓN UNIVARIANTE PARA VARIABLES ORDINALES

	Frecuencia	Porcentaje	Gráfica de barras
ÍTEM 6			
a	9	42.9	oooooooo
t	12	57.1	oooooooooooo
ÍTEM 4			
td	1	4.8	o
a	8	38.1	oooooooo
t	12	57.1	oooooooooooo
ÍTEM 10			
d	1	5.0	o
a	11	55.0	oooooooooooo
t	8	40.0	oooooooo
ÍTEM 7			
D	2	10.5	oo
a	12	63.2	oooooooooooo
t	5	26.3	ooooo
ÍTEM 13			
d	1	4.8	o
a	10	47.6	oooooooooooo
t	10	47.6	oooooooooooo

t	Totalmente de acuerdo	= 5
a	Acuerdo	= 4
d	Desacuerdo	= 2
td	Totalmente desacuerdo	= 1

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA XV
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO MÉDICOS. COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL SERVICIO
CORRELACIONES Y PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Prueba del modelo

Prueba del mejor ajuste

Variable	vs.	Variable	Correlación	Chi2	G.L.	Valor p	RMSEA	Valor p
ÍTEM 4	vs	ÍTEM 6	0.638 (PC)	0.183	1	0.669	0.000	0.700
ÍTEM 10	vs	ÍTEM 6	0.721 (PC)	0.108	1	0.742	0.000	0.766
ÍTEM 10	vs	ÍTEM 4	1.000 (PC)					
ÍTEM 7	vs	ÍTEM 6	0.983 (PC)	0.000	1	1.000	0.000	1.000
ÍTEM 7	vs	ÍTEM 4	0.468 (PC)	4.687	3	0.196	0.172	0.269
ÍTEM 7	vs	ÍTEM 10	0.441 (PC)	4.082	3	0.253	0.142	0.328
ÍTEM 13	vs	ÍTEM 6	0.581 (PC)	7.601	1	0.006	0.561	0.011
ÍTEM 13	vs	ÍTEM 4	0.250 (PC)	3.195	3	0.362	0.056	0.454
ÍTEM 13	vs	ÍTEM 10	0.241 (PC)	4.752	3	0.191	0.171	0.267
ÍTEM 13	vs	ÍTEM 7	0.567 (PC)	2.083	3	0.555	0.000	0.629

PC = Policórica

RMSEA = Error de Aproximación Cuadrático Medio

Porcentaje de pruebas superiores 0.5% Nivel de significancia: 0.0%

Porcentaje de pruebas superiores 1.0% Nivel de significancia: 0.0%

Porcentaje de pruebas superiores 5.0% Nivel de significancia: 11.1%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA XVI
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
 GRUPO MÉDICOS. COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL SERVICIO

Modelo de Medida

Estimación por Máxima Similitud

ÍTEM6 = 0.26*servicio. (0.11)	Errorvar. = 0.19 . (0.061)	R ² = 0.27
2.41	3.07	
ÍTEM4 = 0.86*servicio. (0.17)	Errorvar. = 0.12 . (0.11)	R ² = 0.86
5.12	1.12	
ÍTEM10 = 0.67*servicio. (0.13)	Errorvar. = 0.085 . (0.067)	R ² = 0.84
5.04	1.26	
ÍTEM7 = 0.52*servicio. (0.18)	Errorvar. = 0.44 . (0.15)	R ² = 0.38
2.97	3.00	
ÍTEM13 = 0.097*servicio. (0.17)	Errorvar. = 0.54 . (0.17)	R ² = 0.017
0.57	3.16	

- * Valores de t entre paréntesis.
- * R² Coeficiente de Regresión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA XVII
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO MÉDICOS. COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL SERVICIO
AJUSTE DEL MODELO

Grados de libertad =	5
Chi cuadrada del modelo estimado =	0.086)
Parámetro de no centralidad (NCP) =	4.33
Intervalo de confianza 90 por ciento para NCP =	(0.0 : 17.06)
Error de aproximación cuadrático medio (RMSEA) =	0.21
Intervalo de confianza 90 por ciento para RMSEA =	(0.0 : 0.41)
Valor p para el mejor ajuste (RMSEA < 0.05) =	0.11
Índice de validación cruzada esperada (ECVI) =	1.47
Intervalo de confianza 90 por ciento (ECVI) =	(1.25 : 2.10)
ECVI para el modelo saturado =	1.50
ECVI para el modelo independiente =	2.83
Criterio de información de Akaike =	29.33
Índice de ajuste normado (NFI) =	0.79
Índice de ajuste no normado (NNFI) =	0.75
Índice de ajuste normado de parsimonia (PNFI) =	0.40
Índice de ajuste comparativo (CFI) =	0.87
Índice de ajuste incremental (IFI) =	0.89
Índice de ajuste relativo (RFI) =	0.59
N crítica (CN) =	32.31
Índice de bondad de ajuste (GFI) =	0.84
Índice estimado de bondad de ajuste (AGFI) =	0.53
Índice de bondad de ajuste de parsimonia (PGFI) =	0.28

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA XVIII
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO MÉDICOS.
PATRONES DE RESPUESTAS MÁS COMUNES

DIMENSIÓN DE COMPROMISO ÉTICO										
Frecuencia de respuestas	ítem 1	ítem 2	ítem 3	ítem 5	ítem 6	ítem 7	ítem 9	ítem 12	ítem 13	ítem 14
1	1	1	*	1	1	1	5	4	1	5
1	1	5	4	2	1	1	5	1	1	1
1	1	2	1	*	2	2	2	5	1	1
1	2	*	2	2	4	4	1	1	*	2
1	1	2	1	2	1	1	5	5	1	1
1	2	2	1	4	1	1	2	4	2	1
1	1	1	2	4	4	1	2	2	1	2
1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2
1	4	2	1	*	1	2	5	1	4	1
1	*	2	4	4	2	*	2	2	2	2
1	1	1	1	*	5	5	5	1	1	1
1	4	4	1	2	2	1	4	2	4	4
1	2	4	2	4	2	4	2	*	2	2
1	1	4	2	4	2	2	1	2	2	2
1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2
1	1	2	2	2	1	1	4	2	1	1
1	4	2	2	2	2	2	*	4	2	2
1	1	1	1	1	1	1	2	4	2	2
1	4	2	2	2	2	2	5	4	4	2
1	1	2	4	5	2	4	2	2	*	*

DIMENSIÓN DE COMPROMISO AXIOLÓGICO						
Frecuencia de respuestas	ítem 4	ítem 10	ítem 11	ítem 20	ítem 21	ítem 22
2	2	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	2
1	1	1	4	1	1	5
1	4	1	1	1	1	5
1	4	1	1	1	1	1
1	2	1	2	1	2	2
1	1	1	1	1	1	4
1	4	1	2	1	1	1
1	*	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	5
1	*	1	2	1	2	2
1	*	1	4	1	1	2
1	4	1	1	1	1	4
1	1	2	2	1	1	1
1	2	2	2	1	1	1
1	5	2	2	1	1	1
1	4	2	4	1	2	2
1	*	2	2	1	1	1
1	4	2	2	1	1	2

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA XVIII (continuación)
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO MÉDICOS.
PATRONES DE RESPUESTAS MÁS COMUNES

DIMENSIÓN DE COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL SERVICIO						
Frecuencia de respuestas	ítem 15	ítem 16	ítem 17	ítem 18	ítem 19	ítem 23
3	1	1	1	1	1	4
2	1	5	1	1	1	5
1	1	1	1	1	2	5
1	2	4	1	*	2	4
1	1	*	*	1	1	1
1	1	2	2	1	2	4
1	2	4	4	2	2	4
1	1	*	5	1	1	4
1	2	2	2	2	2	4
1	1	*	1	1	1	5
1	1	1	1	1	1	5
1	1	4	4	1	2	1
1	1	1	1	1	4	5
1	2	2	2	1	1	5
1	1	4	1	1	1	5
1	4	2	2	*	2	4
1	1	1	1	2	1	1
1	*	1	1	1	2	5
1	1	*	1	1	2	1

t	Totalmente de acuerdo	= 5
a	Acuerdo	= 4
d	Desacuerdo	= 2
td	Totalmente desacuerdo	= 1

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA XIX
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO MÉDICOS
ASOCIACIÓN DE VARIABLES

Asociación	Chi ²	Valor p
Edad Ítem 1	30.87	0.820
Edad Ítem 2	46.17	0.701
Edad Ítem 3	48.86	0.134
Edad Ítem 4	50.98	0.514
Edad Ítem 5	67.11	0.077
Edad Ítem 6	50.37	0.105
Edad Ítem 7	51.75	0.484
Edad Ítem 8	48.03	0.152
Edad Ítem 9	57.13	0.290
Edad Ítem 10	13.016	0.435
Edad Ítem 11	26.48	0.437
Edad Ítem 12	59.54	0.220
Edad Ítem 13	38.32	0.501
Edad Ítem 14	59.96	0.209
Edad Ítem 15	24.29	0.969
Edad Ítem 16	53.62	0.4212
Edad Ítem 17	56.37	0.315
Edad Ítem 18	25.95	0.466
Edad Ítem 19	21.44	0.719
Edad Ítem 20	6.63	0.920
Edad Ítem 21	14.15	0.36
Edad Ítem 22	35.80	0.617
Edad Ítem 23	30.65	0.241

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

TABLA XX
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO MÉDICOS
ASOCIACIÓN DE VARIABLES

Asociación	Chi ²	Valor p
Sexo Ítem 1	0.91	0.821
Sexo Ítem 2	3.51	0.475
Sexo Ítem 3	0.87	0.832
Sexo Ítem 4	4.25	0.373
Sexo Ítem 5	5.80	0.214
Sexo Ítem 6	2.55	0.466
Sexo Ítem 7	2.63	0.620
Sexo Ítem 8	5.36	0.147
Sexo Ítem 9	4.17	0.383
Sexo Ítem 10	10.80	0.01
Sexo Ítem 11	2.60	0.272
Sexo Ítem 12	4.30	0.367
Sexo Ítem 13	0.87	0.832
Sexo Ítem 14	4.34	0.361
Sexo Ítem 15	3.90	0.272
Sexo Ítem 16	2.55	0.635
Sexo Ítem 17	2.80	0.581
Sexo Ítem 18	0.181	0.913
Sexo Ítem 19	0.753	0.686
Sexo Ítem 20	0.599	0.439
Sexo Ítem 21	0.273	0.601
Sexo Ítem 22	3.75	0.289
Sexo Ítem 23	0.393	0.822

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA XXI
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO MÉDICOS
ASOCIACIÓN DE VARIABLES

Asociación	Chi ²	Valor p
Plaza Ítem 1	1.58	0.66
Plaza Ítem 2	3.13	0.535
Plaza Ítem 3	3.45	0.326
Plaza Ítem 4	4.81	0.307
Plaza Ítem 5	5.63	0.228
Plaza Ítem 6	7.25	0.064
Plaza Ítem 7	3.92	0.416
Plaza Ítem 8	1.83	0.608
Plaza Ítem 9	1.83	0.766
Plaza Ítem 10	0.028	0.867
Plaza Ítem 11	0.668	0.716
Plaza Ítem 12	3.65	0.454
Plaza Ítem 13	2.28	0.516
Plaza Ítem 14	3.22	0.521
Plaza Ítem 15	1.83	0.608
Plaza Ítem 16	0.825	0.935
Plaza Ítem 17	1.833	0.766
Plaza Ítem 18	2.22	0.328
Plaza Ítem 19	2.16	0.338
Plaza Ítem 20	1.25	0.262
Plaza Ítem 21	0.573	0.449
Plaza Ítem 22	1.66	0.645
Plaza Ítem 23	1.94	0.378

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA XXII
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO MÉDICOS
ASOCIACIÓN DE VARIABLES

Asociación	Chi ²	Valor p
Turno Ítem 1	9.51	0.391
Turno Ítem 2	10.96	0.532
Turno Ítem 3	4.80	0.851
Turno Ítem 4	29.05	0.004
Turno Ítem 5	9.79	0.634
Turno Ítem 6	7.30	0.606
Turno Ítem 7	7.92	0.791
Turno Ítem 8	13.93	0.125
Turno Ítem 9	5.98	0.917
Turno Ítem 10	4.79	0.188
Turno Ítem 11	3.81	0.702
Turno Ítem 12	6.77	0.872
Turno Ítem 13	12.87	0.168
Turno Ítem 14	17.81	0.122
Turno Ítem 15	24.75	0.003
Turno Ítem 16	6.23	0.904
Turno Ítem 17	7.54	0.820
Turno Ítem 18	3.020	0.806
Turno Ítem 19	6.27	0.393
Turno Ítem 20	0.489	0.921
Turno Ítem 21	2.281	0.516
Turno Ítem 22	9.94	0.355
Turno Ítem 23	7.65	0.264

TABLA XXIII
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO MÉDICOS. COMPROMISO ÉTICO
DISTRIBUCIÓN UNIVARIANTE PARA VARIABLES ORDINALES

ÍTEM 1	Frecuencia	Porcentaje	Gráfica de barras
Td	11	52.4	oooooooooooo
d	6	28.6	oooooo
a	4	19.0	oooo
ÍTEM 2			
Td	5	23.8	ooooo
d	11	52.4	oooooooooooo
a	4	19.0	oooo
t	1	4.8	o
ÍTEM 3			
Td	8	40.0	oooooooo
d	9	45.0	oooooooooo
a	3	15.0	ooo
ÍTEM 5			
td	5	26.3	ooooo
d	7	36.8	ooooooo
a	6	31.6	ooooooo
t	1	5.3	o
ÍTEM 6			
td	9	40.9	oooooooooo
d	10	45.5	oooooooooooo
a	2	9.1	oo
t	1	4.5	o
ÍTEM 7			
td	10	47.6	oooooooooooo
d	7	33.3	ooooooo
a	3	14.3	ooo
t	1	4.8	o
ÍTEM 8			
td	8	36.4	oooooooo
d	4	18.2	oooo
a	5	22.7	ooooo
t	5	22.7	ooooo
ÍTEM 9			
td	4	19.0	oooo
d	8	38.1	oooooooo
a	3	14.3	ooo
t	6	28.6	oooooo
ÍTEM 12			
td	6	28.6	oooooo
d	7	33.3	ooooooo
a	6	28.6	oooooo
t	2	9.5	oo
ÍTEM 13			
td	8	40.0	oooooooo
d	9	45.0	oooooooooo
a	3	15.0	ooo
ÍTEM 14			
td	7	33.3	ooooooo
d	11	52.4	oooooooooooo
a	2	9.5	oo
t	1	4.8	o

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA XXIV
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO MÉDICOS. COMPROMISO ÉTICO
CORRELACIONES Y PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Prueba del modelo

Prueba del mejor ajuste

Variable	vs.	Variable	Correlacion	Chi2	G.L.	Valor p	RMSEA	Valor p
ITEM2	vs.	ITEM1	0.273 (PC)	5.648	5	0.410	0.022	0.523
ITEM3	vs.	ITEM1	-0.113 (PC)	5.029	3	0.170	0.189	0.239
ITEM3	vs.	ITEM2	0.384 (PC)	6.159	5	0.291	0.110	0.397
ITEM5	vs.	ITEM1	-0.018 (PC)	6.987	5	0.114	0.208	0.183
ITEM5	vs.	ITEM2	0.270 (PC)	9.276	8	0.320	0.094	0.449
ITEM5	vs.	ITEM3	0.532 (PC)	1.950	5	0.856	0.000	0.895
ITEM6	vs.	ITEM1	-0.018 (PC)	3.789	5	0.580	0.000	0.694
ITEM6	vs.	ITEM2	-0.193 (PC)	13.977	8	0.100	0.179	0.197
ITEM6	vs.	ITEM3	0.055 (PC)	5.665	5	0.337	0.093	0.450
ITEM6	vs.	ITEM5	0.542 (PC)	2.499	5	0.777	0.000	0.839
ITEM7	vs.	ITEM1	0.199 (PC)	7.056	5	0.215	0.145	0.323
ITEM7	vs.	ITEM2	0.113 (PC)	11.429	8	0.179	0.146	0.351
ITEM7	vs.	ITEM3	0.214 (PC)	7.445	5	0.189	0.161	0.282
ITEM7	vs.	ITEM5	0.593 (PC)	1.753	5	0.882	0.000	0.917
ITEM7	vs.	ITEM6	0.739 (PC)	7.629	8	0.471	0.000	0.617
ITEM9	vs.	ITEM1	0.135 (PC)	9.427	5	0.093	0.210	0.163
ITEM9	vs.	ITEM2	0.019 (PC)	7.465	8	0.494	0.000	0.632
ITEM9	vs.	ITEM3	-0.147 (PC)	4.384	5	0.495	0.000	0.599
ITEM9	vs.	ITEM5	-0.016 (PC)	14.939	9	0.060	0.219	0.122
ITEM9	vs.	ITEM6	-0.232 (PC)	7.097	9	0.525	0.000	0.667
ITEM9	vs.	ITEM7	-0.005 (PC)	6.305	8	0.613	0.000	0.734
ITEM12	vs.	ITEM1	-0.080 (PC)	4.082	5	0.539	0.000	0.642
ITEM12	vs.	ITEM2	-0.299 (PC)	7.124	8	0.520	0.000	0.658
ITEM12	vs.	ITEM3	-0.300 (PC)	6.599	5	0.252	0.137	0.354
ITEM12	vs.	ITEM5	0.141 (PC)	7.739	8	0.459	0.000	0.588
ITEM12	vs.	ITEM6	-0.261 (PC)	5.689	8	0.682	0.000	0.793
ITEM12	vs.	ITEM7	-0.316 (PC)	4.929	8	0.765	0.000	0.851
ITEM12	vs.	ITEM9	0.209 (PC)	12.246	8	0.141	0.183	0.260
ITEM13	vs.	ITEM1	1.000 (PC)					
ITEM13	vs.	ITEM2	0.272 (PC)	7.085	5	0.214	0.144	0.317
ITEM13	vs.	ITEM3	-0.037 (PC)	3.121	3	0.373	0.047	0.480
ITEM13	vs.	ITEM5	0.163 (PC)	7.921	3	0.048	0.331	0.379
ITEM13	vs.	ITEM6	-0.099 (PC)	5.023	5	0.473	0.015	0.329
ITEM13	vs.	ITEM7	0.265 (PC)	6.610	5	0.251	0.130	0.353
ITEM13	vs.	ITEM9	-0.010 (PC)	12.329	5	0.031	0.279	0.064
ITEM13	vs.	ITEM12	-0.076 (PC)	6.635	5	0.349	0.131	0.357
ITEM14	vs.	ITEM1	0.280 (PC)	5.202	5	0.392	0.045	0.506
ITEM14	vs.	ITEM2	-0.081 (PC)	14.759	9	0.064	0.205	0.136
ITEM14	vs.	ITEM3	0.250 (PC)	5.619	3	0.132	0.114	0.193
ITEM14	vs.	ITEM5	-0.440 (PC)	6.127	5	0.294	0.110	0.395
ITEM14	vs.	ITEM6	0.052 (PC)	12.078	8	0.148	0.156	0.206
ITEM14	vs.	ITEM7	-0.133 (PC)	6.338	8	0.613	0.000	0.734
ITEM14	vs.	ITEM9	-0.263 (PC)	12.380	8	0.135	0.165	0.243
ITEM14	vs.	ITEM12	-0.067 (PC)	10.746	9	0.217	0.131	0.347
ITEM14	vs.	ITEM13	0.330 (PC)	9.022	5	0.108	0.201	0.184

PC = Policórica

RMSEA = Error de Aproximación Cuadrático Medio

Porcentaje de pruebas superiores 0.5% Nivel de significancia: 0.0%

Porcentaje de pruebas superiores 1.0% Nivel de significancia: 0.0%

Porcentaje de pruebas superiores 5.0% Nivel de significancia: 0.0%

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA XXV
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
 GRUPO MÉDICOS. COMPROMISO ÉTICO
 ECUACIONES ESTRUCTURALES

Modelo de Medida

Estimación por Máxima Similitud

ÍTEM1= 0.93*ético. (0.27) 3.45	Errorvar.= 0.41 . (0.35) 1.16	R ² = 0.68
ÍTEM2= 0.18*ético. (0.25) 0.72	Errorvar.= 1.46 (0.45) 3.25	R ² = 0.022
ÍTEM3=-0.21*ético. (0.21) -1.02	Errorvar.= 0.94 . (0.29) 3.25	R ² = 0.047
ÍTEM5= .	Errorvar.= 3.09 . (0.95) 3.24	
ÍTEM6=-0.092*ético. (0.23) -0.41	Errorvar.= 1.22 . (0.38) 3.24	R ² = 0.0069
ÍTEM7= 0.011*ético. (0.25) 0.044	Errorvar.= 1.54 . (0.47) 3.24	R ² = 0.00
ÍTEM9= .	Errorvar.= 4.08 . (1.26) 3.24	
ÍTEM12= .	Errorvar.= 2.00 . (0.62) 3.24	
ÍTEM13= 1.06*ético. (0.25) 4.22	Errorvar.= -0.12 . (0.44) -0.27	R ² = 1.11
ÍTEM14= 0.21*ético. (0.23) 0.88	Errorvar.= 1.18 . (0.36) 3.25	R ² = 0.034

* Valores de t entre paréntesis.

* R² Coeficiente de Regresión.

FALLA DE ORIGEN

TABLA XXVI
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
 GRUPO MÉDICOS. COMPROMISO ÉTICO
 AJUSTE DEL MODELO

Grados de libertad =	38
Chi cuadrada del modelo estudiado =	85.09 (P = 0.00)
Parámetro de no centralidad (NCP) =	7.95
Intervalo de confianza 90 por ciento para NCP =	(0.0 ; 29.22)
Error de aproximación cuadrático medio (RMSEA) =	0.100
Intervalo de confianza 90 por ciento para =	(0.0 ; 0.19)
Valor p para el mejor ajuste (RMSEA < 0.05) =	0.24
Índice de validación cruzada esperada (ECVI) =	3.81
Intervalo de confianza 90 por ciento para ECVI =	(3.43 ; 4.82)
ECVI para el modelo saturado =	5.24
ECVI para el modelo independiente =	3.96
Criterio de información de Akaike AIC =	79.95
Índice de ajuste normado (NFI) =	-0.35
Índice de ajuste no normado (NNFI) =	-2.08
Índice de ajuste normado de parsimonia (PNFI) =	-0.29
Índice de ajuste comparativo (CFI) =	0.0
Índice de ajuste incremental (IFI) =	-0.87
Índice de ajuste relativo (RFI) =	-0.60
N crítica (CN) =	16.09
Índice de bondad de ajuste (GFI) =	0.70
Índice de bondad de ajuste estimado (AGFI) =	0.56
Índice de bondad de ajuste de parsimonia (PGFI) =	0.48

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA XXVIII
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
 GRUPO MÉDICOS. COMPROMISO AXIOLÓGICO
 CORRELACIONES Y PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Prueba del modelo		Prueba del mejor ajuste							
Variable	Vs.	Variable	Correlación	Chi ²	G.L.	Valor p	RMSEA	Valor p	
ÍTEM10	Vs.	ÍTEM4	0.507 (PC)	0.992	2	0.609	0.000	0.660	
ÍTEM11	Vs.	ÍTEM4	0.283 (PC)	3.991	5	0.551	0.000	0.645	
ÍTEM11	Vs.	ÍTEM10	0.636 (PC)	7.208	1	0.007	0.531	0.014	
ÍTEM20	Vs.	ÍTEM10	0.960 (PC)	0.000	0	1.000	0.531	1.000	
ÍTEM20	Vs.	ÍTEM11	0.274 (PC)	1.592	1	0.207	0.164	0.256	
ÍTEM21	Vs.	ÍTEM4	0.293 (PC)	2.185	2	0.335	0.072	0.399	
ÍTEM21	Vs.	ÍTEM10	0.326 (PC)	0.000	0	1.000	0.072	1.000	
ÍTEM21	Vs.	ÍTEM11	0.619 (PC)	2.080	1	0.149	0.222	0.193	
ÍTEM21	Vs.	ÍTEM20	0.984 (PC)	0.000	0	1.000	0.222	1.000	
ÍTEM22	Vs.	ÍTEM4	0.293 (PC)	4.904	8	0.768	0.000	0.846	
ÍTEM22	Vs.	ÍTEM10	0.513 (PC)	1.805	2	0.406	0.000	0.481	
ÍTEM22	Vs.	ÍTEM11	0.014 (PC)	10.990	5	0.052	0.233	0.107	
ÍTEM22	Vs.	ÍTEM20	0.145 (PC)	2.031	2	0.362	0.027	0.439	
ÍTEM22	Vs.	ÍTEM21	0.212 (PC)	9.407	2	0.009	0.410	0.020	

PC = Policórica

RMSEA = Error de Aproximación Cuadrático Medio

Porcentaje de pruebas superiores 0.5% Nivel de significancia: 0.0%

Porcentaje de pruebas superiores 1.0% Nivel de significancia: 0.0%

Porcentaje de pruebas superiores 5.0% Nivel de significancia: 14.3%

TABLA XXIX
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
 GRUPO MÉDICOS. COMPROMISO AXIOLÓGICO
 ECUACIONES ESTRUCTURALES

Modelo de Medida

Estimación por Máxima Similitud

ÍTEM 4=	.Errorvar. = 2.12	
	(0.65)	
	3.24	
ÍTEM 10= 0.17*axiológico	.Errorvar. = 0.20	. R ² = 0.13
(0.13)	(0.068)	
1.29	2.93	
ÍTEM 11=	.Errorvar. = 1.01	
	(0.31)	
	3.24	
ÍTEM 20= 0.19*axiológico	.Errorvar. = 0.0089	. R ² = 0.80
(0.10)	(0.037)	
1.86	0.24	
ÍTEM 21= 0.20*axiológico	.Errorvar. = 0.11	. R ² = 0.27
(0.13)	(0.055)	
1.57	2.09	
ÍTEM 22=	.Errorvar. = 2.06	
	(0.64)	
	3.24	

- * Valores de t entre paréntesis.
- * R² Coeficiente de Regresión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA XXX
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO MEDICOS. COMPROMISO AXIOLÓGICO
AJUSTE DEL MODELO

Grados de libertad =	12
Chi cuadrada del modelo estudiado =	11.98 (P = 0.45)
Parámetro de no centralidad (NCP) =	0.0
Intervalo de confianza 90 por ciento para NCP =	(0.0 : 10.13)
Error de aproximación cuadrático medio (RMSEA) =	0.0
Intervalo de confianza 90 por ciento para RMSEA =	(0.0 : 0.20)
Valor p para el mejor ajuste (RMSEA < 0.05) =	0.61
Índice de validación cruzada esperada (ECVI) =	1.43
Intervalo de confianza 90 por ciento para ECVI =	(1.43 : 1.91)
ECVI para el modelo saturado =	2.00
ECVI para el modelo independiente =	1.40
Criterio de información de Akaike AIC =	28.58
Índice de ajuste normado (NFI) =	0.31
Índice de ajuste no normado (NNFI) =	1.01
Índice de ajuste normado de parsimonia (PNFI) =	0.25
Índice de ajuste comparativo (CFI) =	1.00
Índice de ajuste incremental (IFI) =	1.00
Índice de ajuste relativo (RFI) =	0.14
N crítica (CN) =	46.95
Índice de bondad de ajuste (GFI) =	0.66
Índice de bondad de ajuste estimado (AGFI) =	0.75
Índice de bondad de ajuste de parsimonia (PGFI) =	0.49

TABLA XXXI
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO MÉDICOS. COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL SERVICIO
DISTRIBUCIÓN UNIVARIANTE PARA VARIABLES ORDINALES

	Frecuencia	Porcentaje	Gráfica de barras
ÍTEM 15			
td	16	76.2	oooooooooooooooooooo
d	4	19.0	oooo
a	1	4.8	o
ÍTEM 16			
td	8	44.4	oooooooo
d	4	22.2	oooo
a	4	22.2	oooo
t	2	11.1	oo
ÍTEM 17			
td	14	66.7	oooooooooooooooooooo
d	4	19.0	oooo
a	2	9.5	oo
t	1	4.8	o
ÍTEM 18			
td	17	85.0	oooooooooooooooooooo
d	3	15.0	ooo
ÍTEM 19			
td	12	54.5	oooooooooooooooo
d	9	40.9	oooooooooooo
a	1	4.5	o
ÍTEM 23			
td	4	18.2	oooo
a	9	40.9	oooooooooooo
t	9	40.9	oooooooooooo

t	Totalmente de acuerdo	= 5
a	Acuerdo	= 4
d	Desacuerdo	= 2
td	Totalmente desacuerdo	= 1

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA XXXII
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO MÉDICOS. COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL SERVICIO
CORRELACIONES Y PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Prueba del modelo

Prueba del mejor ajuste

Variable	vs.	Variable	Correlacion	Chi ²	G.L.	Valor p	RMSEA	Valor p
ÍTEM16	vs.	ÍTEM15	0.302 (PC)	10.933	5	0.053	0.264	0.095
ÍTEM17	vs.	ÍTEM15	0.514 (PC)	6.609	5	0.251	0.127	0.359
ÍTEM17	vs.	ÍTEM16	0.459 (PC)	22.856	5	0.000	0.445	0.001
ÍTEM18	vs.	ÍTEM15	0.850 (PC)	0.000	0	1.000	0.445	1.000
ÍTEM18	vs.	ÍTEM16	0.069 (PC)	1.748	2	0.417	0.000	0.473
ÍTEM18	vs.	ÍTEM17	0.420 (PC)	1.763	2	0.414	0.000	0.480
ÍTEM19	vs.	ÍTEM15	0.493 (PC)	3.248	3	0.355	0.063	0.446
ÍTEM19	vs.	ÍTEM16	-0.114 (PC)	7.710	5	0.173	0.174	0.258
ÍTEM19	vs.	ÍTEM17	0.240 (PC)	7.245	5	0.203	0.146	0.308
ÍTEM19	vs.	ÍTEM18	0.290 (PC)	1.122	1	0.290	0.078	0.336
ÍTEM23	vs.	ÍTEM15	-0.032 (PC)	5.155	3	0.161	0.185	0.235
ÍTEM23	vs.	ÍTEM16	0.113 (PC)	6.199	5	0.237	0.115	0.387
ÍTEM23	vs.	ÍTEM17	-0.459 (PC)	5.676	5	0.339	0.080	0.158
ÍTEM23	vs.	ÍTEM18	-0.547 (PC)	1.827	1	0.176	0.203	0.219
ÍTEM23	vs.	ÍTEM19	-0.085 (PC)	3.546	3	0.315	0.091	0.410

PC = Policórica

RMSEA = Error de Aproximación Cuadrático Medio

Porcentaje de pruebas superiores 0.5% Nivel de significancia: 6.7%

Porcentaje de pruebas superiores 1.0% Nivel de significancia: 6.7%

Porcentaje de pruebas superiores 5.0% Nivel de significancia: 6.7%

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA XXXIII
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
 GRUPO MÉDICOS. COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL SERVICIO
 ECUACIONES ESTRUCTURALES

Modelo de Medida

Estimación por Máxima Similitud

ÍTEM 15= 0.67*axiológico	.Errorvar.= 0.059	.R ² = 0.89
(0.23)	(0.27)	
2.92	0.22	
ÍTEM 16=	.Errorvar.= 3.09	
	(0.95)	
	3.24	
ÍTEM 17=	.Errorvar.= 1.45	
	(0.45)	
	3.24	
ÍTEM 18= 0.51*axiológico	.Errorvar.= 0.058	.R ² = 0.82
(0.18)	(0.15)	
2.87	0.38	
ÍTEM 19= 0.16*axiológico	.Errorvar.= 0.52	.R ² = 0.047
(0.17)	(0.16)	
0.96	3.23	
ÍTEM 23=	.Errorvar.= 2.12	
	(0.66)	
	3.24	

* Valores de t entre paréntesis.

* R² Coeficiente de Regresión.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA XXXIV
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
 GRUPO MÉDICOS. COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL SERVICIO
 AJUSTE DEL MODELO

Grados de libertad =	12
Chi cuadrada del modelo estimado =	18.29 (P = 0.11)
Parámetro de no centralidad (NCP) =	0.56
Intervalo de confianza 90 por ciento para NCP =	(0.0 : 13.33)
Error de aproximación cuadrático medio (RMSEA) =	0.047
Intervalo de confianza 90 por ciento para RMSEA =	(0.0 : 0.23)
Valor P para el mejor ajuste (RMSEA < 0.05) =	0.45
Índice de validación cruzada esperada (ECVI) =	1.46
Intervalo de confianza 90 por ciento para ECVI =	(1.43 : 2.06)
ECVI para el modelo saturado =	2.00
ECVI para el modelo independiente =	1.64
Criterio de información de Akaike AIC =	30.55
Índice de ajuste normado (NFI) =	0.91
Índice de ajuste no normado (NNFI) =	0.93
Índice de ajuste normado de parsimonia (PNFI) =	0.25
Índice de ajuste comparativo (CFI) =	0.46
Índice de ajuste incremental (IFI) =	0.57
Índice de ajuste comparativo (RFI) =	0.14
N críticos (CR) =	31.16
Índice de bondad de ajuste (GFI) =	0.83
Índice de bondad de ajuste estimado (AGFI) =	0.71
Índice de bondad de ajuste de parsimonia (PGFI) =	0.48

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA XXXV
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
 GRUPO FAMILIARES.
 PATRONES DE RESPUESTAS MÁS COMUNES

DIMENSIÓN DE COMPROMISO ÉTICO					
Frecuencia de respuestas	ítem 2	ítem 15	ítem 5	ítem 1	ítem 11
14	5	5	5	5	5
5	4	4	5	5	4
5	4	4	4	4	4
3	4	5	5	4	4
3	4	5	5	5	5
3	4	1	4	4	4
2	5	4	4	4	4
2	5	5	4	4	4
2	4	5	1	5	2
2	4	2	4	4	4
2	2	5	5	5	5
2	5	4	5	5	5
1	5	4	*	2	5
1	4	4	5	5	*
1	4	4	2	1	2
1	5	5	5	5	4
1	5	4	5	4	+
1	*	4	5	4	4
1	4	1	2	2	2
1	5	5	4	5	4

DIMENSIÓN DE COMPROMISO AXIOLÓGICO					
Frecuencia de respuestas	ítem 9	ítem 3	ítem 12	ítem 14	ítem 10
10	4	4	4	4	4
9	5	5	5	5	5
5	4	5	5	5	5
4	2	5	5	5	5
2	2	4	4	4	4
2	4	4	4	4	5
2	5	5	5	4	4
2	4	5	4	4	4
2	4	5	4	5	5
2	4	4	1	4	1
1	4	4	4	5	4
1	5	5	2	4	4
1	2	2	4	5	5
1	1	4	4	5	4
1	4	4	4	4	4
1	1	4	4	4	5
1	1	1	1	5	2
1	1	5	5	5	1
1	5	5	5	4	5
1	5	5	4	5	4

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA XXXV (continuación)
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
 GRUPO FAMILIARES.
 PATRONES DE RESPUESTAS MÁS COMUNES

DIMENSIÓN DE COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL SERVICIO					
Frecuencia de respuestas	ítem 4	ítem 7	ítem 6	ítem 8	ítem 13
10	5	5	2	5	5
9	4	4	4	4	4
7	5	5	5	5	5
3	5	5	4	5	5
3	5	4	5	4	4
3	4	5	5	5	5
2	4	5	4	5	5
2	4	5	4	4	5
2	5	5	4	4	5
2	4	4	4	4	5
1	5	4	4	4	5
1	4	4	4	4	4
1	5	5	4	5	4
1	5	5	4	4	4
1	4	4	4	4	4
1	4	4	4	4	4
1	4	4	4	4	4
1	4	4	4	4	4
1	5	5	4	5	5
1	2	4	5	4	4
1	2	5	4	5	5
1	5	5	4	4	4

t	Totalmente de acuerdo	= 5
a	Acuerdo	= 1
d	Desacuerdo	= 2
td	Totalmente desacuerdo	= 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA XXXVI
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
 GRUPO FAMILIARES.
 ASOCIACIÓN DE VARIABLES

Asociación	Chi ²	Valor p
Edad ítem 2	163.9	0.165
Edad ítem 15	154.9	0.418
Edad ítem 5	190.663	0.018
Edad ítem 1	159.21	0.003
Edad ítem 11	125.13	0.943
Edad ítem 9	109.80	0.594
Edad ítem 3	143.03	0.034
Edad ítem 12	145.65	0.630
Edad ítem 14	165.78	0.195
Edad ítem 10	151.93	0.486
Edad ítem 4	154.84	0.421
Edad ítem 7	94.53	0.908
Edad ítem 6	149.39	0.545
Edad ítem 8	165.03	0.222
Edad ítem 13	145.81	0.626

TABLA XXXVII
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
 GRUPO FAMILIARES.
 ASOCIACIÓN DE VARIABLES

Asociación	Chi ²	Valor p
Sexo ítem 2	1.947	0.746
Sexo ítem 15	3.604	0.462
Sexo ítem 5	2.76	0.598
Sexo ítem 1	4.957	0.175
Sexo ítem 11	1.252	0.969
Sexo ítem 9	3.383	0.336
Sexo ítem 3	2.547	0.467
Sexo ítem 12	3.586	0.465
Sexo ítem 14	7.255	0.122
Sexo ítem 10	4.951	0.292
Sexo ítem 4	5.149	0.272
Sexo ítem 7	7.208	0.06
Sexo ítem 6	1.111	0.859
Sexo ítem 8	3.528	0.459
Sexo ítem 13	4.346	0.203

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA XXXVIII
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
 GRUPO FAMILIARES.
 ASOCIACIÓN DE VARIABLES

Asociación	Chi ²	Valor p
Parent ítem 2	37.851	0.731
Parent ítem 15	41.520	0.578
Parent ítem 5	59.336	0.061
Parent ítem 1	34.988	0.374
Parent ítem 11	39.858	0.650
Parent ítem 9	47.157	0.052
Parent ítem 3	57.37	0.005
Parent ítem 12	42.28	0.545
Parent ítem 14	48.39	0.300
Parent ítem 10	41.40	0.534
Parent ítem 4	49.94	0.249
Parent ítem 7	24.40	0.661
Parent ítem 6	57.75	0.80
Parent ítem 8	44.93	0.433
Parent ítem 13	39.09	0.68

TABLA XXXIX
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
 GRUPO FAMILIARES.
 ASOCIACIÓN DE VARIABLES

Asociación	Chi ²	Valor p
Escolar ítem 2	25.11	0.802
Escolar ítem 15	38.10	0.211
Escolar ítem 5	23.92	0.847
Escolar ítem 1	16.48	0.870
Escolar ítem 11	37.86	0.219
Escolar ítem 9	31.57	0.138
Escolar ítem 3	34.45	0.07
Escolar ítem 12	45.37	0.05
Escolar ítem 14	39.18	0.179
Escolar ítem 10	60.93	0.002
Escolar ítem 4	18.15	0.976
Escolar ítem 7	56.07	0.000
Escolar ítem 6	55.18	0.007
Escolar ítem 8	33.77	0.382
Escolar ítem 13	25.19	0.798

TABLA XL
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
 GRUPO FAMILIARES.
 ASOCIACIÓN DE VARIABLES

Asociación	Chi ²	Valor p
Turno ítem 2	20.75	0.008
Turno ítem 15	12.45	0.132
Turno ítem 5	10.11	0.257
Turno ítem 1	14.31	0.026
Turno ítem 11	7.02	0.533
Turno ítem 9	4.46	0.614
Turno ítem 3	4.298	0.636
Turno ítem 122	7.329	0.502
Turno ítem 14	43.59	0.000
Turno ítem 10	12.686	0.123
Turno ítem 4	8.046	0.429
Turno ítem 7	10.43	0.108
Turno ítem 6	49.61	0.000
Turno ítem 8	23.18	0.003
Turno ítem 13	16.75	0.033

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA XLII
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO FAMILIARES. COMPROMISO ÉTICO
CORRELACIONES Y PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Prueba del modelo

Prueba de mejor ajuste

Variable	vs.	Variable	Correlación	Chi ²	G.L.	Valor p	RMSEA	Valor p
ÍTEM15	vs.	ÍTEM2	0.273 (PC)	11.727	8	0.164	0.084	0.548
ÍTEM5	vs.	ÍTEM2	0.107 (PC)	10.284	8	0.246	0.065	0.654
ÍTEM5	vs.	ÍTEM15	0.501 (PC)	14.528	8	0.069	0.110	0.377
ÍTEM1	vs.	ÍTEM2	-0.016 (PC)	11.296	8	0.185	0.078	0.588
ÍTEM1	vs.	ÍTEM15	0.550 (PC)	5.849	8	0.664	0.000	0.922
ÍTEM1	vs.	ÍTEM5	0.567 (PC)	30.831	8	0.000	0.202	0.012
ÍTEM11	vs.	ÍTEM2	0.397 (PC)	23.478	8	0.003	0.173	0.062
ÍTEM11	vs.	ÍTEM15	0.580 (PC)	12.638	8	0.125	0.094	0.485
ÍTEM11	vs.	ÍTEM5	0.755 (PC)	20.153	8	0.010	0.151	0.134
ÍTEM11	vs.	ÍTEM1	0.525 (PC)	11.256	8	0.188	0.077	0.591

PC = Policórica

RMSEA = Error de Aproximación Cuadrático Medio

Porcentaje de pruebas superiores 0.5% Nivel de significancia: 0.0%

Porcentaje de pruebas superiores 1.0% Nivel de significancia: 0.0%

Porcentaje de pruebas superiores 5.0% Nivel de significancia: 10.0%

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA XLIII
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
 GRUPO FAMILIARES. COMPROMISO ÉTICO
 ECUACIONES ESTRUCTURALES

Modelo de Medida

Estimación por Máxima Similitud

ÍTEM2= 0.12*ético	Errorvar.= 0.72	R ² = 0.019
(0.11)	(0.12)	
1.05	5.89	
ÍTEM15= 0.48*ético	Errorvar.= 1.01	R ² = 0.18
(0.14)	(0.18)	
3.34	5.56	
ÍTEM5= 0.83*ético	Errorvar.= 0.57	R ² = 0.55
(0.14)	(0.17)	
5.89	3.38	
ÍTEM1= 0.39*ético	Errorvar.= 0.52	R ² = 0.23
(0.10)	(0.096)	
3.77	5.43	
ÍTEM11= 0.84*ético	Errorvar.= 0.34	R ² = 0.68
(0.13)	(0.15)	
6.51	2.23	

* Valores de t entre paréntesis.

* R² Coeficiente de Regresión.

TABLA XLIV
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
 GRUPO FAMILIARES. COMPROMISO ÉTICO
 AJUSTE DEL MODELO

Grados de libertad =	5
Chi cuadrada del modelo estudiado =	10.35 (P = 0.066)
Parámetro de no centralidad (NCP) =	5.03
Intervalo de confianza 90 por ciento para NCP =	(0.0 ; 18.16)
Error de aproximación cuadrático medio (RMSEA) =	0.12
Intervalo de confianza 90 por ciento para RMSEA =	(0.0 ; 0.23)
Valor p para el mejor ajuste (RMSEA < 0.05) =	0.13
Índice de validación cruzada esperado (ECVI) =	0.43
Intervalo de confianza 90 por ciento para ECVI =	(0.36 ; 0.62)
ECVI para el modelo saturado =	0.43
ECVI para el modelo independiente =	1.18
Criterio de información de Akaike AIC =	30.03
Índice de ajuste normado (NFI) =	0.86
Índice de ajuste no normado (NNFI) =	0.83
Índice de ajuste normado de parsimonia (PNFI) =	0.43
Índice de ajuste comparativo (CFI) =	0.91
Índice de ajuste incremental (IFI) =	0.92
Índice de ajuste relativo (RFI) =	0.72
N crítica (CN) =	103.09
Índice de bondad de ajuste (GFI) =	0.95
Índice de bondad de ajuste estimado (AGFI) =	0.84
Índice de bondad de ajuste de parsimonia (PGFI) =	0.32

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA XLVI
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO FAMILIARES. COMPROMISO AXIOLÓGICO
CORRELACIONES Y PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Prueba del modelo

Prueba de mejor ajuste

Variable	vs.	Variable	Correlación	Chi ²	G.L.	Valor p	RMSEA	Valor p
ÍTEM3	vs.	ÍTEM9	0.122 (PC)	16.082	5	0.007	0.178	0.078
ÍTEM12	vs.	ÍTEM9	0.095 (PC)	9.850	8	0.276	0.057	0.698
ÍTEM12	vs.	ÍTEM3	0.591 (PC)	7.205	5	0.206	0.080	0.533
ÍTEM14	vs.	ÍTEM9	0.070 (PC)	12.261	8	0.140	0.088	0.527
ÍTEM14	vs.	ÍTEM3	0.530 (PC)	15.091	5	0.010	0.172	0.096
ÍTEM14	vs.	ÍTEM12	0.422 (PC)	4.587	8	0.801	0.000	0.962
ÍTEM10	vs.	ÍTEM9	0.271 (PC)	29.469	8	0.000	0.197	0.017
ÍTEM10	vs.	ÍTEM3	0.334 (PC)	15.552	5	0.008	0.176	0.086
ÍTEM10	vs.	ÍTEM12	0.459 (PC)	7.874	8	0.446	0.000	0.817
ÍTEM10	vs.	ÍTEM14	0.545 (PC)	26.485	8	0.001	0.186	0.033

PC = Policórica

RMSEA = Error de Aproximación Cuadrático Medio

Porcentaje de pruebas superiores 0.5% Nivel de significancia: 0.0%

Porcentaje de pruebas superiores 1.0% Nivel de significancia: 0.0%

Porcentaje de pruebas superiores 5.0% Nivel de significancia: 20.0%

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA XLVII
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO FAMILIARES. COMPROMISO AXIOLÓGICO
ECUACIONES ESTRUCTURALES

Modelo de Medida

Estimación por Máxima Similitud

ÍTEM9= 0.10*axiológico.	Errorvar.= 1.37	. R ² = 0.0077
(0.18)	(0.23)	
0.56	5.88	
ÍTEM3= 0.32*axiológico.	Errorvar.= 0.32	. R ² = 0.25
(0.10)	(0.072)	
3.16	4.47	
ÍTEM12= 0.47*axiológico.	Errorvar.= 0.65	. R ² = 0.25
(0.15)	(0.15)	
3.19	4.43	
ÍTEM14= 0.38*axiológico.	Errorvar.= 0.37	. R ² = 0.29
(0.11)	(0.088)	
3.36	4.16	
ÍTEM10= 0.47*axiológico.	Errorvar.= 0.67	. R ² = 0.25
(0.15)	(0.15)	
3.17	4.45	

** Valores de t entre paréntesis.

* R² Coeficiente de Regresión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA XLVIII
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
 GRUPO FAMILIARES. COMPROMISO AXIOLÓGICO
 AJUSTE DEL MODELO

Grados de libertad =	5
Chi cuadrada del modelo estudiado =	7.98 (P = 0.16)
Parámetro de no centralidad (NCP) =	2.26
Intervalo de confianza 90 por ciento para NCP =	(0.0 : 13.66)
Error de aproximación cuadrático medio (RMSEA) =	0.080
Intervalo de confianza 90 por ciento para RMSEA =	(0.0 : 0.20)
Valor p para el mejor ajuste (RMSEA < 0.05) =	0.29
Índice de validación cruzada esperada (ECVI) =	0.39
Intervalo de confianza 90 por ciento para ECVI =	(0.36 : 0.55)
ECVI para el modelo saturado =	0.43
ECVI para el modelo independiente =	0.62
Criterio de información de Akaike AIC =	27.26
Índice de ajuste normado (NFI) =	0.76
Índice de ajuste no normado (NNFI) =	0.75
Índice de ajuste normado de parsimonia (PNFI) =	0.38
Índice de ajuste comparativo (CFI) =	0.87
Índice de ajuste incremental (IFI) =	0.90
Índice de ajuste relativo (RFI) =	0.53
N crítica (CN) =	133.38
Índice de bondad de ajuste (GFI) =	0.96
Índice de bondad de ajuste estimado (AGFI) =	0.88
Índice de bondad de ajuste de parsimonia (PGFI) =	0.32

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA L
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO FAMILIARES. COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL SERVICIO
CORRELACIONES Y PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Prueba del modelo

Prueba de mejor ajuste

Variable	vs.	Variable	Correlación	Chi ²	G.L.	Valor p	RMSEA	Valor p
ÍTEM7	vs.	ÍTEM4	0.128 (PC)	11.092	5	0.050	0.133	0.252
ÍTEM6	vs.	ÍTEM4	-0.159 (PC)	12.403	8	0.134	0.091	0.507
ÍTEM6	vs.	ÍTEM7	0.242 (PC)	15.236	5	0.009	0.175	0.091
ÍTEM8	vs.	ÍTEM4	0.497 (PC)	9.453	8	0.306	0.052	0.716
ÍTEM8	vs.	ÍTEM7	0.776 (PC)	6.983	2	0.030	0.191	0.118
ÍTEM8	vs.	ÍTEM6	0.191 (PC)	36.128	8	0.000	0.231	0.003
ÍTEM13	vs.	ÍTEM4	0.295 (PC)	9.431	8	0.307	0.051	0.717
ÍTEM13	vs.	ÍTEM7	0.848 (PC)	5.251	5	0.386	0.027	0.705
ÍTEM13	vs.	ÍTEM6	0.235 (PC)	14.967	8	0.060	0.116	0.337
ÍTEM13	vs.	ÍTEM8	0.740 (PC)	8.203	5	0.145	0.099	0.436

PC = Policórica

RMSEA = Error de Aproximación Cuadrático Medio

Porcentaje de pruebas superiores 0.5% Nivel de significancia: 10.0%

Porcentaje de pruebas superiores 1.0% Nivel de significancia: 10.0%

Porcentaje de pruebas superiores 5.0% Nivel de significancia: 10.0%

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

TABLA LI
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
 GRUPO FAMILIARES. COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL SERVICIO
 ECUACIONES ESTRUCTURALES

Modelo de Medida

Estimación por Máxima Similitud

ÍTEM4= 0.079*servicio.	Errorvar. = 1.05	. R ² = 0.0059
(0.13)	(0.18)	
0.59	5.91	
ÍTEM7= 0.50*servicio.	Errorvar. = 0.084	. R ² = 0.75
(0.067)	(0.042)	
7.47	2.02	
ÍTEM6= 0.15*servicio.	Errorvar. = 1.63	. R ² = 0.014
(0.17)	(0.28)	
0.89	5.90	
ÍTEM8= 0.54*servicio.	Errorvar. = 0.36	. R ² = 0.45
(0.094)	(0.075)	
5.69	4.74	
ÍTEM13= 0.53*servicio.	Errorvar. = 0.24	. R ² = 0.54
(0.084)	(0.059)	
6.30	3.98	

- * Valores de t entre paréntesis.
- * R² Coeficiente de Regresión.

TABLA LII
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO FAMILIARES. COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL SERVICIO
AJUSTE DEL MODELO

Grados de libertad =	5
Chi cuadrada del modelo estudiado =	15.73 (P = 0.0076)
Parámetro de no centralidad (NCP) =	9.08
Intervalo de confianza 90 por ciento para NCP =	(1.46 : 24.29)
Error de aproximación cuadrático medio (RMSEA) =	0.16
Intervalo de confianza 90 por ciento para RMSEA =	(0.065 : 0.26)
Valor p para el mejor ajuste (RMSEA < 0.05) =	0.034
Índice de validación cruzada esperado (ECVI) =	0.49
Intervalo de confianza 90 por ciento para ECVI =	(0.38 : 0.70)
ECVI para el modelo saturado =	0.43
ECVI para el modelo independiente =	1.28
Criterio de información de Akaike AIC =	34.08
Índice de ajuste normado (NFI) =	0.80
Índice de ajuste no normado (NNFI) =	0.69
Índice de ajuste normado de parsimonia (PNFI) =	0.40
Índice de ajuste comparativo (CFI) =	0.85
Índice de ajuste incremental (IFI) =	0.86
Índice de ajuste relativo (RFI) =	0.60
N crítica (CN) =	68.13
Índice de bondad de ajuste (GFI) =	0.93
Índice de bondad de ajuste estimado (AGFI) =	0.78
Índice de bondad de ajuste de parsimonia (PGFI) =	0.31

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA LIII
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO FAMILIARES.
PATRONES DE RESPUESTA MÁS COMUNES

DIMENSIÓN DE COMPROMISO ÉTICO								
Frecuencia de respuestas	ítem 1	ítem 3	ítem 6	ítem 7	ítem 11	ítem 16	ítem 17	ítem 20
2	1	5	5	5	1	5	5	5
2	1	5	5	5	1	1	5	1
2	1	4	4	4	*	1	4	2
1	1	5	4	5	1	1	5	5
1	4	4	4	*	*	4	4	1
1	*	5	1	1	5	4	5	1
1	2	4	2	2	1	4	5	2
1	5	5	5	5	*	1	5	5
1	2	5	4	5	1	1	4	4
1	1	2	4	1	4	2	4	1
1	2	5	5	5	4	4	4	2
1	2	4	2	4	2	2	4	1
1	2	5	4	5	2	2	5	2
1	2	5	5	5	4	2	5	1
1	1	5	5	5	2	1	1	5
1	1	4	4	4	4	1	2	5
1	2	4	4	4	4	2	4	2
1	2	2	4	4	2	2	4	1
1	1	5	4	5	5	1	5	5
1	2	4	5	2	4	2	4	4

DIMENSIÓN DE COMPROMISO AXIOLÓGICO							
Frecuencia de respuestas	ítem 2	ítem 4	ítem 5	ítem 8	ítem 10	ítem 12	ítem 15
2	5	5	1	1	5	5	1
2	5	1	5	5	5	5	5
2	5	1	1	2	2	5	1
1	5	5	4	5	5	5	1
1	4	2	2	*	2	4	4
1	5	1	5	5	5	5	4
1	5	4	4	4	2	5	5
1	5	2	5	*	5	5	1
1	5	1	5	1	5	5	2
1	5	2	4	4	4	4	4
1	5	2	2	4	5	5	4
1	4	2	2	2	4	4	2
1	4	5	5	4	5	5	2
1	5	1	1	4	5	5	5
1	5	5	2	1	5	5	1
1	4	4	1	1	5	5	2
1	5	2	4	2	4	4	4
1	5	2	1	2	4	5	4
1	5	5	4	5	1	1	1
1	4	4	4	4	2	4	2

TABLA LIII (continuación)
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO FAMILIARES.
PATRONES DE RESPUESTA MÁS COMUNES

DIMENSIÓN DE COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL SERVICIO					
Frecuencia de respuestas	ítem 9	ítem 13	ítem 14	ítem 18	ítem 19
6	5	1	1	1	1
5	4	2	2	2	2
3	5	4	4	*	2
3	4	1	1	1	2
2	5	4	4	1	5
2	4	2	2	2	4
2	5	4	4	2	2
2	2	2	2	1	2
2	4	2	2	5	5
2	5	5	5	4	5
2	5	2	4	1	1
2	5	5	5	*	2
2	5	1	1	1	2
2	5	2	2	2	2
1	5	*	4	1	2
1	1	1	1	2	1
1	2	4	*	2	2
1	1	*	4	*	2
1	5	1	2	1	2
1	4	2	2	4	2

t	Totalmente de acuerdo	= 5
a	Acuerdo	= 4
d	Desacuerdo	= 2
td	Totalmente desacuerdo	= 1

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA LIV
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
 GRUPO FAMILIARES.
 ASOCIACIÓN DE VARIABLES

Asociación	Chi ²	Valor p
Edad ítem 1	174.17	0.070
Edad ítem 2	85.05	0.950
Edad ítem 3	118.21	0.966
Edad ítem 4	135.08	0.769
Edad ítem 5	145.38	0.545
Edad ítem 6	147.41	0.498
Edad ítem 7	148.46	0.474
Edad ítem 8	179.42	0.040
Edad ítem 9	139.63	0.676
Edad ítem 10	142.12	0.621
Edad ítem 11	155.40	0.322
Edad ítem 12	93.30	0.887
Edad ítem 13	159.56	0.244
Edad ítem 14	153.14	0.369
Edad ítem 15	144.08	0.576
Edad ítem 16	147.03	0.507
Edad ítem 17	160.997	0.220
Edad ítem 18	153.79	0.355
Edad ítem 19	138.08	0.709
Edad ítem 20	129.18	0.865

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA LV
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
 GRUPO FAMILIARES.
 ASOCIACIÓN DE VARIABLES

Asociación	Chi ²	Valor p
Sexo Ítem 1	7.258	0.123
Sexo Ítem 2	1.023	0.796
Sexo Ítem 3	3.069	0.546
Sexo Ítem 4	3.804	0.433
Sexo Ítem 5	2.148	0.709
Sexo Ítem 6	2.745	0.601
Sexo Ítem 7	4.469	0.346
Sexo Ítem 8	5.091	0.278
Sexo Ítem 9	6.582	0.160
Sexo Ítem 10	10.690	0.030
Sexo Ítem 11	4.58	0.333
Sexo Ítem 12	3.667	0.300
Sexo Ítem 13	4.928	0.295
Sexo Ítem 14	2.812	0.590
Sexo Ítem 15	0.720	0.949
Sexo Ítem 16	0.461	0.977
Sexo Ítem 17	4.062	0.398
Sexo Ítem 18	0.824	0.935
Sexo Ítem 19	5.491	0.241
Sexo Ítem 20	7.366	0.118

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA LVI
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
 GRUPO FAMILIARES.
 ASOCIACIÓN DE VARIABLES

Asociación	Chi ²	Valor p
Parent Ítem 1	29.24	0.780
Parent Ítem 2	25.24	0.561
Parent Ítem3	19.87	0.987
Parent Ítem 4	36.19	0.460
Parent Ítem 5	38.80	0.344
Parent Ítem 6	42.47	0.212
Parent Ítem 7	50.10	0.59
Parent Ítem 8	32.80	0.621
Parent Ítem 9	35.57	0.489
Parent Ítem 10	38.32	0.365
Parent Ítem 11	43.42	0.185
Parent Ítem 12	21.33	0.770
Parent Ítem 13	53.74	0.029
Parent Ítem 14	52.04	0.041
Parent Ítem 15	36.67	0.437
Parent Ítem 16	63.83	0.003
Parent Ítem 17	27.36	0.846
Parent Ítem 18	59.39	0.008
Parent Ítem 19	69.92	0.001
Parent Ítem 20	27.55	0.843

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA LVII
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
 GRUPO FAMILIARES.
 ASOCIACIÓN DE VARIABLES

Asociación	Chi ²	Valor p
Escolar Ítem 1	24.50	0.826
Escolar Ítem 2	27.22	0.294
Escolar Ítem 3	25.82	0.771
Escolar Ítem 4	43.69	0.081
Escolar Ítem 5	32.74	0.430
Escolar Ítem 6	33.72	0.384
Escolar Ítem 7	34.90	0.331
Escolar Ítem 8	33.40	0.399
Escolar Ítem 9	24.801	0.814
Escolar Ítem 10	26.401	0.746
Escolar Ítem 11	28.47	0.646
Escolar Ítem 12	25.506	0.379
Escolar Ítem 13	36.21	0.278
Escolar Ítem 14	30.87	0.523
Escolar Ítem 15	24.59	0.822
Escolar Ítem 16	25.04	0.804
Escolar Ítem 17	44.95	0.064
Escolar Ítem 18	34.06	0.369
Escolar Ítem 19	25.29	0.794
Escolar Ítem 20	20.81	0.936

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA LVIII
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
 GRUPO FAMILIARES.
 ASOCIACIÓN DE VARIABLES

Asociación	Chi ²	Valor p
Turno ítem 1	3.54	0.896
Turno ítem 2	1.262	0.974
Turno ítem 3	4.54	0.805
Turno ítem 4	2.598	0.957
Turno ítem 5	2.77	0.948
Turno ítem 6	1.578	0.991
Turno ítem 7	6.410	0.601
Turno ítem 8	4.021	0.855
Turno ítem 9	3.214	0.920
Turno ítem 10	2.51	0.961
Turno ítem 11	4.036	0.854
Turno ítem 12	1.934	0.926
Turno ítem 13	10.545	0.229
Turno ítem 14	22.481	0.004
Turno ítem 15	10.469	0.234
Turno ítem 16	13.669	0.091
Turno ítem 17	3.130	0.926
Turno ítem 18	8.479	0.388
Turno ítem 19	19.319	0.013
Turno ítem 20	3.818	0.873

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA LIX
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
 GRUPO FAMILIARES. COMPROMISO ÉTICO
 DISTRIBUCIÓN UNIVARIANTE PARA VARIABLES ORDINALES

	Frecuencia	Porcentaje	Gráfica de barras
ÍTEM 1			
td	37	49.3	oo
d	17	22.7	oooooooooooooooooooooooooooo
a	14	18.7	oooooooooooooooooooo
t	7	9.3	ooooooo
ÍTEM 3			
td	3	3.9	ooo
d	3	3.9	ooo
a	21	27.3	oooooooooooooooooooooooooooo
t	50	64.9	oo
ÍTEM 6			
td	4	5.2	oooo
d	4	5.2	oooo
a	31	40.3	oo
t	38	49.4	oo
ÍTEM 7			
td	9	12.2	ooooooooooo
d	7	9.5	ooooooo
a	27	36.5	oo
t	31	41.9	oo
ÍTEM 11			
td	16	22.2	oooooooooooooooooooo
d	22	30.6	oooooooooooooooooooooooooooooooooooo
a	20	27.8	oooooooooooooooooooooooooooooooooooo
t	14	19.4	oooooooooooooooooooo
ÍTEM 16			
td	28	37.3	oo
d	35	46.7	oo
a	8	10.7	ooooooooooo
t	4	5.3	oooo
ÍTEM 17			
td	6	8.1	ooooooo
d	11	14.9	oooooooooooo
a	29	39.2	oo
t	28	37.8	oo
ÍTEM 20			
td	17	22.7	oooooooooooooooooooo
d	22	29.3	oooooooooooooooooooooooooooooooooooo
a	17	22.7	oooooooooooooooooooo
t	19	25.3	oooooooooooooooooooo

RESPONSA CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA LX
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO FAMILIARES. COMPROMISO ÉTICO
CORRELACIONES Y PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Prueba del modelo

Prueba de mejor ajuste

Variable	vs.	Variable	Correlación	Chi ²	G.L.	Valor p	RMSEA	Valor p
ÍTEM3	vs.	ÍTEM1	0.011 (PC)	6.902	8	0.547	0.000	0.886
ÍTEM6	vs.	ÍTEM1	-0.072 (PC)	9.659	8	0.290	0.053	0.727
ÍTEM6	vs.	ÍTEM3	0.248 (PC)	29.543	8	0.000	0.188	0.021
ÍTEM7	vs.	ÍTEM1	0.105 (PC)	11.682	8	0.166	0.081	0.576
ÍTEM7	vs.	ÍTEM3	0.392 (PC)	40.352	8	0.000	0.235	0.001
ÍTEM7	vs.	ÍTEM6	0.436 (PC)	15.483	8	0.050	0.113	0.348
ÍTEM11	vs.	ÍTEM1	0.045 (PC)	14.826	8	0.063	0.111	0.365
ÍTEM11	vs.	ÍTEM3	-0.173 (PC)	11.892	8	0.156	0.083	0.562
ÍTEM11	vs.	ÍTEM6	0.161 (PC)	14.950	8	0.060	0.111	0.368
ÍTEM11	vs.	ÍTEM7	-0.227 (PC)	19.737	8	0.011	0.146	0.153
ÍTEM16	vs.	ÍTEM1	-0.224 (PC)	17.767	8	0.023	0.130	0.234
ÍTEM16	vs.	ÍTEM3	-0.101 (PC)	9.956	8	0.268	0.057	0.708
ÍTEM16	vs.	ÍTEM6	0.092 (PC)	19.578	8	0.012	0.140	0.174
ÍTEM16	vs.	ÍTEM7	-0.031 (PC)	20.115	8	0.010	0.146	0.148
ÍTEM16	vs.	ÍTEM11	-0.033 (PC)	30.563	8	0.000	0.201	0.013
ÍTEM17	vs.	ÍTEM1	-0.186 (PC)	14.525	8	0.069	0.107	0.393
ÍTEM17	vs.	ÍTEM3	0.080 (PC)	23.421	8	0.003	0.163	0.078
ÍTEM17	vs.	ÍTEM6	0.207 (PC)	31.010	8	0.000	0.198	0.013
ÍTEM17	vs.	ÍTEM7	-0.042 (PC)	23.382	8	0.003	0.165	0.075
ÍTEM17	vs.	ÍTEM11	-0.005 (PC)	7.921	8	0.441	0.000	0.818
ÍTEM17	vs.	ÍTEM16	0.134 (PC)	16.348	8	0.038	0.120	0.299
ÍTEM20	vs.	ÍTEM1	0.168 (PC)	10.815	8	0.212	0.069	0.646
ÍTEM20	vs.	ÍTEM3	0.354 (PC)	8.181	8	0.416	0.017	0.819
ÍTEM20	vs.	ÍTEM6	0.234 (PC)	6.733	8	0.566	0.000	0.894
ÍTEM20	vs.	ÍTEM7	0.199 (PC)	4.901	8	0.768	0.000	0.957
ÍTEM20	vs.	ÍTEM11	-0.165 (PC)	11.000	8	0.202	0.073	0.618
ÍTEM20	vs.	ÍTEM16	-0.255 (PC)	28.556	8	0.000	0.188	0.024
ÍTEM20	vs.	ÍTEM17	-0.044 (PC)	20.704	8	0.008	0.149	0.134

PC = Policórica

RMSEA = Error de Aproximación Cuadrático Medio

Porcentaje de pruebas superiores 0.5% Nivel de significancia: 3.6%

Porcentaje de pruebas superiores 1.0% Nivel de significancia: 7.1%

Porcentaje de pruebas superiores 5.0% Nivel de significancia: 17.9%

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA LXI
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
 GRUPO FAMILIARES. COMPROMISO ÉTICO
 ECUACIONES ESTRUCTURALES

Modelo de Medida

Estimación por Máxima Similitud

ÍTEM1 =	. Errorvar. = 2.09 .	
	(0.34)	
	6.20	
ÍTEM3 = 0.089*ético	. Errorvar. = 0.95	. R ² = 0.0082
(0.89)	(0.22)	
0.10	4.35	
ÍTEM6 = - 0.086*ético	. Errorvar. = 1.13	. R ² = 0.0064
(0.86)	(0.23)	
-0.10	4.86	
ÍTEM7 =	. Errorvar. = 1.88 .	
	(0.30)	
	6.20	
ÍTEM11 =	. Errorvar. = 2.25 .	
	(0.36)	
	6.20	
ÍTEM16 = - 0.17*ético	. Errorvar. = 1.27	. R ² = 0.024
(1.73)	(0.64)	
-0.10	1.99	
ÍTEM17 =	. Errorvar. = 1.70 .	
	(0.27)	
	6.20	
ÍTEM20 =	. Errorvar. = 2.47 .	
	(0.40)	
	6.20	

* Valores de t entre paréntesis.

* R² Coeficiente de Regresión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA LXII
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
 GRUPO FAMILIARES. COMPROMISO ÉTICO
 AJUSTE DEL MODELO

Grados de libertad =	25
Chi cuadrada del modelo estimado =	0.31 (P = 0.96)
Parámetro de no centralidad (NCP) =	16.36
Intervalo de confianza 90 por ciento para NCP =	(2.51 : 38.09)
Error de aproximación cuadrático medio (RMSEA) =	0.092
Intervalo de confianza 90 por ciento para RMSEA =	(0.036 : 0.14)
Valor p para el mejor ajuste (RMSEA < 0.05) =	0.092
Índice de valoración cruzada esperado (ECVI) =	0.82
Intervalo de confianza 90 por ciento para ECVI =	(0.64 : 1.11)
ECVI para el modelo saturado =	0.94
ECVI para el modelo independiente =	0.74
Criterio de información de AIC =	63.36
Índice de ajuste normado (NFI) =	-0.06
Índice de ajuste no normado (NNFI) =	-0.59
Índice de ajuste normado de parsimonia (PNFI) =	-0.06
Índice de ajuste comparativo (CFI) =	0.0
Índice de ajuste incremental (IFI) =	-0.16
Índice de ajuste relativo (RFI) =	-0.19
N crítica (CN) =	78.86
Índice de bondad de ajuste (GFI) =	0.88
Índice de bondad de ajuste estimado (AGFI) =	0.83
Índice de bondad de ajuste de parsimonia (PGFI) =	0.61

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA LXIV
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO FAMILIARES. COMPROMISO AXIOLÓGICO
CORRELACIONES Y PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Prueba del modelo

Prueba de mejor ajuste

Variable	vs.	Variable	Correlación	Chi ²	G. L.	Valor p	RMSEA	Valor p
ÍTEM4	vs.	ÍTEM2	-0.147 (PC)	7.382	8	0.496	0.000	0.857
ÍTEM5	vs.	ÍTEM2	-0.078 (PC)	9.767	8	0.282	0.054	0.733
ÍTEM5	vs.	ÍTEM4	-0.021 (PC)	13.087	8	0.109	0.094	0.487
ÍTEM8	vs.	ÍTEM2	0.001 (PC)	6.458	5	0.264	0.065	0.596
ÍTEM8	vs.	ÍTEM4	0.009 (PC)	19.702	8	0.012	0.152	0.135
ÍTEM8	vs.	ÍTEM5	0.371 (PC)	13.599	8	0.093	0.101	0.434
ÍTEM10	vs.	ÍTEM2	0.320 (PC)	7.695	8	0.464	0.000	0.849
ÍTEM10	vs.	ÍTEM4	-0.073 (PC)	19.477	8	0.013	0.143	0.164
ÍTEM10	vs.	ÍTEM5	0.034 (PC)	18.551	8	0.017	0.133	0.215
ÍTEM10	vs.	ÍTEM8	0.174 (PC)	20.861	8	0.008	0.155	0.116
ÍTEM12	vs.	ÍTEM2	0.551 (PC)	18.261	8	0.019	0.128	0.238
ÍTEM12	vs.	ÍTEM4	-0.208 (PC)	16.229	8	0.039	0.120	0.305
ÍTEM12	vs.	ÍTEM5	0.194 (PC)	11.669	8	0.167	0.077	0.607
ÍTEM12	vs.	ÍTEM8	-0.114 (PC)	12.245	8	0.141	0.088	0.522
ÍTEM12	vs.	ÍTEM10	0.432 (PC)	12.197	8	0.143	0.054	0.562
ÍTEM15	vs.	ÍTEM2	-0.009 (PC)	11.840	8	0.158	0.080	0.566
ÍTEM15	vs.	ÍTEM4	-0.173 (PC)	16.311	8	0.038	0.123	0.287
ÍTEM15	vs.	ÍTEM5	0.047 (PC)	7.230	8	0.512	0.000	0.870
ÍTEM15	vs.	ÍTEM8	0.417 (PC)	7.338	8	0.501	0.000	0.845
ÍTEM15	vs.	ÍTEM10	0.200 (PC)	32.148	8	0.000	0.203	0.010
ÍTEM15	vs.	ÍTEM12	0.025 (PC)	7.250	8	0.510	0.000	0.872

PC = Policórica

RMSEA = Error de Aproximación Cuadrático Medio

Porcentaje de pruebas superiores 0.5% Nivel de significancia: 0.0%

Porcentaje de pruebas superiores 1.0% Nivel de significancia: 4.8%

Porcentaje de pruebas superiores 5.0% Nivel de significancia: 4.8%

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

TABLA LXV
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO FAMILIARES. COMPROMISO AXIOLÓGICO
ECUACIONES ESTRUCTURALES

Modelo de Medida

Estimación por Máxima Similitud

ÍTEM2 = 0.33*axiológico	. Errorvar. = 0.35	. R ² = 0.23
(0.11)	(0.078)	
3.02	4.52	
ÍTEM4 = - 0.38*axiológico	. Errorvar. = 2.27	. R ² = 0.059
(0.24)	(0.39)	
-1.57	5.88	
ÍTEM5 = 0.27*axiológico	. Errorvar. = 2.60	. R ² = 0.026
(0.25)	(0.43)	
1.05	6.06	
ÍTEM8 = 0.40*axiológico	. Errorvar. = 2.08	. R ² = 0.071
(0.23)	(0.36)	
1.73	5.80	
ÍTEM10 = 0.66*axiológico	. Errorvar. = 0.58	. R ² = 0.21
(0.23)	(0.33)	
2.91	4.72	
ÍTEM12 = 0.57*axiológico	. Errorvar. = 0.78	. R ² = 0.29
(0.17)	(0.20)	
3.27	3.95	
ÍTEM15 = 0.28*axiológico	. Errorvar. = 2.14	. R ² = 0.036
(0.23)	(0.36)	
1.22	6.01	

- * Valores de t entre paréntesis.
- * R² Coeficiente de Regresión.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA LXVI
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
 GRUPO FAMILIARES. COMPROMISO AXIOLÓGICO
 AJUSTE DEL MODELO

Grados de libertad =	14
Chi cuadrada del modelo estimado =	22.11 (P = 0.076)
Parámetro de no centralidad (NCP) =	6.76
Intervalo de confianza 90 por ciento para NCP =	(0.0 : 23.10)
Error de aproximación cuadrático medio (RMSEA) =	0.079
Intervalo de confianza 90 por ciento para RMSEA =	(0.15)
Valor p para el mejor ajuste (RMSEA < 0.05) =	0.23
Índice de validación cruzada esperado (ECVI) =	0.63
Intervalo de confianza 90 por ciento para ECVI =	(0.55 : 0.85)
ECVI para el modelo saturado =	0.73
ECVI para el modelo independiente =	0.74
Criterio de información de Akaike AIC =	48.76
Índice de ajuste normado (NFI) =	0.49
Índice de ajuste no normado (NNFI) =	0.45
Índice de ajuste normado de parsimonia (PNFI) =	0.32
Índice de ajuste comparativo (CFI) =	0.63
Índice de ajuste incremental (IFI) =	0.72
Índice de ajuste relativo (RFI) =	0.23
N crítica (CN) =	102.51
Índice de bondad de ajuste (GFI) =	0.93
Índice de bondad de ajuste estimado (AGFI) =	0.86
Índice de bondad de ajuste de parsimonia (PGFI) =	0.46

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA LXVII
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO FAMILIARES. COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL SERVICIO
DISTRIBUCIÓN UNIVARIANTE PARA VARIABLES ORDINALES

	Frecuencia	Porcentaje	Gráfica de barras
ÍTEM 9			
td	8	10.4	oooooooo
d	5	6.5	ooooo
a	25	32.5	oooooooooooooooooooooooooooo
t	39	50.6	oo
ÍTEM 13			
td	20	27.8	oooooooooooooooooooooooooooo
d	27	37.5	oooooooooooooooooooooooooooooooooooo
a	14	19.4	oooooooooooooooooooo
t	11	15.3	oooooooooooooo
ÍTEM 14			
td	18	25.0	oooooooooooooooooooooooooooo
d	22	30.6	oooooooooooooooooooooooooooooooooooo
a	21	29.2	oooooooooooooooooooooooooooo
t	11	15.3	oooooooooooooo
ÍTEM 18			
td	33	47.8	oo
d	24	34.8	oooooooooooooooooooooooooooooooooooo
a	8	11.6	oooooooooo
t	4	5.8	oooo
ÍTEM 19			
td	20	27.4	oooooooooooooooooooooooooooo
d	42	57.5	oo
a	3	4.1	ooo
t	8	11.0	oooooooooo

t	Totalmente de acuerdo	= 5
a	Acuerdo	= 4
d	Desacuerdo	= 2
td	Totalmente desacuerdo	= 1

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA LXVIII
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO FAMILIARES. COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL SERVICIO
CORRELACIONES Y PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Prueba del modelo

Prueba de mejor ajuste

Variable	vs.	Variable	Correlación	Chi ²	G.L.	Valor p	RMSEA	Valor p
ÍTEM13	vs.	ÍTEM9	0.060 (PC)	18.986	8	0.015	0.138	0.187
ÍTEM14	vs.	ÍTEM9	0.164 (PC)	34.327	8	0.000	0.214	0.005
ÍTEM14	vs.	ÍTEM13	0.842 (PC)	34.473	8	0.000	0.217	0.005
ÍTEM18	vs.	ÍTEM9	-0.250 (PC)	8.500	8	0.386	0.030	0.782
ÍTEM18	vs.	ÍTEM13	0.496 (PC)	17.611	8	0.024	0.135	0.216
ÍTEM18	vs.	ÍTEM14	0.301 (PC)	19.056	8	0.015	0.146	0.160
ÍTEM19	vs.	ÍTEM9	-0.203 (PC)	5.753	8	0.675	0.000	0.932
ÍTEM19	vs.	ÍTEM13	0.485 (PC)	4.902	8	0.768	0.000	0.953
ÍTEM19	vs.	ÍTEM14	0.419 (PC)	7.308	8	0.504	0.000	0.850
ÍTEM19	vs.	ÍTEM18	0.534 (PC)	15.782	8	0.046	0.122	0.294

PC = Policórica

RMSEA = Error de Aproximación Cuadrático Medio

Porcentaje de pruebas superiores 0.5% Nivel de significancia: 10.0%

Porcentaje de pruebas superiores 1.0% Nivel de significancia: 20.0%

Porcentaje de pruebas superiores 5.0% Nivel de significancia: 20.0%

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

TABLA LXIX
 CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
 GRUPO FAMILIARES. COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL SERVICIO
 ECUACIONES ESTRUCTURALES

Modelo de Medida

Estimación por Máxima Similitud

ÍTEM9 = 0.086*servicio.	Errorvar.= 1.71	. R ² = 0.0043
(0.16)	(0.28)	
0.55	6.16	
ÍTEM13 = 1.38*servicio.	Errorvar.= 0.20	. R ² = 0.90
(0.17)	(0.33)	
8.03	0.61	
ÍTEM14 = 1.15*servicio.	Errorvar.= 0.84	. R ² = 0.61
(0.17)	(0.27)	
6.67	3.14	
ÍTEM18 = 0.41*servicio.	Errorvar.= 1.28	. R ² = 0.11
(0.14)	(0.21)	
2.88	6.07	
ÍTEM19 = 0.48*servicio.	Errorvar.= 1.21	. R ² = 0.16
(0.14)	(0.20)	
3.41	6.00	

* Valores de t entre paréntesis.

* R² Coeficiente de Regresión.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA LXX
CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO FAMILIARES. COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL SERVICIO
AJUSTE DEL MODELO

Grados de libertad =	5
Chi cuadrada del modelo estimado =	10.96 (P = 0.052)
Parámetro de no centralidad (NCP) =	5.63
Intervalo de confianza 90 por ciento para NCP =	(0.0 ; 19.10)
Error de aproximación cuadrático medio (RMSEA) =	0.12
Intervalo de confianza 90 por ciento para RMSEA =	(0.0 ; 0.22)
Valor p para el mejor ajuste (RMSEA < 0.05) =	0.11
Índice de valoración cruzada esperado (ECVI) =	0.40
Intervalo de confianza 90 por ciento para ECVI =	(0.33 ; 0.58)
ECVI para el modelo saturado =	0.39
ECVI para el modelo independiente =	0.26
Criterio de información de Akaike AIC =	30.63
Índice de ajuste normado (NFI) =	0.87
Índice de ajuste no normado (NNFI) =	0.84
Índice de ajuste normado de parsimonia (PNFI) =	0.44
Índice de ajuste comparativo (CFI) =	0.92
Índice de ajuste incremental (IFI) =	0.93
Índice de ajuste relativo (RFI) =	0.74
N crítica (CN) =	105.65
Índice de bondad de ajuste (GFI) =	0.95
Índice de bondad de ajuste estimado (AGFI) =	0.84
Índice de bondad de ajuste de parsimonia (PGFI) =	0.32

Figura 1. Grupo Médicos. Distribución por sexo.

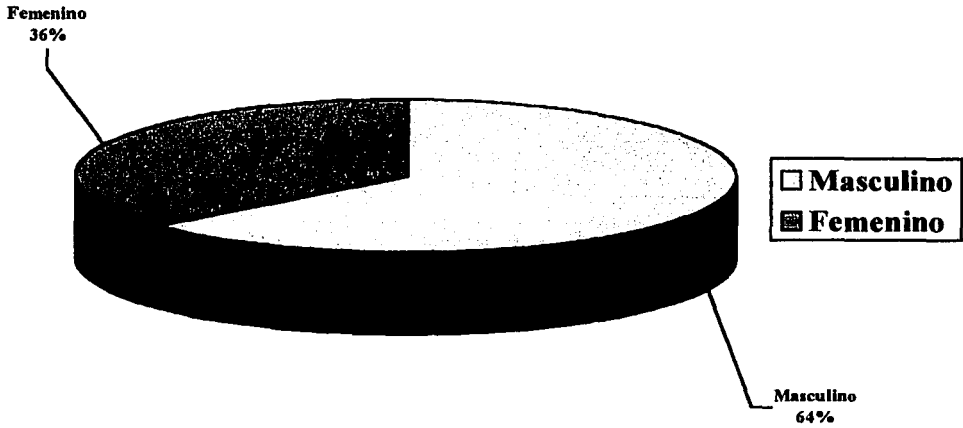
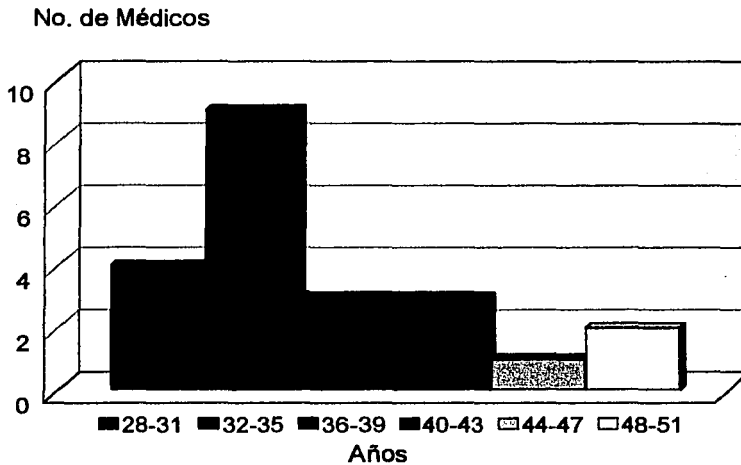


Figura 2. Grupo Médicos. Distribución por grupos etáreos.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 3. Grupo Médicos. Distribución por puesto desempeñado.

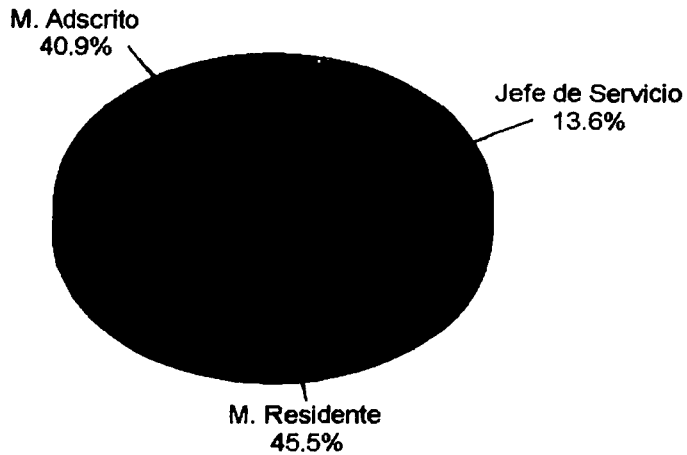
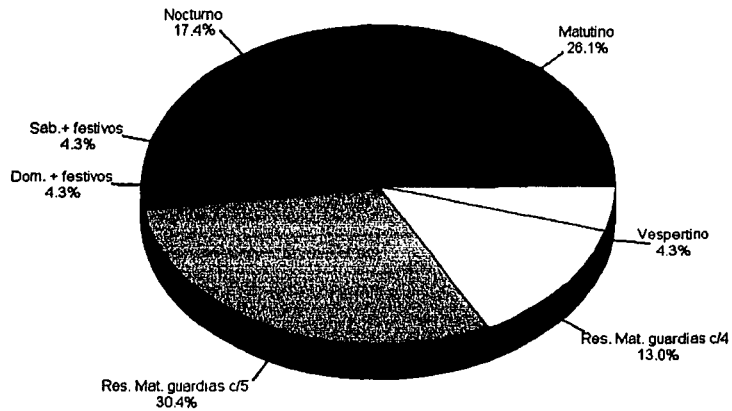


Figura 4. Grupo Médicos. Distribución según turno laboral.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 5. Grupo Médicos. Distribución según antigüedad laboral en UCI.

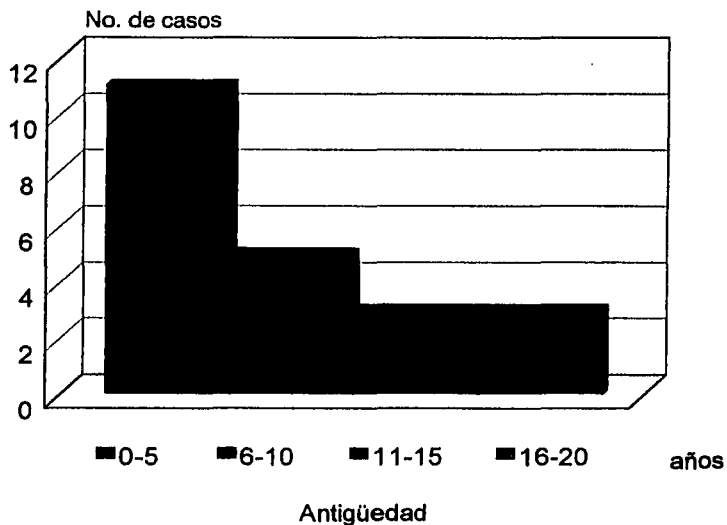
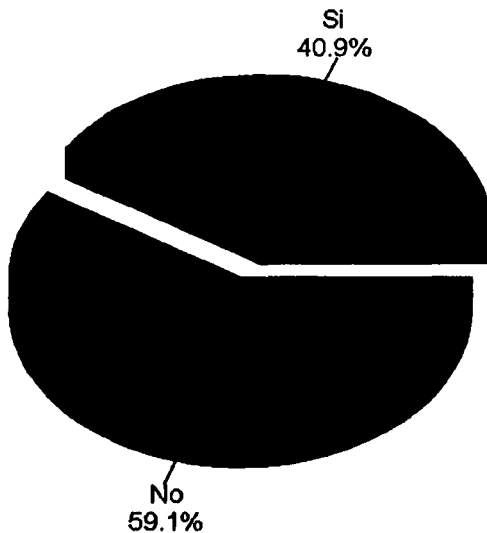


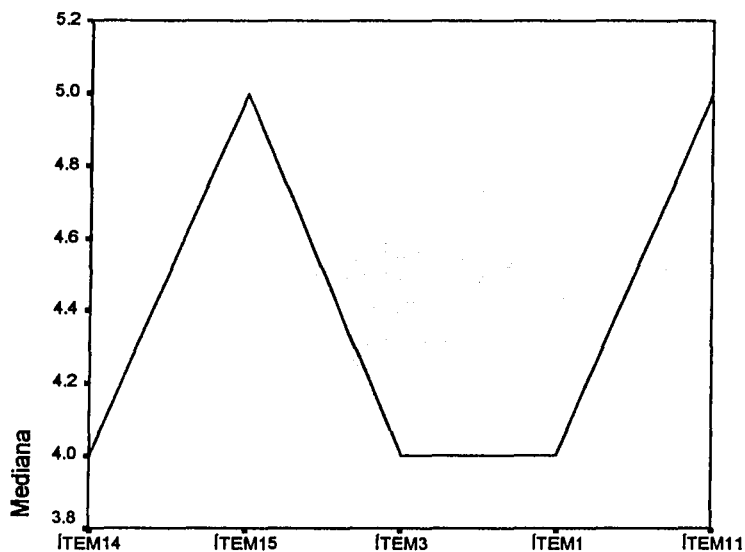
Figura 6. Grupo Médicos. Médicos con personal asignado a su cargo.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 7. CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL

Grupo Médicos. Dimensión de Compromiso Ético



Ítem 14.- Respeto y aplico las normas de la institución ante los pacientes, familiares y otros médicos.

Ítem 15.- Soy responsable de mis actos, independientemente de los recursos con los que dispongo.

Ítem 3.- Continúo actuando con honestidad, aunque cometa algún error.

Ítem 1.- Busco satisfacer mis expectativas antes que otros, dentro y fuera de mi actividad profesional.

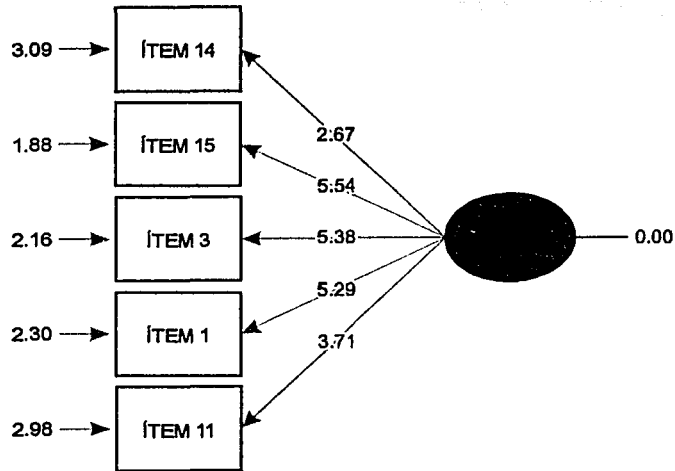
Ítem 11.- Me preocupo por el deber ser, sin que me obliguen mis superiores.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 8 . CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL

Grupo Médicos. Dimensión de Compromiso Ético

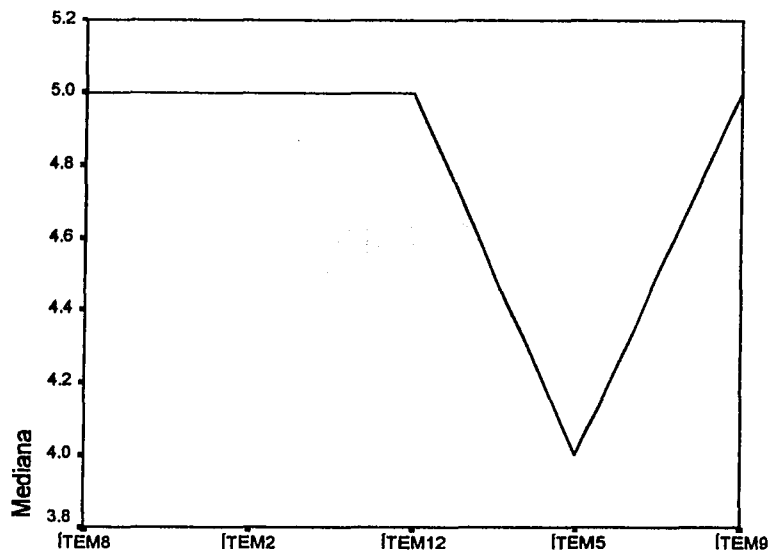
Diagrama de relaciones



Chi cuadrada = 3.29, gl = 5, Valor p = 0.65555, RMSEA = 0.000

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 9. CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
Grupo Médicos. Dimensión de Compromiso Axiológico.



Ítem 8.- La ética tiene una relación directa con la moral, las buenas costumbres, los valores y el deber ser.

Ítem 2.- Considero que la vida y la salud son valores superiores al poder y al dinero.

Ítem 12.- Mi educación, religión, forma de pensar, y actitud me han permitido progresar profesionalmente.

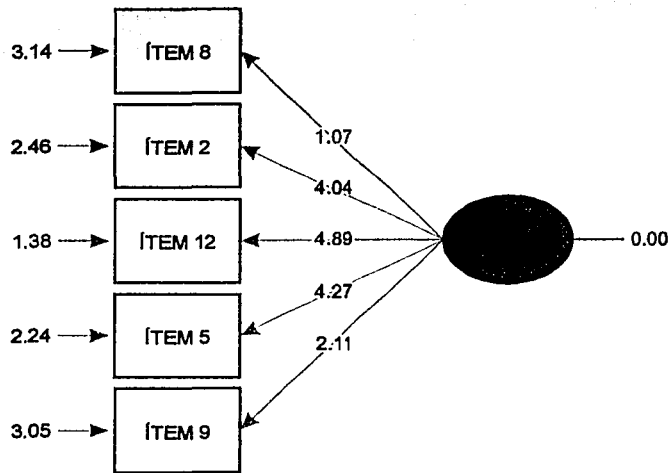
Ítem 5.- El éxito profesional está en función de lo que uno debe hacer.

Ítem 9.- Los valores morales subsisten ante la enfermedad y la muerte.

Figura 10. CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL

Grupo Médicos. Dimensión de Compromiso Axiológico

Diagrama de Relaciones

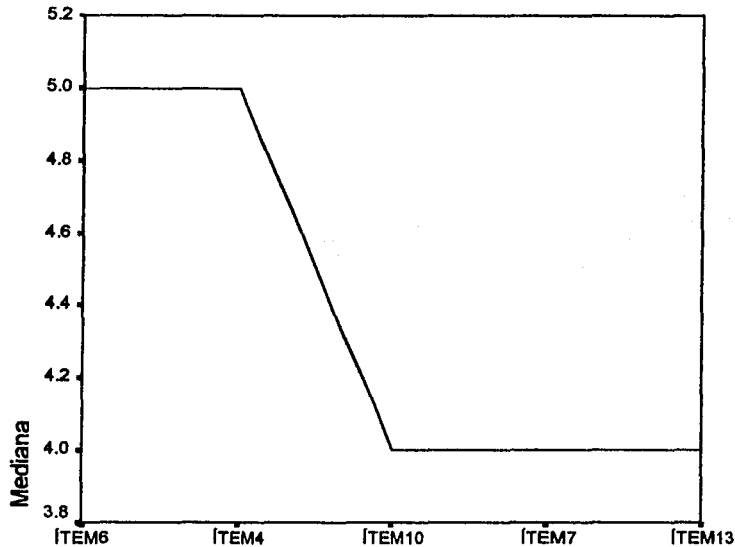


Chi cuadrada = 11.97, gl = 5, Valor p = 0.3527, RMSEA = 0.264

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 11. CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL

Grupo Médicos. Dimensión de Compromiso con la Calidad del Servicio



Ítem 6.- Estoy dispuesto a ir más allá de mis obligaciones en beneficio de mis pacientes y familiares.

Ítem 4.- El desempeño de mis funciones tiene una relación con la calidad de servicio en el área.

Ítem 10.- Me esfuerzo en mis actividades cotidianas profesionales porque ello implica un mejor servicio.

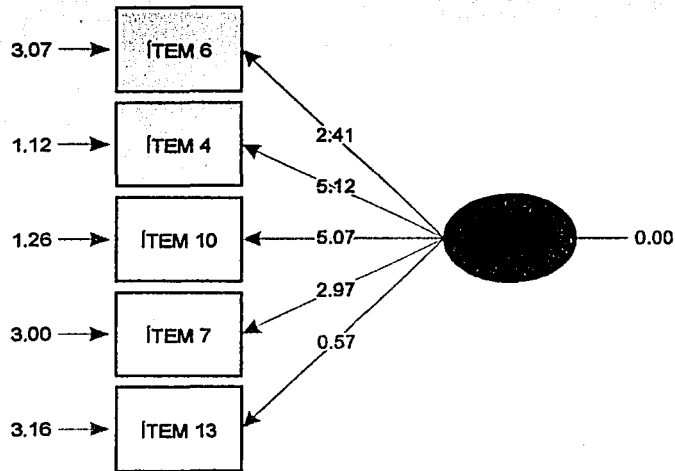
Ítem 7.- La calidad de servicio que apporto en el área de cuidados intensivos refleja mi disposición ética.

Ítem 13.- Percibo que mi actitud ética implica un efecto positivo.

Figura 12. CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL

Grupo Médicos. Dimensión de Compromiso con la Calidad del Servicio

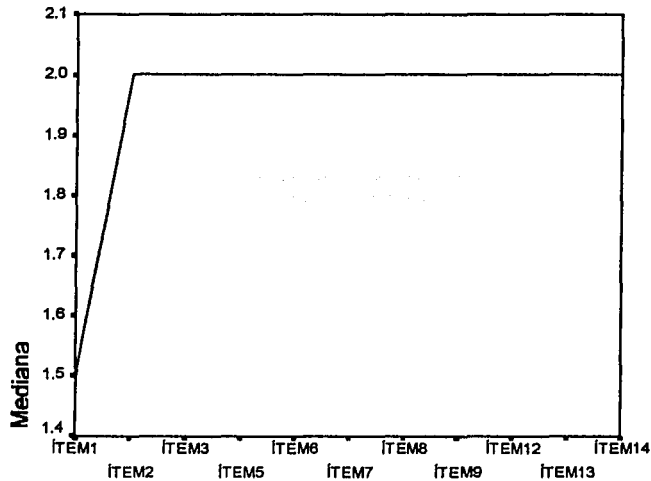
Diagrama de Relaciones



Chi cuadrada = 49.67, gl = 10, Valor p = 0.0000, RMSEA = 0.445

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**Figura 13. CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
Grupo Médicos. Dimensión de Compromiso Ético**



Ítem 1.- Si un paciente tiene muerte cerebral y no es donador de órganos, ¿usted mantiene el tratamiento intensivo?

Ítem 2.- Si los familiares de un enfermo en UCI le amenazan de demanda legal contra usted o el servicio, ¿usted mantiene el tratamiento intensivo aunque no esté indicado médicamente?

Ítem 3.- Si un tratamiento beneficia a un sistema vital del paciente grave, pero complica a dos o más sistemas vitales ¿usted lo aplica?

Ítem 5.- Cuando un enfermo es irrecuperable, ¿usted le desconecta el apoyo vital o medicamentos?

Ítem 6.- Si un familiar del paciente de terapia intensiva le pide que quite el apoyo vital del mismo ¿lo haría?

Ítem 7.- Si una autoridad externa o de su servicio le solicita firme documentos, aplique tratamientos o mantenga manejo intensivo, que no está usted de acuerdo, ¿lo realiza?

Ítem 8.- Piensa usted que la decisión de mantener el soporte vital en UCI. ¿Sólo corresponde al médico especialista en Medicina Crítica y no deberían intervenir otras personas?

Ítem 9.- Para atender al paciente de la UCI, ¿usted considera que el especialista debe basarse sólo en conocimientos médicos?

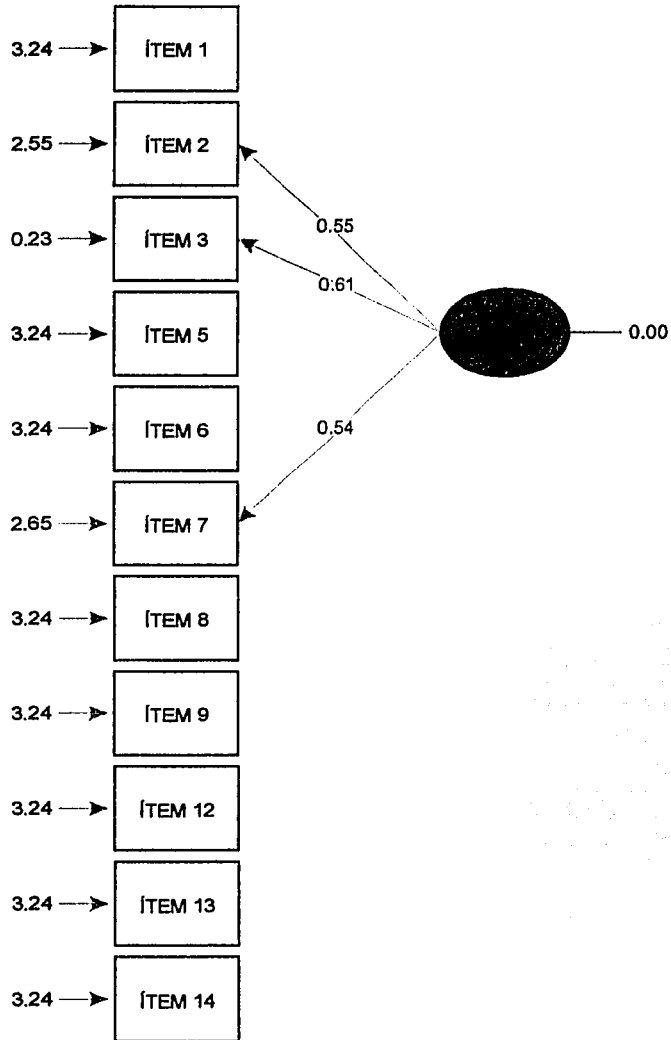
Ítem 12.- Si un paciente tiene falla de cuatro sistemas o más, ¿usted aplica terapia intensiva?

Ítem 13.- Aunque un paciente no requiera terapia intensiva, si usted sabe que puede haber demanda médica, ¿lo ingresa al servicio?

Ítem 14.- Cuando los familiares del paciente se encuentran molestos o agresivos contra el personal médico, aunque el paciente no amerite UCI ¿usted lo ingresa para salvar la situación?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

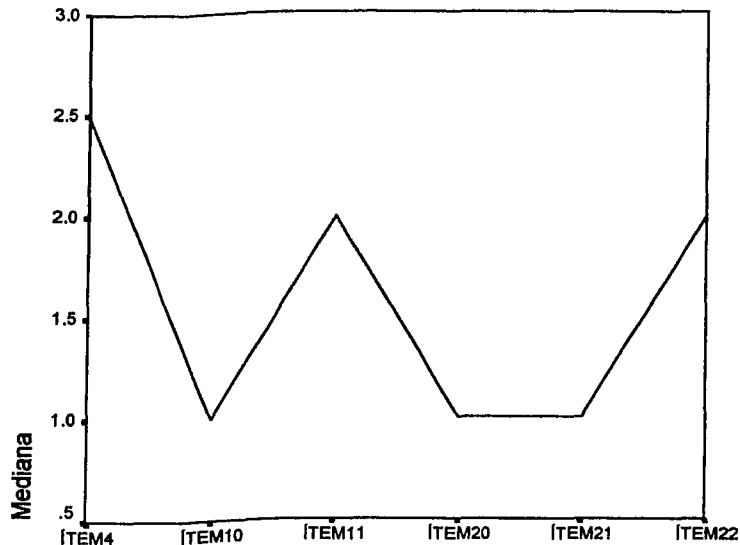
**Figura 14. CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
Grupo Médicos. Dimensión de Compromiso Ético
Diagrama de Relaciones**



Chi cuadrada = 59.14, gl = 52, Valor p = 0.23122, RMSEA = 0.081

TEMAS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 15. CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
Grupo Médicos. Dimensión de Compromiso Axiológico.



Ítem 4.- ¿Usted reza por el paciente que está atendiendo?

Ítem 10.- ¿Usted decide el ingreso de pacientes a UCI para no tener problemas con especialistas que no son del área o por compañerismo con ellos?

Ítem 11.- ¿Usted indica medicamentos en la hoja de indicaciones médicas, simulando se apliquen?

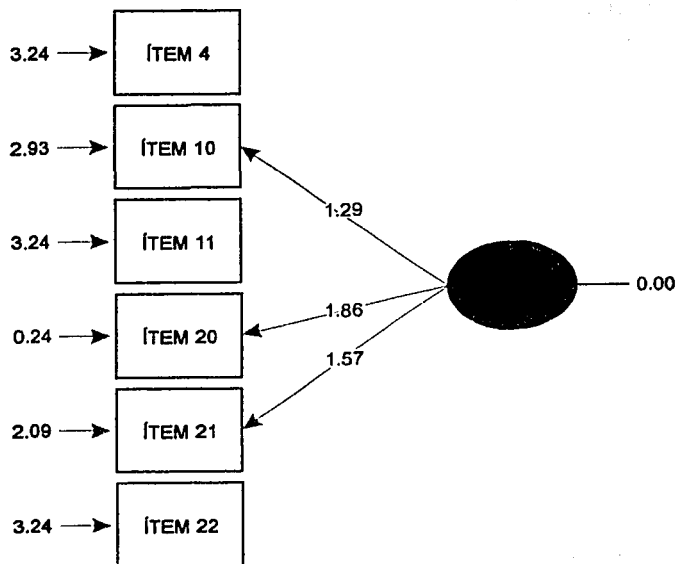
Ítem 20.- ¿Usted recibe una compensación económica extra por ingresar pacientes a la UCI?

Ítem 21.- ¿Usted ingresa pacientes a la UCI para que haya trabajo en el servicio y no estén vacías de pacientes las camas?

Ítem 22.- ¿Usted considera que el médico residente del curso de Medicina Crítica debe aprender más por él mismo que por los maestros?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 16. CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
Grupo Médicos. Dimensión de Compromiso Axiológico
Diagrama de Relaciones

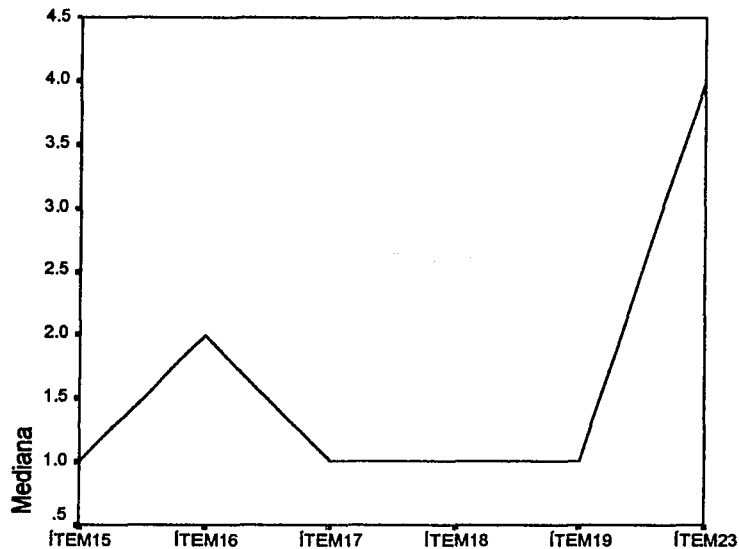


Chi cuadrada = 10.58, gl = 12, Valor p = 0.56508, RMSEA = 0.000

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 17. CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA

Grupo Médicos. Dimensión de Compromiso con la Calidad del Servicio



Ítem 15.- ¿Considera usted que su tratamiento médico en la terapia intensiva no debe recibir modificaciones por médicos de terapia intensiva de otros turnos?

Ítem 16.- ¿Considera que los médicos de terapia intensiva de este servicio deben actuar y trabajar como usted?

Ítem 17.- Los problemas personales que usted tiene ¿repercuten sobre sus subordinados?

Ítem 18.- Si usted tiene un problema con algún subordinado, ¿su forma de arreglar la situación es mandar oficios, recados y sanciones, así como no apoyarle en su desempeño laboral?

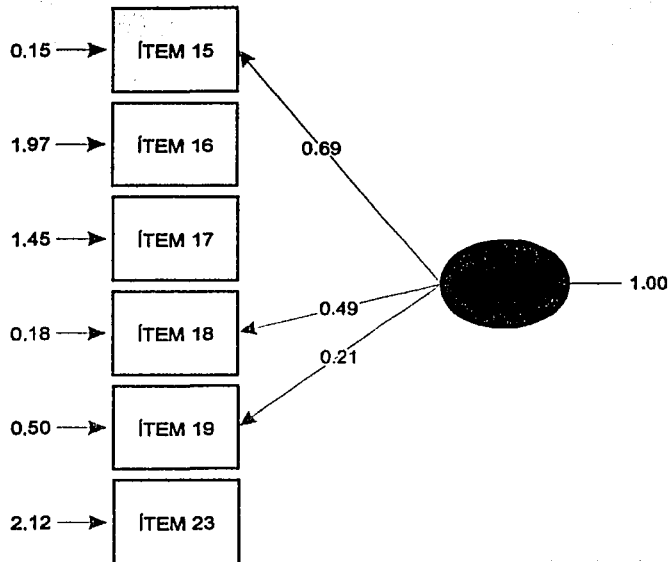
Ítem 19.- Usted con frecuencia ¿deja problemas pendientes para resolver en otros turnos?

Ítem 23.- ¿Usted considera que para el equipamiento y funcionamiento eficiente de la terapia intensiva es necesaria la participación activa y el desempeño eficaz de los jefes de servicio?

FIGURA 18. CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA

Grupo Médicos. Dimensión de Compromiso con la Calidad del Servicio

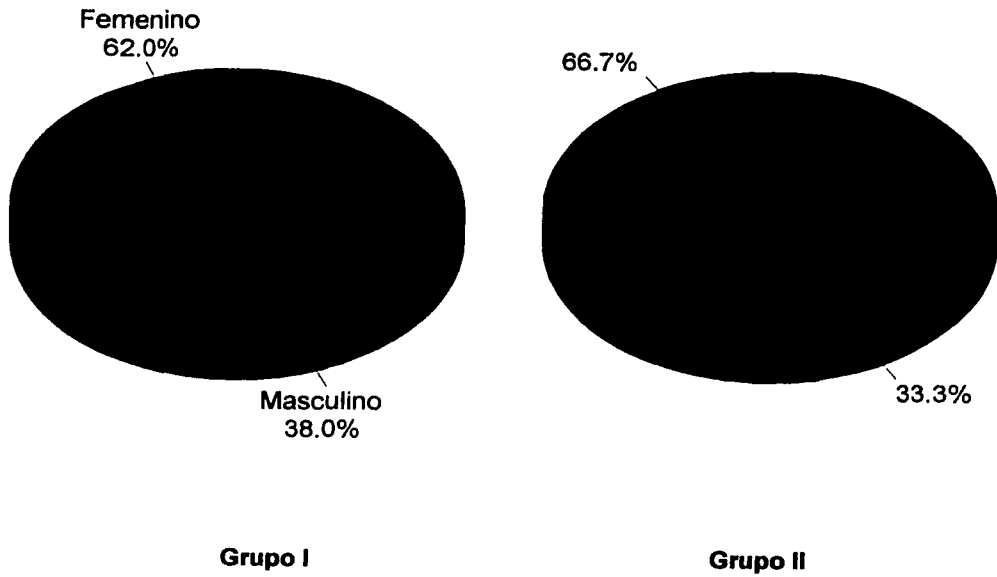
Diagrama de Relaciones



Chi cuadrada = 8.24, gl = 12, Valor p = 0.76616, RMSEA = 0.000

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

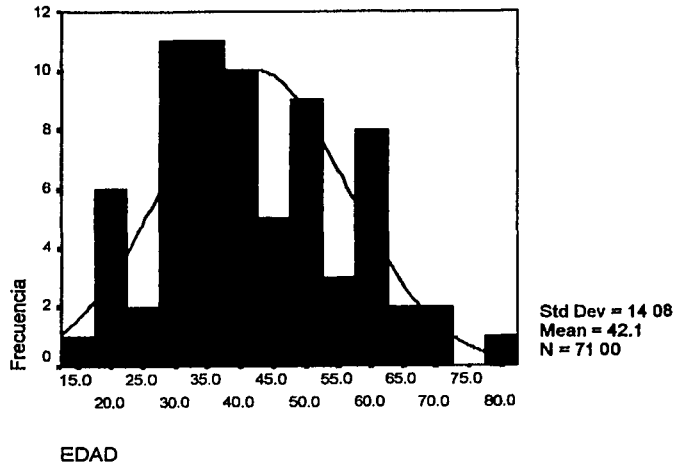
Figura 19. Distribución de familiares según sexo.



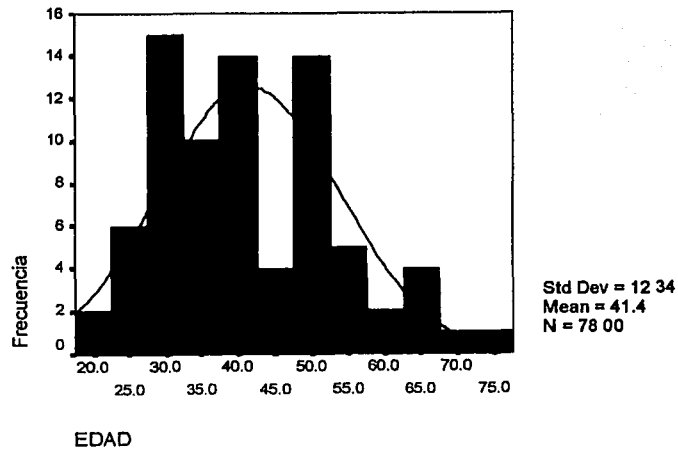
Chi² = 0.36, p = 0.55 NS

Figura 20. Familiares. Distribución por grupos de edad.

Grupo I



Grupo II

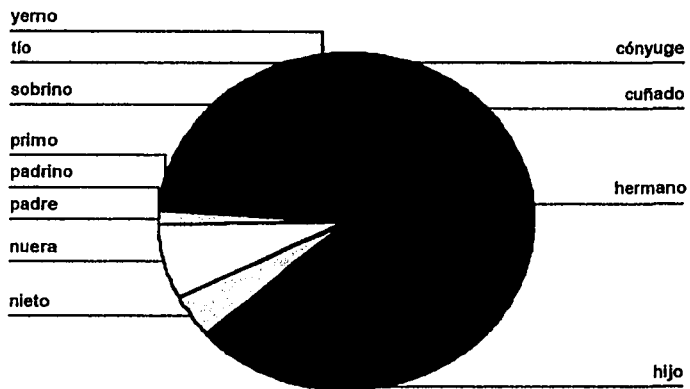


Student's $t = -0.324$, $p = 0.206$

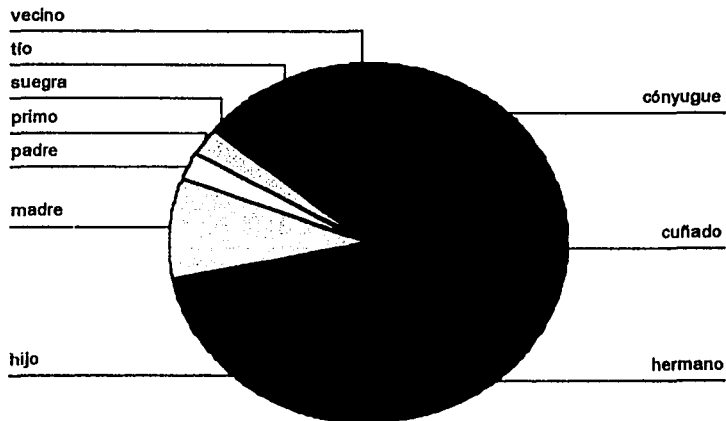
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 21. Familiares. Distribución según parentesco.

Grupo I



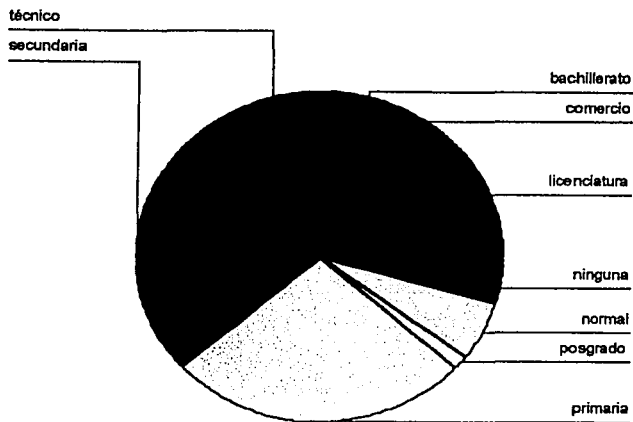
Grupo II



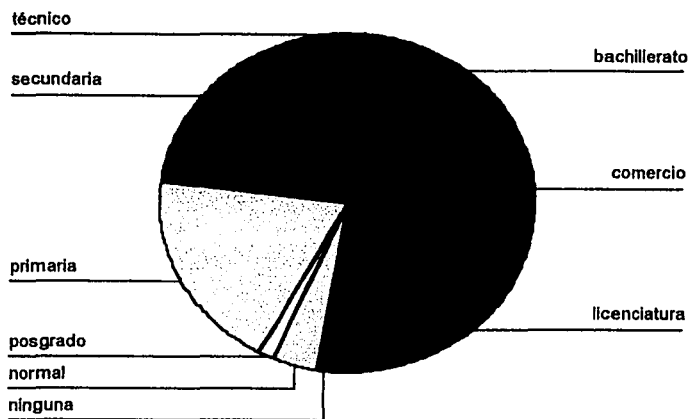
Chi² = 4.85 , p = 0.521

Figura 22. Familiares. Distribución según escolaridad.

Grupo I



Grupo II

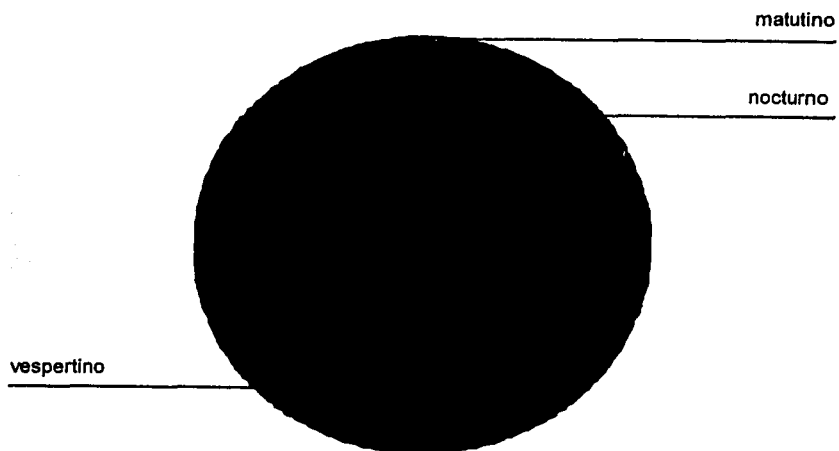


Chi² = 5.24 , p = 0.342

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 23. Familiares. Distribución según turno de visita al paciente.

Grupo I



Grupo II

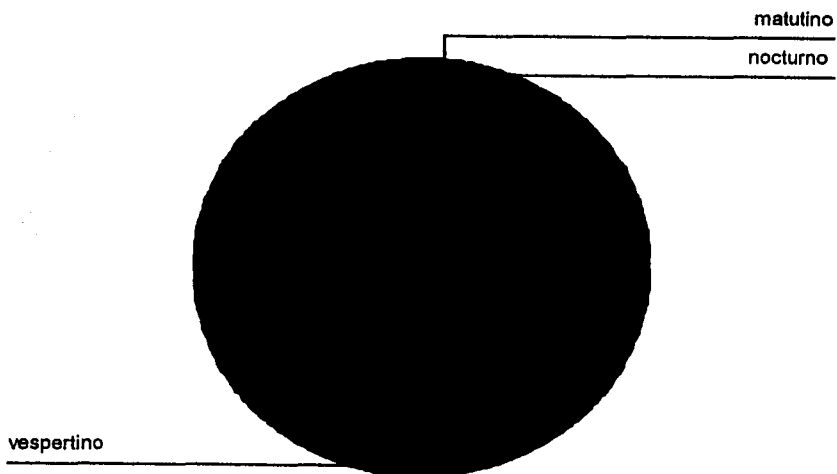
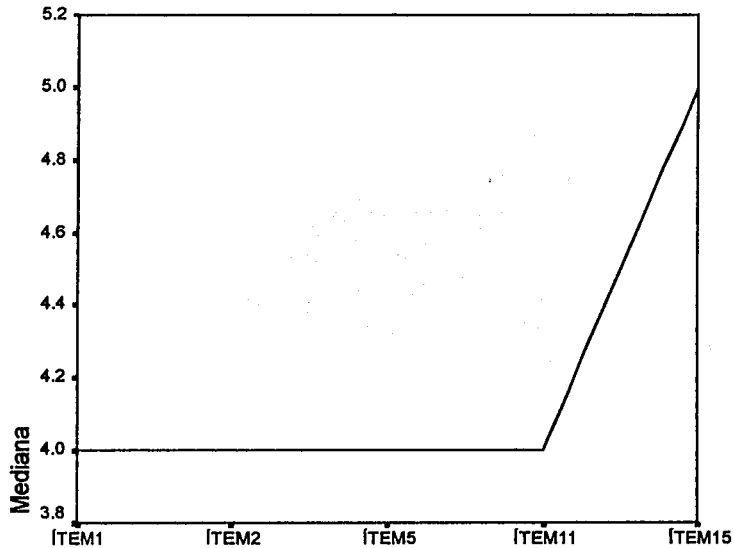


Figura 24. CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL

Grupo Familiares. Dimensión de Compromiso Ético



Ítem 2.- Conozco y respeto las normas de la institución médica, específicamente en el área de cuidados intensivos.

Ítem 15.- Soy responsable de mis actos, aún en una situación crítica.

Ítem 5.- Continúo actuando con honestidad, aunque cometa algún error.

Ítem 1.- Busco satisfacer mis expectativas, dentro y fuera del hospital.

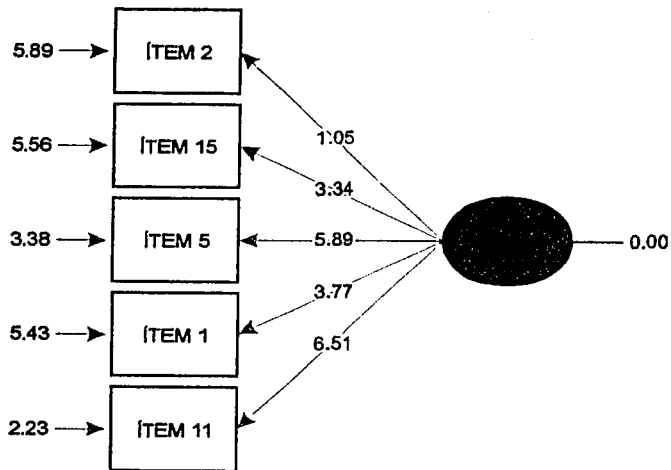
Ítem 11.- Me preocupo por el deber ser, sin que me obliguen otras personas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 25. CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL

Grupo Familiares. Dimensión de Compromiso Ético

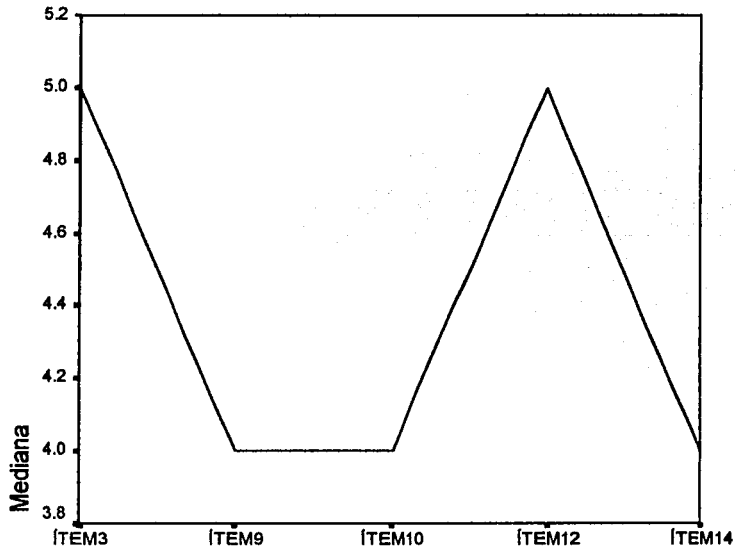
Diagrama de Relaciones



Chi cuadrada = 10.03, gl = 5, Valor p = 0.7444, RMSEA = 0.120

Figura 26. CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL

Grupo Familiares. Dimensión de Compromiso Axiológico



Ítem 9.- La ética tiene una relación directa con la moral, las buenas costumbres, los valores y el deber ser.

Ítem 3.- Considero que la vida y la salud son valores superiores al poder y al dinero.

Ítem 12.- Mi educación, religión, forma de pensar y actitud me han permitido vivir en armonía.

Ítem 14.- Pienso que el éxito está en función de lo que uno debe hacer.

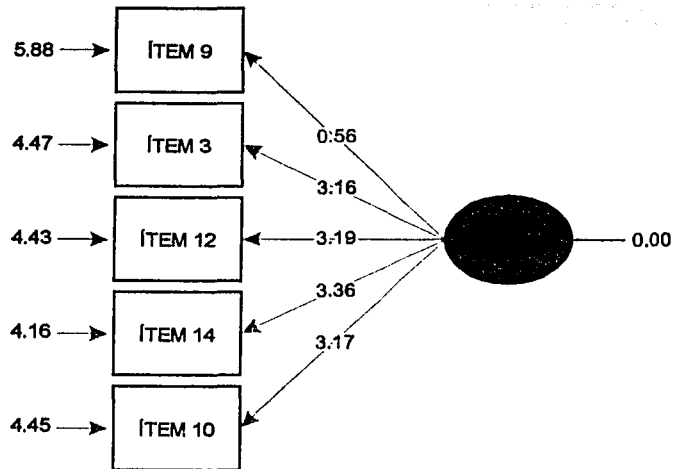
Ítem 10.- Los valores morales subsisten ante la enfermedad y lo inevitable.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 27. CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL

Grupo Familiares. Dimensión de Compromiso Axiológico

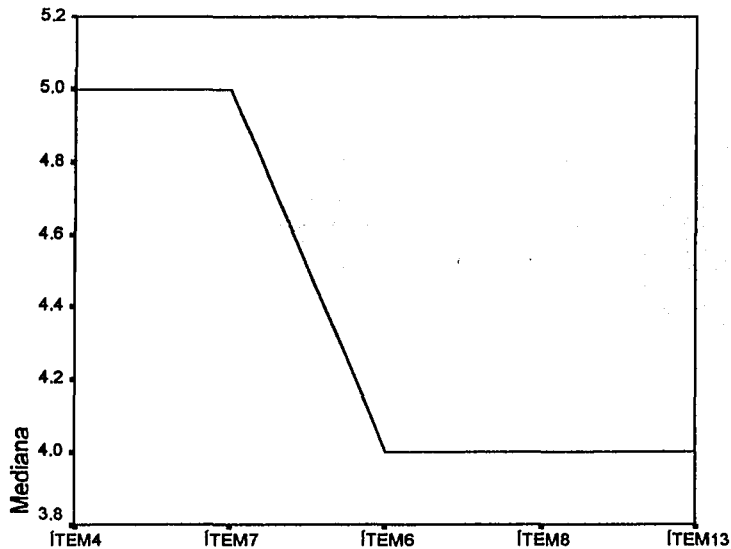
Diagrama de Relaciones



Chi cuadrada = 7.26, gl = 5, Valor p = 0.20203, RMSEA = 0.080

Figura 28. CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL

Grupo Familiares. Dimensión de Compromiso con la Calidad del Servicio



Ítem 4.- Considero que las obligaciones profesionales de los médicos deben corresponder a las necesidades de los pacientes y sus familiares.

Ítem 7.- El desempeño médico sobresaliente implica siempre una buena calidad de servicio en el área.

Ítem 6.- Creo que la calidad se mide en función de la recuperación del paciente.

Ítem 8.- Estoy satisfecho con la disposición ética y la calidad del servicio en esta área.

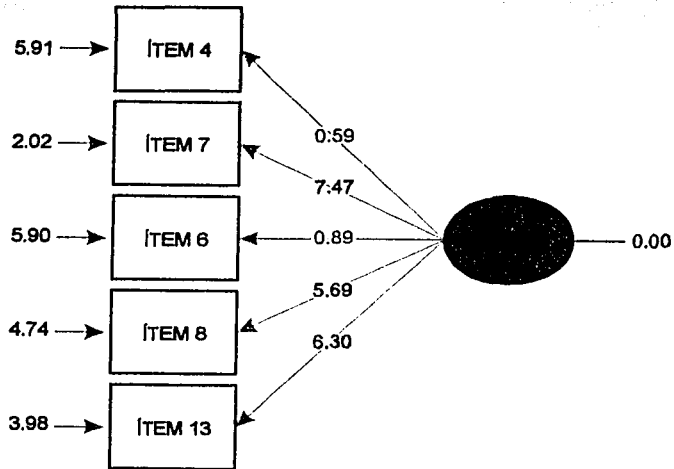
Ítem 13. Percibo que mi actitud influye en la disposición ética de los médicos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 29. CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL

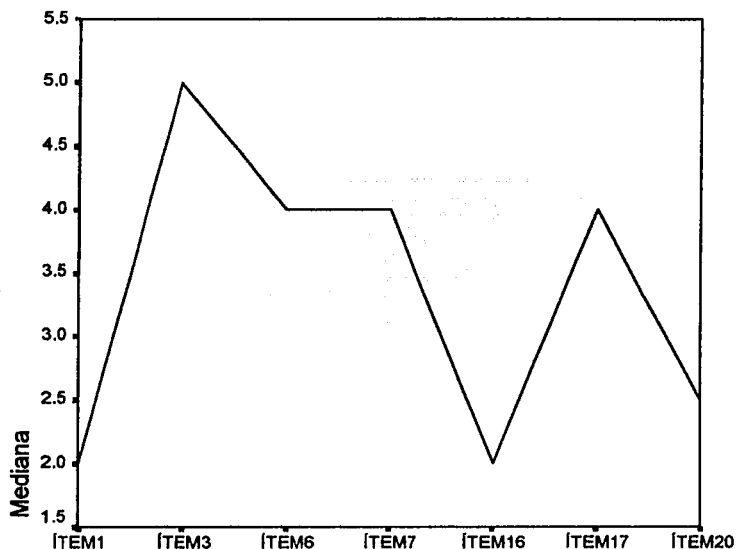
Grupo Familiares. Dimensión de Compromiso con la Calidad del Servicio

Diagrama de Relaciones



Chi cuadrada =14.08, gl = 5, Valor p = 0.01512, RMSEA =0.161

**Figura 30. CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
Grupo Familiares. Dimensión de Compromiso Ético**



Ítem 1.- Si le dijera el médico de terapia intensiva que su enfermo no tiene forma de recuperarse, ¿usted pediría que se le quitara el apoyo de vida?

Ítem 3.- Además de usted ¿hay más familiares que visitan diario a su enfermo en la terapia intensiva?

Ítem 6.- ¿Usted sabe que es responsable en todo momento de colaborar en las decisiones relacionadas a su enfermo en la terapia intensiva?

Ítem 7.- ¿Sabe para qué es una terapia intensiva y que se hace?

Ítem 11.- ¿Usted piensa que la enfermedad de su familiar tiene muy poco tiempo de aparecer?

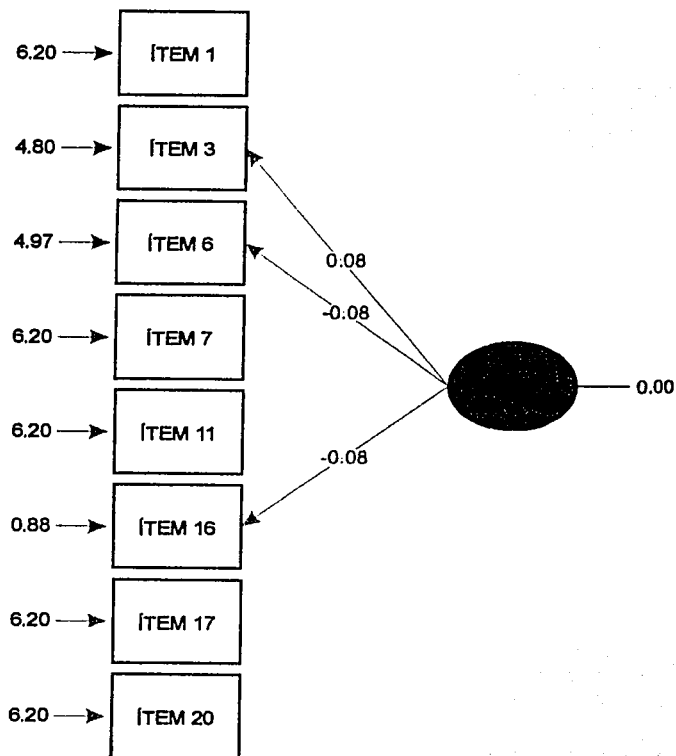
Ítem 16.- Si su enfermo se encuentra cada vez más grave y le dicen que puede fallecer, ¿usted piensa que es culpa de los médicos?

Ítem 17.- Si no le dan informes cuando ingresa su enfermo a terapia intensiva, ¿usted piensa que algo malo sucede?

Ítem 20.- Si usted no sabe que su enfermo se vaya a recuperar o no y le dicen los médicos que es posible que se opere cinco veces, ¿usted autoriza?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

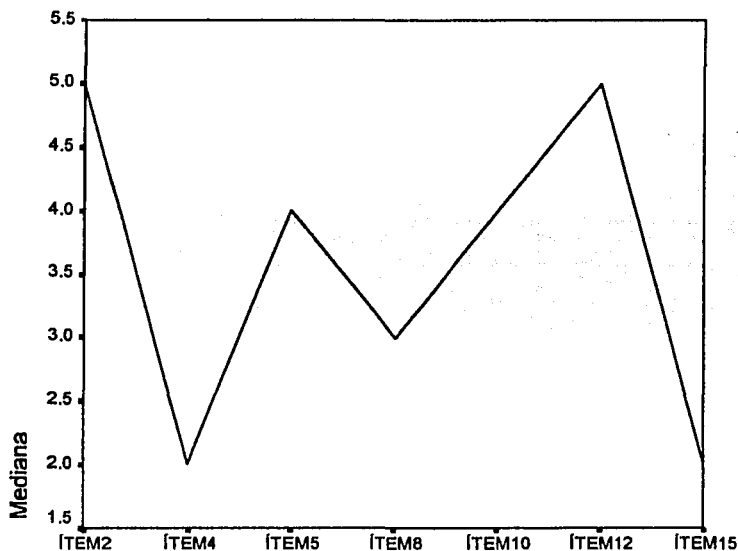
FIGURA 31. CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
Grupo Familiares. Dimensión de Compromiso Ético
Diagrama de Relaciones



Chi cuadrada = 39.44, gl = 25, Valor p = 0.03324, RMSEA = 0.087

Figura 32. CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA

Grupo Familiares. Dimensión de Compromiso Axiológico



Ítem 2.- ¿Usted reza a Dios por su enfermo que está en terapia intensiva?

Ítem 4.- ¿Su enfermo le dijo a usted, antes de que lo trajera al hospital, cual es su voluntad en cuanto a su vida, su enfermedad y de tenerlo en una terapia intensiva?

Ítem 5.- Si su enfermo está grave y sabe que no tiene recuperación, ¿usted piensa que es mejor que muera en su casa?

Ítem 8.- ¿Usted piensa que la terapia intensiva es un lugar donde siempre se salvan los enfermos graves?

Ítem 10.- ¿Usted cree que su enfermo grave debe recibir todos los tratamientos que prolonguen su vida, quede como quede y no le importa el tiempo que esté en la terapia intensiva y en el hospital?

Ítem 12.- ¿Usted piensa que es mejor se le diga la verdad acerca de lo que pasa con la enfermedad de su familiar?

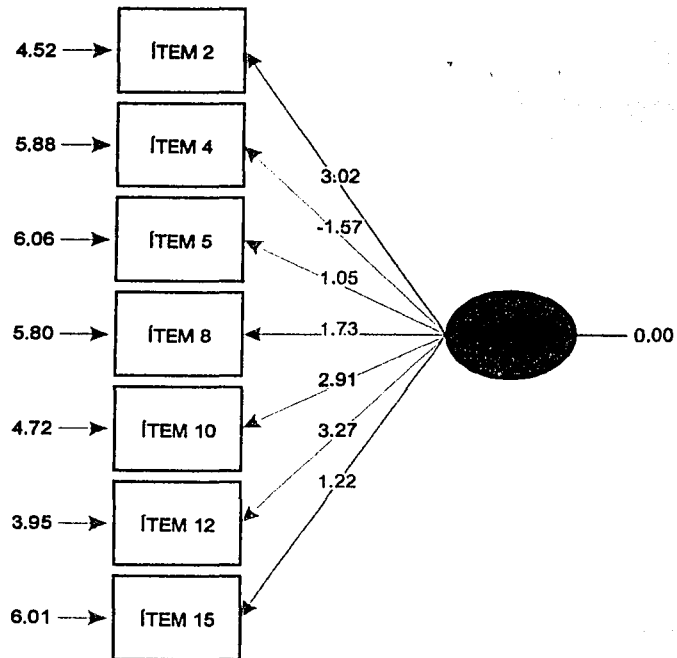
Ítem 15.- Si los médicos de terapia intensiva de los turnos le dan diferentes informes, ¿usted piensa que le engañan o mienten?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 33. CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA

Grupo Familiares. Dimensión de Compromiso Axiológico.

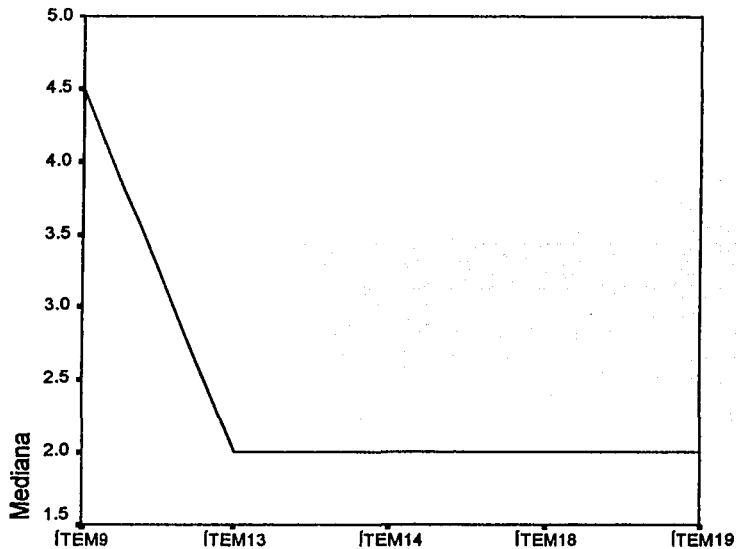
Diagrama de Relaciones



Chi cuadrada = 20.76, gl = 14, Valor p = 0.10791, RMSEA = 0.079

Figura 34. CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA

Grupo Familiares. Dimensión de Compromiso con la Calidad del Servicio



Ítem 9.- ¿Usted piensa que la atención médica en la terapia intensiva es mejor que en cualquier otro servicio del hospital?

Ítem 13.- Cuando los médicos no deciden rápido un estudio o tratamiento con su enfermo ¿usted piensa que no saben?

Ítem 14.- Cuando los médicos no le dicen la enfermedad que tiene su familiar, ¿usted piensa que no saben?

Ítem 18.- Los médicos y los jefes de servicio del turno matutino de la terapia intensiva son poco comunicativos, poco atentos y le dan informes cortos y confusos?

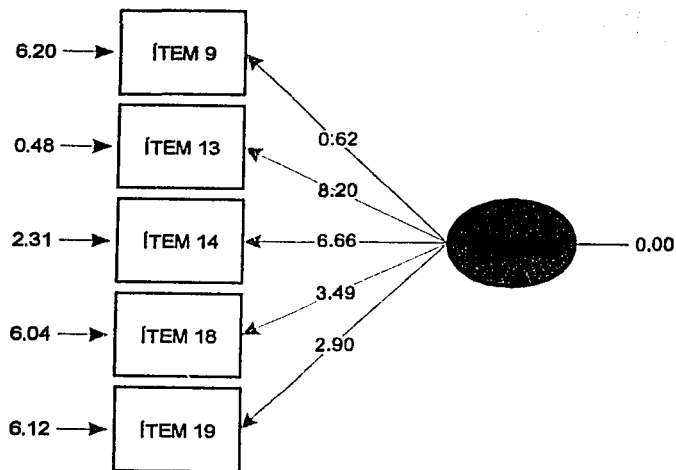
Ítem 19.- Si su enfermo se complica durante una operación, ¿usted cree que debe demandar al cirujano?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 35. CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA

Grupo Familiares. Dimensión de Compromiso con la Calidad del Servicio

Diagrama de Relaciones



Chi cuadrada = 8.13, gl = 5, Valor p = 0.14923, RMSEA = 0.090

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este estudio se encontró que más de la mitad del grupo médico pertenece al sexo masculino, la edad predominante es de 36 años y el 27% de ellos cumple más de 10 años de antigüedad. Lo que implica una población joven, con factores de riesgo para el estrés y síndrome de "burn out".

De este grupo médico 37% refieren no ser simpatizantes de aplicar y respetar las normas institucionales. El 14.3% están en desacuerdo en preocuparse por el deber ser. El 4.8% piensan que la ética no se relaciona con las costumbres y el deber ser. El 9.5% no consideran que la vida y la salud sean valores superiores al poder y al dinero. El 5% consideran que el éxito profesional no está en función del deber ser. El 4.8% piensan que el desempeño de sus funciones no tiene relación con la calidad del servicio en el área. El 5% no se esfuerzan en sus actividades cotidianas profesionales ya que no lo relacionan con un mejor servicio. El 10.5% no consideran que la calidad del servicio en la UCI refleje su disposición ética. El 4.8% no perciben que su actitud ética implique un efecto positivo. Así, los conceptos con mayor porcentaje anotados son los de 14.3% que muestran desacuerdo en preocuparse por el deber ser; de 10.5% que no relacionan la calidad del servicio en UCI con su disposición ética y el 37% refieren que no es simpatizante de aplicar y respetar normas. Estos conceptos implican bajo contenido ético. Observándose que de un total de 15 preguntas del cuestionario de proyección conceptual para médicos en siete de ellas respondieron con alto contenido ético en un 100% de médicos: en cinco de ellas, aunque muestran alto contenido ético para la mayoría del grupo, existen los porcentajes mencionados de un pequeño grupo con bajo contenido ético y en tres de ellas, la mayoría respondieron con alto contenido ético, sin embargo, el grupo de respuestas para bajo contenido ético es significativo. Por lo que se obtuvieron en este grupo, resultados de bajo contenido ético que son significativos y mostraron que no relacionan la calidad en atención de la UCI con la disposición ética; el que no haya preocupación por el deber ser y el que no haya simpatía por el respeto y aplicación de las normas nos lleva a reflexionar que la ética para este pequeño grupo se toma en cuenta pero no es determinante, ni se incluye como herramienta útil para su desempeño en la toma de decisiones. El no preocuparse por el deber ser, implica el posible reflejo de una estructura de organización en la que no tiene peso visible este elemento y por tanto, invitaría a no ser practicado; por otra parte la implicación o generación de "mayor problemática" para el médico con una actitud apegada al deber ser, curiosamente en

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

forma contradictoria, ya que en teoría es favorable, pero en un contexto en el que posiblemente predomine la "ética negativa", puede generarle problemas. En consecuencia, es posible que se pierda el interés por el respeto y aplicación de las normas, ya que el hábito de ignorarlas o no cumplirlas durante años, contamina la visión del trabajador. Por supuesto, ello genera un resultado de actitud ética desfavorable que no beneficia al paciente, al médico ni a la institución. Sin embargo, afortunadamente el porcentaje de respuestas con actitud ética desfavorable es relativamente bajo en los médicos. En contraparte a ésto, un mayor número de preguntas se respondieron con alto contenido ético y se concluye no siendo posible que el grupo médico tenga conocimiento acerca de los conceptos éticos, no siendo necesario comenzar con información sino cómo aplicarla.

Para el cuestionario de proyección práctica, en el grupo médico estudiado el 19% mantienen tratamiento intensivo si un paciente tiene muerte cerebral y no es donador de órganos. El 23.8% mantienen tratamiento intensivo aunque no esté indicado y sólo porque los familiares del enfermo amenazan de demanda legal contra el servicio o contra ellos. El 15% aplican tratamiento médico si se beneficia sólo un sistema vital del paciente aunque se compliquen dos o más sistemas vitales. El 36.9% están de acuerdo en desconectar del apoyo vital o medicamentos cuando un enfermo es irrecuperable. El 13.6% quitarían el apoyo vital a un paciente si un familiar del mismo se lo pidiera. El 19.1% acatan y obedecen aunque no estén de acuerdo, cuando una autoridad externa o de su servicio le solicite firme documentos o aplique tratamiento intensivo.

El 45.4% expresan que la decisión de mantener soporte vital en la UCI solo corresponde al médico especialista en Medicina Crítica y no deben intervenir otras personas.

El 42.9% de los médicos consideran que únicamente deben usar los conocimientos médicos para la atención de pacientes en UCI. El 40% aplican tratamiento intensivo si un paciente tiene falla de cuatro sistemas o más. El 15% ingresan pacientes a la UCI aunque no lo requieran y exista amenaza de demanda legal. El 14.3% ingresan a pacientes a la terapia intensiva si los familiares se encuentran agresivos con el personal médico. El 61.1% no acostumbran rezar por sus pacientes de la UCI. El 13.6% indican medicamentos simulando se apliquen. El 77.3% consideran que el médico residente de Medicina Crítica debe aprender más por él mismo que con ayuda de maestros.

El 4.8% consideran que sus tratamientos no deben recibir modificación por médicos de terapia intensiva de otros turnos. El 33% consideran que los médicos de la terapia intensiva deben actuar y trabajar como ellos.

El 14.3% consideran que sus problemas personales sí repercuten sobre los subordinados.

El 5% dejan problemas pendientes para resolver en otros turnos.

El 18.2% consideran que el desempeño eficaz del jefe de servicio no es importante para el equipamiento y funcionamiento de la UCI.

En este cuestionario de proyección práctica, los médicos expresan bajo contenido ético en seis de sus respuestas en un porcentaje mayor del 30% e incluyen conceptos acerca de desconectar el apoyo vital o medicamentos a un enfermo irrecuperable (36.9%), el que sólo piensen que deben usarse conocimientos médicos y no de otra área para la atención del paciente crítico (42.9%); el aplicar tratamiento intensivo si un paciente tiene falla de cuatro sistemas o más (40%), el no considerar rezar por sus enfermos (61.1%), el que consideren que los otros médicos de UCI deben actuar y trabajar como ellos (33%) y el considerar que el residente de Medicina Crítica debe aprender más por él mismo que con ayuda de los maestros (77.3%).

En doce respuestas del total de 22 expresan alto contenido ético, pero se observa una fracción de las doce respuestas con bajo contenido ético que también es significativa. En cuatro respuestas de 22 responden con alto contenido ético en su totalidad. Por lo que en el grupo estudiado se expresa cerca del 30% del total de respuestas tienen porcentajes elevados de bajo contenido ético, cerca del 50% del total de respuestas con contenido ético más un porcentaje significativo para bajo contenido ético en las mismas y en un 18% del total de respuestas con alto contenido ético. Por lo que se concluye que hay variabilidad en la práctica de la actitud ética en los médicos, con mayor tendencia al contenido ético y al bajo contenido ético y en menor proporción al elevado contenido ético.

Se observa una disparidad entre los resultados del cuestionario de proyección conceptual con el de proyección práctica. Por lo que parece ser que en este grupo no corresponde lo que se piensa con lo que se hace, siendo posible:

1. Que no sean totalmente honestos en sus respuestas para los cuestionarios (conceptuales).
2. Que efectivamente esté sucediendo la contradicción entre los conceptos y la actitud ética.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ambas alternativas pueden generar conflictos de personalidad, desempeño laboral y atención en el servicio, formándose un círculo vicioso entre problemática personal y laboral que se retroalimenta, lo cual influye en la calidad de la atención.

Los grupos de familiares, en los cuales se verifica que no existen diferencias significativas en sus características generales, están conformados en mayor proporción por mujeres en el 64% y hombres en el 35%, con una media de 42 años de edad. Los familiares que participan con mayor proporción en la atención del enfermo son, hijos, hermanos y cónyuges; su escolaridad abarcó primaria, secundaria, bachillerato y licenciatura. La encuesta se realizó básicamente en el turno laboral vespertino.

En el cuestionario de proyección conceptual para familiares de pacientes, el 7.4% desconocen y es posible que no puedan respetar las normas de la institución para la UCI. El 11.4% refieren no actuar con honestidad después de haber cometido algún error; el 11.6% no se consideran responsables de sus actos en una situación crítica. El 5.6% no buscan satisfacer sus expectativas dentro y fuera del hospital. El 4.7% no les preocupa el deber ser, solamente que les obliguen otras personas, el 20% no relacionan la moral, las buenas costumbres y los valores con el deber ser. El 8.5% no consideran que su educación, religión, forma de pensar y actitud les permiten vivir en armonía. El 8.7% no consideran que los valores morales subsisten ante la enfermedad y lo inevitable. El 88.6% consideran que la calidad del servicio se mide en función de la recuperación del paciente. El 4.3% no están satisfechos con la disposición ética y la calidad del servicio en esta área.

Los conceptos con mayor porcentaje anotados son en el 66.2% consideran que la calidad del servicio depende de la recuperación del paciente. El 88.6% consideran que las obligaciones profesionales de los médicos deben corresponder a las necesidades de los pacientes y sus familiares. El 20% mencionaron que la moral, buenas costumbres y valores no se relacionan con el deber ser. Estos conceptos indican bajo contenido ético.

De un total de 14 preguntas del cuestionario de proyección conceptual para familiares, en cuatro de ellas se responde con alto contenido ético. En tres de ellas con bajo contenido ético y en siete de ellas con contenido ético pero en una proporción significativa de ellas también muestra bajo contenido ético.

En cuanto a los conceptos de alto porcentaje con bajo contenido ético indican que para el grupo de familiares de pacientes la recuperación de sus enfermos es señal de calidad en el servicio; asimismo, señalan que las necesidades profesionales de los médicos deben corresponder a las necesidades de los pacientes y también que la moral, las buenas costumbres y los valores no se relacionan con el deber ser.

Si bien es cierto que la calidad se relaciona con la satisfacción de las necesidades del usuario de un servicio, en Medicina Crítica la necesidad de los pacientes es la sobrevivencia en primer lugar, luego la recuperabilidad de las fallas a órganos vitales y finalmente la mejoría en su estado de salud, situaciones que dependen de múltiples variables y no sólo de la atención médica, ya que ésta puede ser excelente aunque no se logre la recuperabilidad del paciente, situación que no parece considerarse por este grupo encuestado. Si bien es cierto que el trabajo de los médicos especialistas puede ayudar a mejorar las necesidades de salud de los pacientes críticos, con frecuencia no corresponden las necesidades de los profesionales con las de los pacientes, situación que está poco clara para este grupo de familiares de enfermos. Por otra parte, el no relacionar la moral, las buenas costumbres y los valores con el deber ser complica las ideas y conductas éticas en el grupo y por tanto puede favorecer confusión o divergencia de intereses entre el equipo médico y los familiares de pacientes.

Con estos resultados se puede concluir que el grupo encuestado está informado acerca de las actitudes éticas en las preguntas planteadas y aunque en un 79% existen respuestas con contenido ético, también en el 21% de las respuestas se presentó desconocimiento de estos conceptos. Por tanto, es necesario proporcionar información acerca de los conceptos sobre ética, valores, moral y buenas costumbres, así como cuestiones relacionadas a ello con los familiares de pacientes en estado crítico al menos en este grupo de población.

En el cuestionario de proyección práctica para familiares de pacientes, el 22.7% de familiares de pacientes están de acuerdo en pedir que se retire el apoyo de vida de su enfermo irrecuperable; 7.8% mencionan que no cuentan con el apoyo de otros familiares para visitar a su enfermo; el 10.3% sienten no tener responsabilidad de colaborar en las decisiones relacionadas con su enfermo de UCI, en todo momento; el 21.6% desconocen qué es una terapia intensiva y qué se hace en ella. El 47.2% piensan que la enfermedad de su familiar tiene poco tiempo de aparecer; el 16% piensan que su enfermo que está grave y puede fallecer es por culpa de los médicos; el 77% piensan que algo malo sucede al ingresar su enfermo a UCI por no recibir informes en ese momento; el 4.8% no autorizarían que se opere cinco veces su familiar aunque no haya certeza de que se recupere. El 2.5% no rezan a Dios por su enfermo que está en UCI; el 60% desconocen la voluntad y opinión de su enfermo en cuanto a su vida, enfermedad y de que esté en UCI; el 48% no están de acuerdo en llevarse a su casa a su enfermo irrecuperable para que muera allí; el 43% consideran que la UCI es un lugar donde se salvan los enfermos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

graves; el 68% consideran que su enfermo debe recibir todo el apoyo vital, sin importar la calidad de vida con la que quede y el tiempo que permanezca en hospitalización; el 7.7% no prefieren que se les diga la verdad acerca de la enfermedad de su familiar; el 46.7% se sienten engañados si los médicos de UCI de los diferentes turnos les dan informes diferentes; el 83.1% consideran que la atención médica en la UCI es mejor que en cualquier otro servicio del hospital, el 34.7% consideran ineptos a los médicos que no deciden rápido un estudio o tratamiento con su enfermo; el 44.5% consideran que los médicos no saben su actividad debido a que no reciben información sobre la enfermedad de su familiar; el 17.4% informaron que los jefes y médicos del servicio del turno matutino son poco comunicativos, poco atentos y les dan informes cortos y confusos; el 15% tienden a demandar a los cirujanos si su enfermo se complica durante una operación.

Del total de 20 preguntas en el cuestionario de proyección práctica para familiares de enfermos, tres respuestas indican alto contenido ético, ocho repuestas expresan contenido ético pero un porcentaje significativo de ellas manifiestan también bajo contenido ético y nueve de las respuestas muestran bajo contenido ético.

De las respuestas con alto contenido ético se refieren a: que hay múltiples familiares que visitan al enfermo de UCI; acostumbran rezar a Dios por su enfermo, prefieren que se les diga la verdad acerca de la enfermedad de su familiar.

En cuanto a las de bajo contenido ético este grupo de familiares de enfermos críticos aseguran que la enfermedad de su familiar tiene poco tiempo de aparecer (47.2%); que no autorizarían el que se operara cinco veces su familiar si no saben que sea recuperable (52%), desconocen la voluntad y opinión de su familiar en cuanto a su vida, su enfermedad y de que esté en la UCI (60%); no están de acuerdo en llevarse a su casa a su enfermo irrecuperable para que muera allí (48%); consideran que la UCI es un lugar donde se salvan los enfermos graves (43%); consideran que su enfermo debe recibir todo el apoyo sin importar la calidad de vida con la que quede ni el tiempo que permanezca en hospitalización (68%); se sienten engañados o que se les miente si los médicos de UCI de los turnos les dan diferentes informes (46.7%); consideran ineptos a los médicos que no deciden rápido un estudio o tratamiento con su enfermo (34.7%); consideran que los médicos no saben su actividad si no reciben información sobre la enfermedad de su familiar (44.5%).

Con mucha frecuencia las enfermedades tienen ya un cierto período de evolución para llegar al estado crítico, por lo cual hay descompensación de varios sistemas vitales y riesgo para la vida, situación que es poco conocida por la población que a menudo

expresa "su enfermo no padecía nada"; aunque si bien es cierto que algunas enfermedades se expresan en forma aguda, la mayor parte manifiestan síntomas previos hasta semanas o meses de evolución.

Por otra parte, no autorizar que se realicen las intervenciones que sean necesarias para un paciente del cual se desconoce por completo su pronóstico, implica una falta de confianza en la atención médica.

Se observa que es alto el porcentaje de familiares del enfermo que desconoce la opinión del mismo en cuanto a su vida, su enfermedad y estancia en la UCI, por lo que se disminuye de forma importante el derecho de autonomía en estos casos ya que se apegan poco a la opinión del afectado y se toman decisiones según las consideraciones de ellos; cabe mencionar aquí que legalmente está permitido.

En cuanto a que los familiares no esté de acuerdo en llevar a casa a su paciente irrecuperable es posible que no tengan los recursos o la disponibilidad para su atención.

Referente a que este grupo considere que la UCI sea el lugar donde se salvan los enfermos graves, si bien, existe la disponibilidad de recursos y la capacitación del personal para el paciente crítico, aún así, no son estos los únicos factores que influyen para que un enfermo se recupere, ya que existen también por ejemplo, la severidad y cronicidad de las enfermedades; la reserva orgánica del paciente, las complicaciones agregadas, la edad y el estado de nutrición que también participan.

Se expresa alto porcentaje en relación con el apoyo del paciente crítico sin importar la calidad de vida con la que quede y el tiempo que se encuentre hospitalizado, lo cual implica situaciones de deshumanización, ensañamiento terapéutico por presión de los familiares del enfermo y prolongación de tratamiento fútil.

Referente a que el grupo se siente engañado si los médicos de los turnos proporcionan informes diferentes, esta situación es causa de estrés tanto en los familiares del enfermo como hacia el mismo grupo médico. Cuando los médicos llegan a dar informes aparentemente diferentes se debe a las múltiples complicaciones del paciente y la complejidad o diversidad de mecanismos fisiopatológicos que participan en la evolución de las enfermedades, además de que es difícil explicar éstos en términos entendibles y cotidianos para su comprensión; en este afán es posible parezca que hablemos de cuestiones diferentes. Lo grave del asunto es que los familiares del paciente piensen que el objetivo sea mentirles o engañarles.

En la respuesta acerca de que se consideren ineptos a los médicos que no decidan rápido un estudio o tratamiento con su enfermo, esto es otra causa de presión o

agresión contra el grupo médico por parte de los familiares de enfermos. Si bien es cierto, que dentro del grupo médico existen estudiantes y residentes en la especialidad, por lo general en un 95% de los casos en el área de UCI hay un médico experto responsable en cada turno, por lo cual las 24 horas se trabaja intensivamente para lograr lo más pronto posible un diagnóstico, además en la UCI el tratamiento se instala desde que arriva el paciente a la unidad.

Por otra parte, el que los familiares de enfermos consideren que los médicos no saben su actividad debido a, que no reciben información sobre la enfermedad de su familiar, invita a reflexionar sobre los mecanismos para dar apoyo sobre información en un área crítica ya que al momento del ingreso del paciente es prioridad para el médico el preservar su vida y el reanimarle en caso de descompensación a órganos vitales, por tanto, se dificulta el que se proporcionen informes de inmediato; entonces debe considerarse el apoyo del personal paramédico para tal efecto. Posteriormente a la actuación de urgencia con los pacientes en estado crítico, hay un horario establecido para dar información, al cual deberían tener la tolerancia de esperar los familiares del enfermo para recibir el informe completo.

Por lo que se concluye que en este grupo de familiares de enfermos críticos se desconoce la dinámica del servicio de UCI, así como la información básica sobre enfermedades graves, lo cual traduce bajo nivel de educación sanitaria.

El contenido de las encuestas se comprende. El 45% del total de respuestas es de bajo contenido ético. Por lo que se hace necesario proporcionar información acerca de la práctica sobre ética, valores, moral y buenas costumbres, así como cuestiones relacionadas con las actitudes o acciones éticas hacia el paciente crítico por parte de las familias de enfermos. Ya que en ocasiones se ponen en juego intereses de diversa índole tanto de algunos familiares de pacientes, como de personas ajenas a su familia, fomentándose una actitud poco generosa hacia el enfermo, así como una actitud de desconfianza hacia los médicos. Estos intereses alejados de la ética y la moral, sean intrafamiliares o extrafamiliares (en ocasiones apoyados por profesionales que desconocen la evolución real de los casos buscando intereses de lucro o de diversa índole para aprovecharse del sufrimiento que aqueja en ese momento a la familia afectada) hacen que algunos familiares de enfermos busquen solicitar sus demandas de salud por mecanismos poco establecidos, exigiendo, e incluso creando conflictos que con frecuencia no se basan en situaciones reales o se generan por la desinformación y el

desconocimiento de la ciencia médica lo que corresponde al bajo nivel de educación sanitaria, aunque la escolaridad del grupo se reporta de primaria a nivel superior.

Desde luego, la finalidad en teoría, se comprende que es la mejoría y recuperabilidad del enfermo pero los factores antes mencionados deterioran la comunicación con el grupo médico y se puede dejar así de entender porqué los enfermos se deterioran y hasta pueden fallecer.

En cuanto a las fallas o errores de la práctica médica es indiscutible que también deben ser informados y en su caso proceder a las investigaciones correspondientes.

Ante las respuestas presentadas, el objetivo de este estudio no es evaluar la honestidad del grupo de médicos y familiares, sino proponer un modelo validado estadísticamente relacionado con las actitudes éticas de ambos grupos ante las situaciones rutinarias de la UCI; en el que se procura abarcar las dimensiones de compromisos ético, axiológico y de calidad en el servicio con la finalidad de conocer el estado actual de estas conductas y a partir de ello, realizar acciones que mejoren o favorezcan las actitudes éticas en la UCI.

Cabe mencionar que en la revisión bibliográfica no se encontraron instrumentos de medición publicados para valorar actitudes éticas (solo escalas de actitudes).

En la visión de la nueva atención sanitaria serán los instrumentos de medición, control y procesos los más aceptados para el desarrollo de la administración hospitalaria, incorporando indicadores de tipo cualitativo en las áreas que se relacionan con el contenido humanístico-social. No así la orientación a obtener resultados solamente, ya que se ha comprobado en varios países que el procurar obtener resultados ha ido en detrimento de la calidad de los servicios y con frecuencia no se concluyen los programas establecidos, lo cual genera mayor estrés en los directivos y los trabajadores, sin llegar a esos resultados.

Por tanto los cuestionarios elaborados en este estudio buscan encontrar (y proponer) indicadores de las tres dimensiones que se exploran, los cuales se crearon (ya que no existen en la literatura internacional) para monitorear actitudes éticas ante la problemática de la UCI y de esta forma detectar el área (puntos) de bajo contenido ético para mejorarla.

De tal forma que, recapitulando, del análisis estadístico se concluye en el cuestionario de proyección conceptual para médicos que las siguientes preguntas son significativas para reflejar la dimensión estudiada:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dimensión de contenido ético: ítem 14, ítem15, ítem3, ítem1.

Dimensión de contenido axiológico: no fueron aceptables.

Dimensión de calidad en el servicio: ítem 6, ítem 4, ítem 10 e ítem 7.

En el cuestionario de proyección práctica para médicos son las siguientes:

Dimensión de contenido ético: ítem 1 e ítem 13.

Dimensión de contenido axiológico: no fueron aceptables.

Dimensión de calidad en el servicio: ítem 15, ítem13 o 18.

En el cuestionario de proyección conceptual para familiares de enfermos críticos son las siguientes:

Dimensión de contenido ético: ítem 15, ítem 5, ítem 1, ítem11.

Dimensión de contenido axiológico: ítem 3, ítem 12, ítem 14, ítem 10.

Dimensión de calidad en el servicio: no fueron aceptables.

En el cuestionario de proyección práctica para familiares de enfermos críticos son las siguientes:

Dimensión de contenido ético: ítem 6, ítem 7.

Dimensión de contenido axiológico: ítem 2, ítem 10 e ítem 12.

Dimensión de calidad en el servicio: ítem 13, ítem 14, ítem 18 e ítem 19.

De tal forma que este modelo permite obtener las preguntas significativas y las no significativas. De las cuales ambas son útiles para generar un mejor modelo, replanteando o cambiando las preguntas no significativas, ya que el expresar objetiva y numéricamente las actitudes o mediciones de aspectos abstractos e intangibles como la ética, la axiología y la calidad es en esencia complejo y muy amplio. Por lo cual el proceso de elaboración de un cuestionario completamente fiable que abarque o incremente la apreciación global de cada dimensión es a base de aproximaciones paulatinas, modificándose las preguntas no significativas o agregando y combinando conceptos; recomendándose que sea lo menos extenso posible, y así, llegar al modelo cada vez más cercano a la medición real de actitudes éticas.

Asimismo, se deben compartir experiencias y resultados con diversos expertos que trabajen en evaluación cualitativa, que hay muchos interesados pero no han propuesto indicadores, por lo que la presente lista de indicadores, se espera que favorezca la evaluación y la celeridad de resultados en esta materia.

Entonces, el cuestionario que se propone en esta tesis es la ruta inicial para la medición de algunas actitudes éticas en el servicio de UCI.

Por otra parte, sabemos que existen múltiples indicadores de calidad en los servicios, sin embargo para la UCI también son escasos, y para las actitudes éticas no se encontraron a través de la extensa consulta a fuentes de bases de datos internacionales.

Una vez comentados estos aspectos, el punto a seguir es proponer estrategias, acciones o formas para mejorar las actitudes éticas en la UCI acorde a los resultados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

Una cultura hospitalaria basada en valores redundará en procurar hospitales más sanos y fortalecidos a nivel organizacional, lo que permite que el hospital sea más competitivo, productivo y rentable. De la misma manera los hospitales así contribuyen y se comprometen en la construcción de lo público, asumiendo desde su perspectiva y en sus relaciones con el entorno una mayor responsabilidad social basada en la ética como herramienta poderosa para combatir la corrupción al interior de la misma comunidad hospitalaria y en su interrelación con el sector público.

Con los resultados obtenidos en este estudio de tesis se puede concluir, en esta etapa, que es importante llevar a cabo un programa integral de ética hospitalaria, en este caso, con enfoque en áreas críticas como la UCI.

Se hace necesario abarcar pasos como:

- Promover la ética hospitalaria como herramienta de manejo gerencial.
- Crear un marco común de referencia que unifique criterios y facilite la práctica de los valores éticos del hospital.
- Construir mecanismos de excelencia y calidad organizacional a partir del mejoramiento del entorno ético del hospital.
- Generar mejores relaciones entre el hospital y sus diferentes grupos de interés que repercutan en una mayor productividad y bienestar de la comunidad hospitalaria.
- Sensibilizar al personal directivo en torno al desarrollo de contenidos éticos en la práctica de la gestión hospitalaria.
- Generar en los directivos compromisos concretos de responsabilidad social en la forma como constituyen relaciones a largo plazo en su entorno.
- Integrar principios éticos en la toma de decisiones directivas.
- Estructurar mecanismos para resolver dilemas éticos.
- Construir modelos comunicativos y administrativos en el hospital para implementar prácticas éticas.
- Estos pasos deben dirigirse de formas autoaplicadas, dinámicas, reflexivas, adaptables e interdependientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para lo cual es necesario realizar:

Un diagnóstico del clima de actitudes éticas; construcción de compromisos éticos, establecer módulos de apoyo temático. En este último punto se deben definir e implementar mecanismos para resolución de conflictos y dilemas éticos; diseñar estrategias de comunicación; poner en marcha estrategias de capacitación y finalmente evaluar la efectividad del programa.

La finalidad es mejorar la estructura ética, disminuir las transgresiones a valores hospitalarios, identificar comportamientos indebidos en los hospitales, así como sus causas y comunicación de comportamientos indebidos.

Para ello, se puede partir del siguiente paradigma de administración centrada en principios.

PARADIGMA DE ADMINISTRACIÓN CENTRADA EN PRINCIPIOS		
NIVELES	UBICACIÓN	PRINCIPIOS
I PERSONAL	SÍ MISMO	CONFIABILIDAD
II INTERPERSONAL	GENTE	CONFIANZA
III DIRECTIVO Y GERENCIAL	ESTILO Y TÉCNICAS	OTORGAMIENTO DE PODER
IV ORGANIZACIONAL	VISIÓN Y PRINCIPIOS COMPARTIDOS ESTRUCTURA SISTEMAS ESTRATEGIA	LINEAMIENTOS

En cuanto al nivel personal: "Las organizaciones no hacen funcionar la administración por valores; ¡la hacen funcionar las personas!, ya que las personas organizan la estrategia, la estructura, los sistemas y los estilos del orden interno".

El éxito verdadero no proviene de proclamar nuestros valores sino de ponerlos en práctica consecuentemente todos los días.

Por ello es conveniente que sepamos quiénes somos, a dónde queremos ir y tener responsabilidad.

Las actitudes para la resolución o iniciativa son:

- Autodisciplina y autonegación, ya que si somos excesivamente indulgentes con los apetitos y pasiones físicas dañamos nuestros procesos y juicios mentales, así como nuestras relaciones sociales.
- Mejora del carácter y la competencia. Ser lo que se pretende.

- Dedicar el talento y recursos a fines nobles y a prestar servicio a los demás.

Los rasgos de carácter para el desarrollo de la persona son:

- Integridad: Es armonizar honestamente las palabras y los sentimientos con los pensamientos y actos, como la única aspiración de hacer bien a los demás.
- Madurez: Equilibrio entre la valentía y la consideración.
- Mentalidad de abundancia: Con profundo sentido de valor y de seguridad personales; da como resultado reconocimiento, beneficios y una responsabilidad compartidos. Proyecta el gozo y la satisfacción personales hacia el exterior. Nos abre nuevas opciones y alternativas creativas. Reconoce posibilidades ilimitadas para la interacción positiva, evolución y desarrollo.

Entonces, se debe trabajar sobre el programador si se quiere mejorar el programa:

1. Comenzar con nosotros mismos.
 - a) Cambio de paradigmas.
 - b) Cambio y mejora de carácter
 - c) Móviles efectivos basados en principios.
2. Educar y obedecer a nuestra conciencia.
3. Trabajo sobre la personalidad, carácter y competencia de uno mismo basado en principios.

Por lo que es recomendable preguntarse:

La decisión tomada: ¿es legal?, ¿es justa?, ¿cómo me hará sentir?

En cuanto al carácter se recomiendan seis pilares:

1. Ser confiable
 - a) Honestidad. Decir la verdad, ser sincero. No romper promesas, no engañar, no hacer trampa, no robar, no ser engañoso o falso.
 - b) Integridad. Defender nuestras creencias; ser lo mejor que se pueda; predicar con el ejemplo; mostrar compromiso, valentía y autodisciplina. No hacer algo que no consideremos correcto.
 - c) Cumplir las promesas. Mantener las promesas y cumplir con nuestra palabra. Pagar a quien debemos y devolver lo que se pide prestado.
 - d) Lealtad. Defender, apoyar y proteger a nuestra familia, amistades y país. No hablar a espaldas de la gente. No difundir rumores ni enredarse en chismes

dañinos. No hacer algo malo para ganar amistades o contar con su aprobación. No pedir a un amigo que haga algo malo.

2. Ser respetuoso

- a) Vivir en concordancia con las Reglas de Oro; juzgar a las personas por sus valores; ser cortés y educado; ser tolerante; apreciar y aceptar a las personas aunque tengan diferencias; respetar el derecho que tienen las personas sobre sus propias vidas.
- b) No abusar, degradar o tratar mal a alguien. No usar, manipular, explotar o aprovecharse de alguien.

3. Ser responsable

- a) Pensar antes de actuar. Tomar en cuenta las consecuencias que nuestros actos tienen en otras personas. Pensar a largo plazo. Ser dignos de confianza. Tomar responsabilidad y aceptar las consecuencias de nuestros actos. Establecer un buen ejemplo para quienes deseen imitarnos. No inventar excusas. No culpar a otros por nuestros errores, ni recibir halagos que no nos corresponden.
- b) Perseguir excelencia. Hacer lo mejor que podamos y seguir intentándolo. Ser diligente y hacendoso, no rendirse fácilmente.
- c) Ejercitar moderación y autodisciplina.

4. Ser justo

- a) Tratar a todas las personas con justicia, ser abierto, escuchar a los demás, tratar de entender lo que estén diciendo y lo que sientan. Pensar detenidamente antes de tomar decisiones que afecten otras personas.
- b) No aprovecharnos injustamente de los errores de otros o llevarnos más de lo que nos corresponda.

5. Ser humano

- a) Demostrar nos interesa el prójimo, siendo amables, atentos y con empatía. Ayudar a los demás.
- b) No ser egoístas, malos, crueles o insensibles hacia los sentimientos o sufrimientos de otros.

6. Ser buen ciudadano

- a) Respetar los reglamentos y las leyes, contribuir con lo que nos corresponda, respetar a las verdaderas autoridades, mantenernos informados; votar; proteger a los vecinos; pagar los impuestos.

- b) Ser caritativo, ayudar a la comunidad a través de trabajos voluntarios; proteger el medio ambiente; conservar los recursos naturales.

En cuanto al nivel interpersonal: La calidad total en el nivel interpersonal significa añadir constantes depósitos en las cuentas bancarias emocionales de los demás, crear permanentemente la buena voluntad y negociar de buena fe, no con temor. Se debe generar la expectativa de una mejora constante del servicio o producto y satisfacerla.

La cultura del hospital, al igual que el cuerpo humano, es un ecosistema de relaciones interdependientes, que deben ser equilibradas sinérgicamente y basarse en la confianza para lograr la calidad. Si enfocamos la calidad desde cualquier ángulo que no sea el que está basado en principios y todos y cada uno de los cuatro niveles, nuestros esfuerzos serán encomiables pero no suficientes.

Las cuentas bancarias emocionales pueden volatilizarse muy rápidamente, en especial cuando se violan las expectativas de continuo perfeccionamiento y comunicación. Si la comunicación no se lleva a cabo, la gente comienza a hurgar en su memoria y en sus temores, a resucitar episodios negativos y a hacer planes basándose en ellos.

Recordando que para ser confiable se debe practicar la honestidad, integridad, lealtad y cumplir las promesas con la gente del hospital.

Dentro de los hábitos para trabajar el nivel interpersonal se encuentran: ser proactivo, o sea tomar la iniciativa respondiendo a los estímulos externos en base a nuestros propios principios y no a nuestros estados de ánimo, emociones o comportamiento de otras personas; siendo conscientes de sí mismas y asumiendo la responsabilidad por nuestras propias acciones.

Comenzar con el objetivo en mente, concentrándose en la gente, a largo plazo, desarrollar relaciones, tener presente valores y principios así como la misión, finalidad y dirección con una línea de conducta personal y organizacional orientada a alcanzar el máximo de eficacia.

Poner primero lo primero, aplicando el principio de implementar los propios planes de acción para lograr fines valiosos; determinando y programando prioridades, desarrollando una mayor capacidad para alcanzar la calidad total en sus procesos, productos y servicios.

Pensar en el "yo gano / tú ganas", lo cual exige poseer mentalidad de abundancia ("hay suficiente para todos"), alimentando el auténtico deseo de que también la otra parte

gane, la orientación de que toda relación debe procurar el beneficio mutuo de los implicados.

Primero procurar comprender y después ser comprendido, siendo que, a través de la comunicación empática, no sólo logramos una clara comprensión de las necesidades, ideas y paradigmas básicos del otro sino también la seguridad del haberlo comprendido con precisión; lo cual permite compartir en forma fidedigna las palabras, ideas, información, sentimientos, emociones y sensibilidades ajenas.

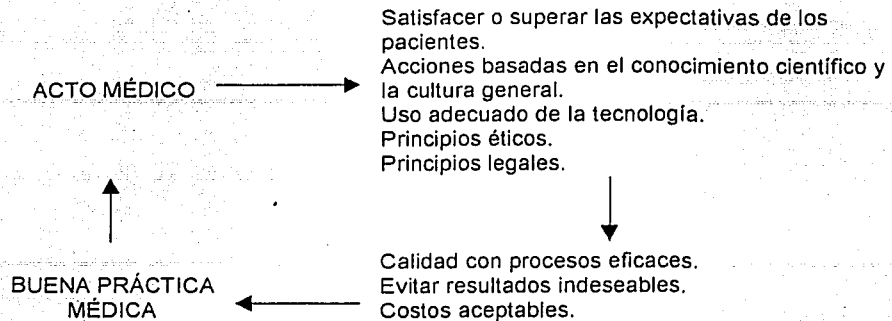
Sinergizar, ya que el todo es superior a la suma de las partes, en un ambiente de confianza y comunicación franca, las personas que trabajan interdependientemente son capaces de generar creatividad, perfeccionamiento, innovación que exceden a la suma de sus capacidades individuales consideradas por separado.

En cuanto al nivel directivo y gerencial: La calidad gerencial consiste básicamente en fomentar los convenios de gestión "yo gano / tú ganas" y de compañerismo, asegurándonos de que están sincronizados con lo que a esa persona o departamento le sucede por dentro y con lo que, pasa en la organización. Esos convenios están sujetos a renegociación en cualquier momento sobre una base sinérgica, no de regateo de posiciones y abiertos a las tendencias y vicisitudes, habiendo una sensación de apertura en ambas direcciones. Generar innovación, iniciativa y compromiso a través de la autosupervisión. Las técnicas como la formación del grupo, delegación, negociación, autogestión, logran un alto rendimiento. Todo esto se puede aprender y optimizar por medio de una educación y capacitación continuas. También es necesario tener estándares éticos bien desarrollados, los cuales deben ser aplicados en el contexto de la filosofía y la cultura de la organización hospitalaria en las cuales trabajan, así como construidas sobre principios éticos como el respeto por la autonomía de los demás, justicia, beneficencia y buena praxis.

A nivel organizacional: Tomando en cuenta que no somos un producto de nuestros sistemas ni de nuestro medio, aunque nos influyen, podemos decidir cómo responderles. Somos producto de nuestro sistema de valores, actitudes y comportamiento y eso lo controlamos nosotros mismos. Para ello, debemos tener un paradigma nuevo, una nueva forma de concebir nuestros roles y una transformación de las operaciones gerenciales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CARACTERÍSTICAS DESEABLES DEL ACTO MÉDICO



FACTORES EN EL ENTORNO DEL ACTO MÉDICO

CONOCIMIENTOS MÉDICOS

Conocimiento.
Pericia.
Experiencia.
Ética.

ACTITUDES

CREENCIAS

Autocuidado de la salud.
Información.
Adherencia a los indicadores.
Confianza.

PRÁCTICAS

El punto clave, es la solución de problemas en torno a la información que nos dan aquéllos que tienen interés en el hospital, buscándose soluciones basadas en ese diagnóstico y en el enfoque de relaciones humanas. Hacer los máximos esfuerzos por erradicar la competencia e incorporar la sinergia. Recompensar a la gente por cooperar, por trabajar en equipo, por aportar sus mejores ideas. Un proceso de cambio ocurre en forma muy eficiente si todos estamos comprometidos.

La misión del hospital es relevante en el área del "management" el cual se integra por: propósitos, estrategia, estándares de comportamiento y valores. Los directivos y empleados que entienden la Misión, la comparten, la asumen y actúan en consecuencia; son los que hacen ético al hospital y le dan su reputación.

Algunos pasos específicos para administrar por valores.

1. Aclarar nuestros valores, propósito y misión.
2. Comunicar nuestra misión y nuestros valores.
3. Alinear nuestra práctica diaria con nuestra misión.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- El verdadero jefe son los valores que ha adoptado el hospital. Ésta es la autoridad a la que todos debemos obedecer incluyendo directivos.
- El gerente aporta sus propias ideas sobre los valores.
- El equipo administrativo aporta sus ideas sin presencia del gerente.
- Gerente y equipo administrativo comparten y comparan.
- Grupos de enfoque de empleados hacen su aportación.
- Verificar con los usuarios y otros interesados significativos.
- Sintetizar todas las aportaciones.
- Presentar Misión y Valores recomendados a la junta directiva y propietarios para aprobación final.

Plan de acción para resolver diferencias:

1. El principio valor / norma-ética. Hacer lo justo para todos los interesados.
2. La diferencia estado actual / estado deseado.
3. Indicadores del estado deseado / indicadores de éxito.
4. Medidas para reducir la diferencia: Discutir prestación de servicios, explicar políticas, obtener colaboración.
5. Beneficios o consecuencias del fracaso. Personales y organizacionales.

Negociación de valores y consenso.

1. Alinearse a una serie de valores compartidos, comprometiéndose y usándose como guías.

De tal forma, según los resultados obtenidos en el clima ético para el servicio de UCI del Hospital 1° de Octubre del I.S.S.T.E., el diagnóstico y las necesidades son las siguientes:

Para el grupo médicos- UCI:

A) Se requiere mejorar la cultura ética. Por medio de:

- Normas, valores éticos relacionados con el deber ser y su aplicación.
- Ética como herramienta útil para su desempeño y toma de decisiones.
- Fomentar la práctica de la excelencia ética.
- Cómo aplicar los conceptos éticos.
- Énfasis en los valores de honestidad y congruencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B) Se requiere mejorar la cultura ética y de calidad. Por medio de:

- Actitud ética relacionada con la calidad del servicio.
- Compromiso en equipo en la UCI.
- El trabajo en equipo en la UCI.
- Responsabilidad servidor público y administrativo (autoridad).

C). Se requiere mejorar la cultura médica en los siguientes aspectos:

- Responsabilidad profesional.
- Eutanasia.
- Ensañamiento terapéutico.
- Cuidados paliativos.
- Cultura general.

D) Es necesario que se proporcione apoyo psicológico y espiritual al grupo médico de UCI.

Para el grupo de familiares de pacientes críticos en UCI:

A). Se requiere proporcionar información sobre:

- Deberes familiares ante el paciente crítico.
- Responsabilidad familiar ante el paciente crítico.
- Cultura de la comunicación intrafamiliar.

B). En relación con el servicio, información sobre:

- ¿Qué es la UCI?
- ¿Qué es el cuidado intensivo?

C). Respecto a la cultura médica, información sobre:

- Evolución de enfermedades graves.
- La muerte.
- La ineptitud médica y la culpa médica.
- La muerte digna.
- Demandas a cirujanos.
- Límites de la responsabilidad profesional del médico y las necesidades del enfermo.

D). Sobre el informe médico:

- Informes médicos al ingreso a UCI.
- Consentimiento informado.
- La verdad sobre su enfermo crítico.

- Técnicas para dar informes en la UCI.
 - Relación médico-paciente.
- E). En lo que respecta a la cultura ética:
- Honestidad y responsabilidad ante una situación crítica.
 - Educación, forma de pensar, actitud, moral, religión, valores, buenas costumbres y deber ser, también relacionado con el enfermo crítico.
- F). Referente a cultura de calidad:
- Satisfacción de las necesidades de salud en la UCI.
 - Relación calidad-recuperabilidad del paciente crítico en la UCI.
- G). Se necesita apoyo psicológico y espiritual al grupo de familiares de pacientes de la UCI.

Para lo cual se realizaron las siguientes propuestas de solución para el programa integral de ética hospitalaria, enfocado al servicio de UCI:

A) Funcionamiento resolutorio del Comité de Ética Hospitalaria.

- ¿Cómo?
- Oficina de orientación ética para familiares de pacientes y personal médico.
 - a) Ayudar al médico o la enfermera que tienen un problema o una duda de tipo ético.
 - b) Informar sobre aspectos éticos al paciente que lo solicite.
 - c) Mediar en los conflictos que puedan surgir entre el paciente y sus familiares con el personal que les atiende.
 - d) Dar recomendaciones para una labor asistencial más justa.
 - e) Aconsejar a la dirección del hospital con independencia y lealtad.
 - f) Debe incluirse en este comité profesionales del derecho, filosofía, medicina y representantes religiosos que muestren conducta altruista..

B) Usar Métodos de Ética Clínica para la Evaluación de Casos.

Método de los cuatro pasos para el proceso de análisis y toma de decisiones éticas:

1. Entender la situación. Listar y enumerar los hechos relevantes. Cuáles de los hechos representan un problema ético. ¿Por qué? ¿Cuál es el daño potencial o resultante? Listar a las personas involucradas en el caso.
2. Aislamiento del dilema ético. ¿Cuál es el dilema ético que se debe resolver ahora? ¿Deberá alguien hacer algo o no hacerlo?
3. Analizando los fundamentos éticos de ambas alternativas. Si la acción en el paso 2 se lleva a cabo ¿Saldría alguien afectado en forma negativa?. Si no se lleva a cabo

¿Saldría alguien afectado en forma negativa?, ¿Cuál de las dos alternativas es menos dañina A ó B?. ¿Si la acción en el paso 2 se lleva a cabo ¿Saldría alguien beneficiado?, ¿Cuál de las dos alternativas resulta más benéfica D ó E? ¿Qué derechos pueden o han sido ejercidos?, ¿Qué responsabilidades pueden o han sido cumplidas? Identificar a cada persona con sus derechos y responsabilidades (listar derecho y responsabilidad). Si la acción del paso 2 no se lleva a cabo ¿Alguien pudiera ser tratado sin respeto?, ¿Cuál alternativa es preferible H ó Y? Si la acción del paso 2 se lleva a cabo ¿Alguien pudiera ser tratado diferente a los demás? Si no se lleva a cabo ¿Alguien pudiera ser tratado diferente a los demás? ¿Cuál alternativa es preferible K ó L? ¿Existen beneficios si alguien lleva a cabo la acción del paso 2? ¿Existen beneficios si nadie realiza la acción del paso 2? ¿Cuál alternativa es preferible N ó V?

4. Tomando la decisión y planeando la implementación.

- Establecer una decisión ética defensible. Seleccionar principios éticos que soporten la decisión. Si hay conflictos de responsabilidades y obligaciones escoger y defender aquéllos que son más importantes. Definir y justificar la decisión.
- Listar los pasos específicos para implementar la decisión ética.
- Definir la forma en que las personas más importantes son afectadas por estas acciones.
- ¿Qué otros cambios a largo plazo podrán ayudar a prever tales problemas en el futuro (a nivel político, legal, técnico, organizacional o social)?.
- ¿Qué debe haberse hecho o no en primera instancia (como punto de control) para evadir este dilema?

Método de Análisis de Dilemas Éticos:

1.- Fase de información.

- Marco de referencia (personalismo ontológico, derechos humanos).
- Principios básicos (No maléficencia, justicia, beneficencia, autonomía).
- Adquisición de sensibilidad ética.

2. Fase de información y análisis.

Etapa I. Recoger datos.

- a) Detección del problema: aspecto clínico, aspecto técnico, aspecto ético.
- b) Búsqueda de experiencias semejantes: personales, compañeros, bibliografía, expertos.
- c) Estudio de la circunstancia: Circunstancias personales, familiares y sociales.

Etapa II. Examen de los posibles cursos de acción.

- a) El sujeto de la acción (competencia, idoneidad y capacidad). El médico, el paciente, otros participantes.
- b) Actuación específica. Relación con los principios. Valoración de las circunstancias.
- c) Evaluación de las consecuencias. Positivas o negativas.

Etapa III. Toma de decisión y ejecución. Selección de una opción. Justificación. Llevar a cabo.

Método de la Ética Clínica.

1. Presentación del caso por la persona responsable de tomar la decisión.
2. Discusión de los aspectos médicos de la historia.
3. Identificación de los problemas morales que presenta.
4. Elección por la persona responsable del caso del problema moral que le preocupa y quiere discutir.
5. Identificación de los cursos de acción posibles.
6. Deliberación del curso de acción óptimo.
7. Decisión final.
8. Argumentos en contra de la decisión y argumentos en contra de esos argumentos que estaríamos dispuestos a defender públicamente.

Método de Thomasma:

1. Recopilar los hechos del caso.
2. Recopilar los valores de las partes involucradas.
3. Definir los principales conflictos de intereses y valores.
4. Descubrir las medidas que protegen el mayor número de valores e intereses de las partes.
5. Planear la forma de actuar.
6. Sostenerse y defender la decisión que se tome.

Método de Siegler:

1. Evaluar las circunstancias médicas, opciones terapéuticas y riesgos posibles.
2. Conocer las preferencias del paciente, incluyendo su capacidad de decisión.
3. Sopesar el tipo de calidad de vida.
4. Analizar los factores económicos y sociales.

C). Presencia del Comité de Control de Calidad.

- Los directivos y líderes de las organizaciones hospitalarias deben ser los primeros en implicarse en el desarrollo de la ética.
- Es fundamental la formación explícita de los cuadros directivos de la organización hospitalaria en aspectos de ética organizacional.
- Acometer la formación en ética de los cuadros directivos, también la de los evaluadores que integran los procesos de acreditación de sistemas sanitarios.
- La infraestructura ética debe estar orientada a todo el sistema organizativo, debe abarcar todas las clases y categorías de problemas éticos, tener sensibilidad hacia las escalas de valores de todos. Adoptar una perspectiva amplia y a largo plazo. Implicar a todos los niveles de la organización. Llevar a cabo un proceso formal para clarificar y articular los valores de la organización y ligarlos a la misión y visión. Facilitar la comunicación y el aprendizaje sobre la ética y los problemas éticos. Crear una estructura que apoye y alimente una cultura corporativa de integridad ética. Crear procesos que monitoricen el cambio y ofrezcan una buena retroalimentación del desempeño ético de la organización.
- Tomando en cuenta que la calidad está basada en la prevención y no en la detección de defectos. La calidad se basa en el mejoramiento constante de los procesos. La mejoría depende de la misión y retroalimentación permanente.
- La calidad empieza, evoluciona y se consolida con la educación, relacionando la ética con la calidad lo cual implica eficacia y eficiencia, reducción de costos y es una ventaja competitiva. Tomando en cuenta los valores de calidad de atención: Responsabilidad profesional, atención rápida y precisa, pasión por la excelencia, actitud de servicio, conducta ética y moral, mejora continua y trabajo en equipo.

D). Formación de un Comité de Vigilancia Ética.

Incluyendo en su programa los pasos para la construcción de un programa de integridad:

- Liderazgo.
- Visión, Misión, Valores.
- Controles internos y externos.
- Códigos de conducta. Integración del comité promotor. Identificación de áreas críticas. Identificación de conductas de riesgo. Proceso de consulta.
- Comunicación y sensibilización.

- Asesoría y cumplimiento.

Se debe permitir la acción de los líderes con su ejemplo e iniciativa que conforman la mística de la organización.

Detectar a tiempo los focos rojos, minimizar riesgos. Las áreas críticas son aquellos procesos o grupos de actividades en los que existe una mayor probabilidad de que se cometan conductas indeseables que perjudiquen los objetivos de la organización, tales como el conflicto de intereses, protección de activos, manejo de información, seguridad laboral y salud, relación con el gobierno.

Los códigos de conducta abarcan, identifican y ayudan a corregir conductas ilegales, contrarios a las leyes, conductas improcedentes, contrarios a la costumbre, práctica normal o acostumbrada; conductas no éticas contrarias a los principios y valores éticos.

Una manera práctica de averiguar si existe corrupción o no, es comparar el acto que se crea sospechoso con los siguientes principios de la vida pública:

1. Interés público.
 - El servidor público debe actuar sólo en términos del interés público y no hacer su trabajo buscando beneficios materiales o económicos para sí mismo, su familia o sus amigos.
2. Integridad.
 - Los servidores públicos no deben prestarse a recibir dádivas económicas o de otro tipo, de personas u organizaciones que puedan buscar influir en sus decisiones oficiales.
3. Objetividad.
 - El servidor público en el ejercicio de sus funciones oficiales tales como nombramientos, adjudicación de contratos, beneficios o subsidios, sólo debe hacerlo con base en los méritos.
4. Responsabilidad.
 - El servidor público debe responder políticamente por sus decisiones, acciones y omisiones ante la ciudadanía y debe someterse al escrutinio apropiado para su función.
5. Apertura.
 - El servidor público debe ser tan claro como le sea posible con respecto a todas las decisiones y acciones que tome y debe explicar las que no tengan carácter de secretas.

FALLA DE ORIGEN

6. Honestidad.

- El servidor público debe declarar todo interés privado que tenga o pueda tener con respecto a sus deberes y hacer lo necesario para evitar un conflicto personal que deteriore el interés público.

7. Liderazgo.

- Estos principios deben ser promovidos por el servidor público con su liderazgo y ejemplo.

E). Auditorias Éticas:

- Audiencias internas y externas.
- Ciudadanos. Comunidad donde opera. Otras áreas y niveles de gobierno. Proveedores. Medios de comunicación. Miembros. Empleados. Directivos.
- El objetivo es ubicar los momentos de impunidad por ausencia, debilidad o complicidad de los controles institucionales y cívicos.
- Se pueden incluir los grupos de diagnóstico (GDR), empresarios, ONG's, escuelas y universidades, colegios de profesionistas, sindicatos. Incluyen análisis de las responsabilidades morales y sociales de los hospitales, así como las responsabilidades, derechos, intereses y valores de todos los afectados directa o indirectamente por una decisión hospitalaria. Entender a los hospitales como organizaciones sociales con identidad moral con fines y valores propios que se pueden y deben analizar críticamente; perseguirse y potenciarse mediante fórmulas organizativas y estructurales desarrolladas en forma participativa por sus integrantes. Hospitales con ética consistente y coherente pueden alcanzar adecuados grados de excelencia (hospitales visionarios) y sobrevivirán a las exigencias morales de los consumidores.

F). Ombudsman de Salud Ética.

Es la persona encargada de la defensa de los usuarios de los sistemas de salud. Se hará cargo de las denuncias de los pacientes y procurará solucionar los problemas que se susciten, poniendo énfasis en el aspecto ético. Es posible sea un ciudadano ligado al ejercicio del derecho y si conoce de las áreas éticas y de salud, mejor.

G). Teorías Modernas sobre el Aprendizaje y Pedagogía.

Con la finalidad de aplicarlas en los cursos según los temarios anotados para los problemas de ética detectados tanto en el grupo de médicos como de familiares de pacientes de UCI.

Abrirse a un nuevo aprendizaje a través de una ética no meramente teórica sino práctica desde los niveles cognoscitivos más elementales.

Las sesiones con exposición de casos son muy útiles. Las enseñanzas por grupos de trabajo permiten la participación. La implementación del ambiente de aprendizaje centrado en principios, es un proceso largo que requiere capacitadores, grupos de apoyo y programas de renovación. No es un programa de soluciones instantáneas.

Existen grupos como la Red Global de Aprendizaje para el Desarrollo (GDLN) que es una colaboración única de organizaciones públicas, privadas y no gubernamentales que forman una red interactiva de aprendizaje a distancia con un enfoque en los temas y procesos de desarrollo.

Sin embargo, existen situaciones prácticas, como que, mientras los familiares de pacientes en UCI hacen guardia en el hospital puedan recibir educación sobre ética médica, información sobre UCI, así como presentar sugerencias que tengan para mejorar el servicio.

H). Apoyo de los Servicios de Trabajo Social y Personal Administrativo.

Son de crucial importancia, sobre todo al ingreso del paciente crítico a las salas de urgencias y terapia intensiva, para orientar sobre trámites administrativos y sobre el informe general de las normas del hospital, así como apoyo para el reporte breve del grupo médico, en tanto se atiende el paciente.

Son los grupos de trabajo que, favorecen la fluidez de la atención médica, disipan la confusión en los familiares de pacientes graves, mantienen el orden y también pueden considerarse como elementos orientadores para el programa integral de ética.

I). Oficina de Apoyo Psicológico o personal destinado a ello con dos funciones relevantes para el Programa Integral de Ética:

Intervención en crisis, situación crítica o de estrés para familiares de pacientes graves o personal médico.

Valorar o detectar enfermedades psicológicas en familiares de pacientes críticos o en personal de UCI, para su tratamiento y retiro momentáneo del área de trabajo.

J). Selección de Personal.

Conviene considerar que para la selección de médicos y trabajadores que ingresen al servicio de la UCI, deben incluirse características éticas en el perfil de personalidad.

En el ingreso a las universidades y escuelas de salud también deben identificarse.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

K) Implementación de un Código de Ética Hospitalaria y un Código de Ética en Unidad de Cuidados Intensivos.

Que abarque los valores y actitudes más apremiantes para la problemática presentada. Entre ellos conviene promover valores como la honestidad, congruencia, veracidad, trabajo en equipo, sencillez, orientación humanista, reconocimiento de las fuerzas y debilidades, conservación de los derechos humanos tanto de pacientes como del personal que labora en el área, así como tantos otros.

L) Recomendaciones varias para la Seguridad en las Actitudes Éticas en UCI.

Registro por escrito de forma breve sobre el informe médico y firma del familiar.

Monitoreo de problemas éticos en la UCI a través de trabajos de investigación realizados por médicos residentes de la especialidad o por personal interesado en el desarrollo ético del servicio.

Todo familiar de paciente en estado crítico que tenga una inconformidad o queja deberá acudir a las oficinas de orientación ética y de apoyo psicológico; así como se apoyará en los servicios de trabajo social y administrativos.

La actitud ética debe practicarse diario por los directivos, coordinadores, jefes de servicio y profesionales del hospital, para así poderse transmitir a los diversos grupos de trabajo. Todo ello apoyado por líderes en la conducta honesta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FUENTES DE CONSULTA

A) BIBLIOGRÁFICAS

1. "Código Penal Federal". México. Ed. SISTA, p.p. 177,178.Año 2000.
2. "Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos". México.Ed SISTA, pp. 3,4,6,10.Año 2000.
3. "Encyclopedia of Bioethics".E.E.U.U.Ed.W.T. Reich. Introducción p. XXI. 2ª.ed.vol.1.Año 1995.
4. "Ley General de Sanidad".Madrid.Ed.Tecnos.Año 1991.
5. Alleyne G,AO. "Información en salud para todos". Sao Paulo Brasil.Ed. Biblioteca Virtual en Salud. OPS/OMS, pp. 17-34.Año 1998.
6. Aprá, R. "Bioética en el área crítica". Ed. Medicina Intensiva.No. 9,pp. 20-32.Año 1992.
7. Asenjo,Miguel A. "Los hospitales del siglo XXI". Barcelona, España. Ed.Web Portal System.Año 1999.
8. Barragán,H. "La Medicina y la Sociedad frente a la Muerte".En J. A. Mainetti. "La muerte y la Medicina".Argentina. Ed. Quirón la Plata,pp. 137-155.Año 1978.
9. Beauchamp T,L;Childress J,F. "Principles of Biomedical Ethics". New York. Ed. Oxford Univ. Press, 1ª ed. 1979.
10. Berruecos Villalobos, L. "Curso básico sobre adicciones".México.Ed.Uno SA de CV,pp.57-130.Año 1994.
11. Bompiani, A."La declaración de Amsterdam sobre los derechos de los pacientes". Italia, Roma. Ed. Medicina y ética,2p. 171.Año 1998.
12. Brian Crowes, Ph. D. "Facts of Life". Front Royal,Virginia E.E.U.U,pp.346-348.Año 1997.
13. Brody,H. "Ethical Decisions in Medicine". Boston.Ed. Little Brown,p.8Co.Año 1976.
14. Callahan,D. "Bioethics as a Discipline". Hastings Cent. Rep, pp. 66-73.Año 1973.
15. Cardona, A. "Responsabilidad Médica y sus Proyecciones Médico-Legales".Ed. Dept. Manizales.Año 1942.
16. Carrillo Fabela, L.M.R. "La responsabilidad profesional del médico". México, D.F. Ed. Porrúa,p.1.Año 1999.
17. Chistie R,J; Hoffmaster C,B. "Ethical Issues in Family Medicine". New York.Ed. Oxford.Éd.Univ.Press.Año 1986.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

18. Comisión Especial de Estudio sobre la Eutanasia. "Comparecencia del Jefe Clínico de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario de Valencia". España. Ed. Diario de Sesiones del Senado de la Comisión, Número 346 de fecha 21-Oct-98. Año 1998.
19. Comisión Nacional para la protección de personas objeto de la experimentación biomédica y de la conducta. "The Belmont Report" En Ensayos clínicos en España (1982 - 1988). España. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Monografía Técnica No. 17. Anexo 1, pp 75-78. Año 1990.
20. Comité de Categorización y Acreditación de Áreas de la SATI. "Propuesta para Implementación del Programa de Categorización y Control de Calidad". B. Aires Argentina. Ed. Medicina Intensiva - AP Americana de Publicaciones. SA. Año 1997.
21. Davis. "Human Behavior at Work". E. U. A. Ed. Mc Graw Hill. Chapter 13. Año 1972.
22. De Board. "The Psychoanalysis of Organizations". Tavistock, London.
23. Deming W, E. "Calidad, Productividad y Competitividad. La Salida de la Crisis". E. U. 1989. Ed. Cambridge University Press. Año 1989.
24. Derbez García, Edmundo. "Diagnóstico: una mancuerna de primera". Monterrey, México. Ed. Vida Universitaria. Año 1999.
25. Dubos, R. "Chosir d'être humain." París, Francia. Ed. Colección Meditations, No. 147. p. 167. Año 1974.
26. Elns V, Paulina y cols. "La Familia una Aventura". Santiago de Chile. Ediciones Universidad Católica de Chile. Año 1988.
27. Engelhard H, T. "The Foundations of Bioethics". New York. Ed. Oxford Univ. Press. Año 1986.
28. Enrique Ospina, Julio. "Gestión en Salud". España. 1998. Colección Médica ASCOFAME. Ed. Castillo, Ltda. Año 1998.
29. Fajardo Ortiz, G. "Atención Médica, Teoría y Práctica Administrativas". México. Ed. La Prensa Médica Mexicana, pp. 241-50. Año 1983.
30. Fenigsen Richard MD. "Dutch Euthanasia Revisited". Ed. Issues in Law & Medicine, 13(301). Año 1997.
31. Ferguson S, B; Wright, F. "Nuevo Diccionario de Teología". El Paso E. U. Ed. Casa Bautista de Publicaciones, pp. 146-148. Año 1992.
32. Fischer, M. "La medicina y su contexto sociopolítico actual". Buenos Aires, Argentina. Ed. Universidad Nacional de Cuyo, pp. 1-31. Año 1996.
33. Freud, S. "Consideraciones de Actualidad sobre la Guerra y la Muerte. Nuestra

- Actitud ante la Muerte", en "Obras Completas. Ensayos I al CCIII": Ed. Biblioteca Nueva España. Año 1999.
34. Frontodona, F. "La ética que necesita la empresa". Madrid. Ed. Unión Editorial SA. Año 1998.
 35. Fukuyama, F. "Trust". Ed. The Free Press. Año 1996.
 36. Gafo, J. "Ética y Legislación en Enfermería". Madrid, España. Ed. Universitas SA., p. 3.
 37. Galesio, A. "Indicadores de Calidad en Cuidados Intensivos". Buenos Aires, Argentina. Boletín Oficial 318/2001. Año 2001.
 38. Gandhi, Mahatma. "Los Deberes de los Ciudadanos del Mundo". Bangui Colony, New Delhi, 25 de mayo de 1997.
 39. García Delgado, Daniel. "Argentina, tiempo de cambios". B. Aires, Argentina. Ed. San Pablo. Año 1996.
 40. García Noval, Jose. "Ética Médica: Tres Problemas Actuales". Ed. Universidad de San Carlos de Guatemala, p. 3. Año 1997.
 41. Gracia Guillen, D. "La Bioética: Una nueva disciplina académica". Ed. Jano XXX (781), pp. 69-76. Año 1987.
 42. Gracia Guillen, D. "Los cambios en la relación médico - enfermo". Bare. Ed. Med. Clin, No. 93, pp. 100-102. Año 1989.
 43. Gros Espiell, H. "Estudios sobre Derechos Humanos". España, Madrid. Ed. Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Civitas, p. 327. Año 1988.
 44. Guilera, E. "VARIABLES Y TENDENCIAS DEL FUTURO SANITARIO EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS". España. Ed. Libro de Ponencias, X Jornadas de Trabajo de la Asociación de Enfermería Española (AED), pp. 21-7. Año 1990.
 45. Gutiérrez de Velasco, J. I. "Los Derechos Humanos". Aldox Huxley-Los Derechos Humanos y los Hechos de la Situación Humana. México. Ediciones del Milenio, p. 16. Año 2000.
 46. Gutiérrez Saenz, R. "Introducción a la Ética". México. Ed. Esfinge. Año 1995.
 47. Gutiérrez, Miguel. "Ortodoxia y Criticidad en el Control Administrativo". San José, Costa Rica. Ed. Mimeo. Año 2000.
 48. Hackett, T. E; Cassem, N. "Handbook of General Hospital Psychiatry". Massachusetts General Hospital. Ed. Mosby, N.Y. Año 1978.
 49. Hamel, G. "Competing for the Future". Ed. Harvard Business School Press. Año 1995.

50. Hernández Sampieri, Roberto. "Metodología de la investigación". México. Ed. Mc Graw-Hill. Año 1998.
51. Herrera Carranza, M. "Cómo instaurar un plan de calidad en un servicio clínico". Sevilla. Ed. Hosp. "Juan Ramón Jiménez" Huelva. Año 2000.
52. Herrera, M. "Calidad de los cuidados humanos: un reto para el fin de siglo". Ed. Med. Intensiva, No. 17 pp. 401-6. Año 1993.
53. Hurtado Oliver, Xavier. "El derecho a la vida ¿y a la muerte?". México, D.F. Ed. Porrúa. Año 2000.
54. Imaz Lira, Bertha. "Derechos Humanos del paciente con VIH/SIDA y del médico que lo atiende". México, D.F. Ed. IMSS. Año 2000.
55. Jennet, B. "High technology medicine. Benefits and Burdens". Ed. Oxford, University Press, pp 53-74. Año 1986.
56. Joint Comisión on Accreditation of Health care organizations. "Manual de Acreditación para Hospitales". Barcelona. Ed. SG Editores y Fundación Avedis Donabedian, p.258. Año 1995.
57. Laín Entralgo, P. "Medicina Social y Ética Médica". Historia Universal de la Medicina. Tomo II. Barcelona. Ed. Salvat Editores, S A, pp. 109-112. Año 1972.
58. Laporta, F. "Sobre el Concepto de Derechos Humanos". Ed. Doxa, No. 4 Alicante, pp. 43-44. Año 1987.
59. Levin R J. "Código de Nuremberg: Ethics and Regulation of Clinical Reserch". New Haven. Ed. Yale University Press. 2ª ed. Año 1988.
60. Leyes y Códigos de México. "Código Civil para el Distrito Federal". México. Ed. Porrúa, p. 47. Año 1988.
61. Leyes y Códigos de México. "Ley General de Salud". México. Ed. Porrúa, pp. 1,8,9. Año 1988.
62. Llano Cifuentes, C. "Dilemas Éticos de la Empresa Contemporánea". México, D.F. Ed. FCE. Año 1997.
63. López Piñeiro, J.M. "Historia de la Medicina". Madrid, España. Medicina. Historia 16. Año 1990.
64. López Rupérez. "La gestión de calidad en educación". Madrid, España. Ed. La Muralla. Año. 1997.
65. Louis Baudouin, Jean; Blondeau, Danielle. "La ética ante la muerte y el derecho a morir". Barcelona, España. Ed. Herder S.A, p11. Año 1995.
66. Lovesio, C. "Aspectos Conceptuales y Ético-Morales de la Muerte en Medicina

- Intensiva, (Tomo II) Neurología y Neurocirugía. Buenos Aires, Argentina. Ed. Medi-Libros, pp.517-529. Año. 1996.
67. Mainetti, J.A. "La Muerte en Medicina". B. Aires, Argentina. Ed. Quirón, La Plata, pp. 109-120. Año 1978.
68. Mallo C. y Merlo J. "Control de Gestión y Control Presupuestario". Madrid, España. Ed. McGraw Hill. Año 1995.
69. Martínez de Vallejo Fuster, B. "Los Derechos Humanos como Derechos Fundamentales". Del Análisis del carácter Fundamental de los Derechos Humanos a la Distinción Conceptual. Madrid. Ed. Ballesteros J. Editor, Derechos Humanos, Tecnos, p. 48. Año 1992.
70. MEC 1997. "Modelo Europeo de Gestión de Calidad". Madrid. Ed. MEC - Argentina. Año 1997.
71. Monge M. A. "Ética, Salud, Enfermedad". Madrid, España. Ed. Epalsa. Año 1991.
72. Morris, T. "Si Aristóteles dirigiera General Motors". Barcelona, España. Ed. Planeta. Año 1997.
73. Muñoz Jiménez, Jesús Octavio. "Tesis: Formación ética en el ejecutivo". México. Ed. UNAM-DEP-FCA. Año 1999.
74. Neri, Aldo. "La reforma del sistema de salud". B. Aires, Argentina. Ed. Acción Social de la Nación, Colección Año V11. No. 11, p158.
75. Neri, Aldo. "Sur, penuria y después". B. Aires, Argentina. Ed. EMECE, p. 158. Año 1995.
76. Nicholas, David. "Organización para la calidad: Opciones para los programas de país". Winsconsin Avenue, U.S.A. Ed. PGC. Vol. 8 Núm. 1. No. 1999.
77. Ortega y Gasset, J. "Historia como sistema y otros ensayos filosóficos". Madrid. Ed. Sarpe. Año 1984.
78. Patiño G, Susana. "El Profesor como Transmisor de Valores". México. Ed. ITESM Campus Monterrey Centro de Valores Éticas, p. 69.
79. Pellegrino E, D; Mc Elhinney T, K. "Teaching Ethics, the Humanities, and Human Values in Medical Schools. A Ten Year Overview". Washington, D.C. Ed. Institute on Human Values in Medicine & Society for Health and Human Values. Año 1980.
80. Pereña Vicente, L. "La Carta de los Derechos Humanos, según Fray Bartolomé de las Casas". En estudios sobre Fray Bartolomé de las Casas. Sevilla. Ed. Madrid, p. 293. Año 1974. Del mismo autor: "Los Derechos Civiles y Políticos según Bartolomé de las Casas". Sevilla. Editora Madrid. Año 1974.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

81. Pérez Luño, A E. "Delimitación conceptual de los Derechos Humanos en la obra: Los Derechos Humanos. Significación, estatuto jurídico y sistema". Sevilla.Ed. de la Universidad de Sevilla,pp.14-15.Año1979.
82. Pérez Luño, A E. "La Evolución del Estado Social y la Transformación de los Derechos Fundamentales en Problemas de Legitimación en el Estado Social". Olivas.Ed. E. (Editor), Trotta Madrid,p. 91.Año 1991.
83. Ponce de León, R S. "Infecciones hospitalarias en México". En Paganini, J.M: "Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: La Garantía de Calidad: Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe". Washington.Ed. D.C, OPS, pp. 178-86.Año 1992.
84. Ponce de León,R S. "Manual de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias". México, D.F.Ed.Obsidiana OPS/OMS 1ª. Edición,pp.6-13.Año 1996.
85. Real Academia Española. "Diccionario de la Lengua Española". Madrid, España. Ed. Brosmac, S L,p.1487.Año 1996.
86. Reich W,T. "Encyclopedia of Bioethics". New York.Ed. Free Press, Macmillan Publishing Co. Inc,4vols.Año 1978.
87. Reich Charles, A. "Opposing the System". New York, E.U.Ed. Crown Publishers Inc.Año 1995.
88. Reyes Otero, Alejandro. "El hospital Casimiro Ulloa se encuentra en emergencia". Lima, Perú.Ed. El Comercio, S A.Año 1995.
89. Risieri Frondizi. "¿Qué son los valores?." Santiago.Ed. F.C.E.Año 1993.
90. Risques, Fernando. "Comunicación en Cuidados Intensivos". Caracas, Venezuela.Ed. Congreso Panamericano e Ibérico de Medicina Crítica y Terapia Intensiva.Año 1987.
91. Robert Jay, L. "The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide". USA. Ed. Basic Books.Año1986.
92. Rosanvallon, Pierre. "La nueva cuestión social". Buenos Aires, Argentina.Ed. Manantial.Año 1995.
93. Sandoval Luque, Esteban. "XIV Jornadas Nacionales de Derecho Civil Ponencia: El Derecho a la Autodeterminación". Buenos Aires, Argentina.Año1997.
94. Schalaepfer Pedrazzini, L. "La medición de la salud: Perspectivas teóricas y metodológicas".Ed. Salud Pública de México.No.32,pp.141-55.Año 1990.
95. Schwartz L,R. "La gestión de las quejas y el descontento del enfermo". Clin. Med. Urg. Nort (ed. Español) 1992; 3 589-603. También: Instituto Nacional de la Salud.

- "Estudio sobre la satisfacción de los enfermos en los hospitales del Insalud"
Madrid. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo, pp. 93-5. Año 1985.
96. Segovia J.M. "Ética del diagnóstico médico". Madrid. Ed. Vilarde II (editor), Espasa Universidad, p. 149. Año 1998.
97. Singer, Peter. "Compendio de ética". Madrid, España. Ed. Alianza. Cap. 10, p. 187. Año 1995.
98. Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (V Congreso SAMIUC, Huelva, 1983). "Control de Calidad en Medicina Intensiva" Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía. Madrid. Ed. Mezquita. Año 1984.
99. Sogyal Rimpoché. "El libro tibetano de la vida y de la muerte". Barcelona. Ediciones Urano, p. 26.
100. Sudnow, David. "La Organización Social de la Muerte". Buenos Aires Argentina, Ed. Tiempos Contemporáneos. Año 1971.
101. Terzi, Renato. "Control de calidad y acreditación en áreas de medicina crítica". Ed. FEPI MCTI. Año 1993.
102. Thomas L.V. "El cadáver." México. Ed. FCE. Año 1980.
103. Varo, J. "Gestión estratégica de la calidad de los servicios sanitarios, un modelo de gestión hospitalaria". Madrid, España. Ed. Días de Santos. Primera Edición. Año 1994.
104. Vela Argüelles. "Ética". México. Ed. Porrúa, p. 46.
105. Vitoria N, Mora. "Dilemas bioéticos presentes en una Unidad de Cuidados Intensivos: Enfoque multidisciplinario". Venezuela. Ed. Lab. de Sistemas Biomédicos, Universidad Simón Bolívar. Año 2000.
106. Viorst, Judith. "El precio de la vida: Las pérdidas necesarias para vivir y crecer". Buenos Aires, Argentina. Ed. Emecé Editores. Año 1990.

B) HEMEROGRÁFICAS

107. Beauchamp T,L; Walters Le Roy. "Contemporary Issues in Bioethics". Belmont (CA-USA). Wadsworth Publishing Co; 1978.
108. "Fundamentos de la Bioética personalista". Cuadernos de Bioética. Vol 17 No.18; 1994, pp.49-62.
109. "The Nuremberg Code (1947); Declaration of Helsinki (1964)". The British Medical Journal. Vol. 313 No. 7; 1996, pp.1448-1449.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

110. Acosta, J. "Quién debe decidir". Cuba. Rev. Avanc. Med. Cuba. Vol. 6 N° 6; 1976, pp. 59-62.
111. Ahmed, S. "Estudio Comparativo de los Valores en el Trabajo de los Estudiantes de Negocios Chilenos y Franceses - Canadienses". Business Association of Latin American Studies: Proceedings; 1997.
112. AMA Asociación Médica Argentina. "Código de Ética para el equipo de salud". Colaboración de la Sociedad Argentina de Ética Médica, Siglo XXI. Año 1. 2001.
113. Aparicio, Daniel. "Valorar el desgaste profesional es un criterio de calidad de urgencias". España. Sala de prensa de la SECA. 21 de Nov; 2000.
114. Bagnulo, Homero. "Suspensión - limitación de los tratamientos en el paciente crítico". Rev. Médica del Uruguay. Vol. 15 No. 3; 1999, pp. 184-188.
115. Bartlett, D. "The ethical practices of managers: a theoretical account of the everyday pragmatics of ethical decision - making". E.U.A. British Academy of Management Conference Proceedings; 1996.
116. Benitez Cortogar, M. "Mito y realidad de los Cuidados Intensivos". Rev. Iberoamericana de Cuidados Intensivos. Vol. 1 No. 2; 1992, pp. 75-83.
117. Blac, D. "The paradox of medical care". Lóndres, Inglaterra. Coll. Physicans; 1979, pp. 57-65.
118. Braghetto, Italo. "A propósito de la salud administrada". Santiago de Chile. Rev. Hosp. Clin. Univ. de Chile. Vol. 11 N° 3; 2000, p. 239.
119. Cardigni, Gustavo. "El intensivista pediátrico: ejerciendo la especialidad". B. Aires Argentina. Rev. Arg. Pediatr. Vol. 96 No 363; 1998.
120. Carson, S. "Effects of organizational change in the medical intensive care unit of a teaching hospital: a comparison of open and closed format". JAMA. Vol. 276 No. 4; 1996, pp. 322-8.
121. Cerón Díaz, Wilfrido Ulises. "Base de datos multicéntrica de Terapia Intensiva, la experiencia en México". México, D.F. Hospital Español de México. AMM CII; 1999.
122. Cervera Soto, Santiago. "El ejercicio de la medicina en el contexto médico-social del año 2000". Navarra, España. Rev. Española de Salud Pública; 2000, pp. 1-13.
123. Chelluri, L. "Intensive Care for Critically Ill Elderly: Mortality, Costs and Quality of Life. Review of the Literature". Arch Intern Med. Vol. 155 No. 10; 1995, pp. 1013-22.
124. Clarck C, C. "Burnout Assessment and Intervention". J. of Nursing Administration; 1980, 10 pp. 39-43.
125. Critical Care Medicine. "Consensus Conference". JAMA. Vol. 250 No. 6; 1983, pp. 79-

- 88.
126. Dalayil. "The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting". Heart Lung. Vol 13;1984,pp.31-7.
 127. De Albisur, María Cristina. "La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos". Policial, Montevideo. Rev. Med. Uruguay. Vol. 16; 2000, pp. 243-256.
 128. De Geyndt, W. "Sinopsis de los planteamientos para evaluar la calidad de la atención del paciente". Salud Pública México. Vol.28,pp. 221-229.
 129. De Morales Novaes, Humberto. "Programas de Garantía de Calidad a través de la Acreditación de Hospitales en Latinoamérica y el Caribe". México, D.F. Rev. Salud Pública de México. May-Jun;1993.
 130. Donabedian, A. "¿The quality of care How can it be assessed?". JAMA. Vol.260 No.12;1988,pp.1743-48.
 131. Echenique Portillo, R. "Apuntes sobre Ética y Bioética en los Negocios". México. DEP FCA-MASS. 2000.
 132. Fenigsen Richard, M D. Ph. D. "Dutch Euthanasia Revisited". Issues in Law & Medicine. Vol.13 No.301;1997. See also "Infants Euthanasia Sets Off New Dutch Debate" American Medical News 1 Jan 1996; and Fenigsen "Physician - Assisted Death in the Netherlands: Impact on Long - Term Care" Issues in Law & Medicine. Vol 11;1995,pp.283,294,295.
 133. Finerberg H, V. "Evaluation of medical practices: The case of tecnology assessment". N Engl J Med. Vol. 301,1979,pp.1086-21.
 134. Fonseca Lazcano, José. "Calidad de la Atención Médica en Terapia Intensiva Oncológica". México, D.F. Rev. del Inc. Vol. 46 Num. 1. Ene-Feb; 2000, pp. 28-32.
 135. Gherardi, Carlos. "Ingreso de pacientes irrecuperables en Terapia Intensiva. No aplicación y suspensión de métodos de soporte vital. Análisis de una encuesta de opinión". Argentina. Med. Intensiva. Vol. 17 No 1;1997.
 136. Gracia Guillen, D. "The Intelctual Basis of Bioethics in Southern European Countries". Bioethics. Vol. 7 No 2/3;1993,pp.97-107.
 137. Guamer, V. "Nuevas Tecnologías y Nuevos Daños Iatrogénicos". México D.F. Gaceta Médica de México. Vol.131 No.5-6;1995,pp.533-51.
 138. Hanauske, Abel H. "Not a Slippery Slope or Sudden Subversión: German Medicine and National Socialism in 1933". BMJ. Vol. 313;1996,pp.1453-1463.
 139. Hidalgo Ponc, Alejandro. "Propuesta de un modelo para mejorar la calidad de la

- atención médica y el costo-efectividad en las unidades de cuidados intensivos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)". México, D.F. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Intensiv. Vol XIII No. 6/Nov-Dic;1999,pp. 190-196.
140. Jayaratne S.E., Chess. "It's impact on child welfare workers and their spouses". Social Work. Jan.-Feb; 1986, pp. 53-59.
 141. JenKins J, F. "Evaluation of Burnout in Oncology Nurses". Cancer Nursing.Vol. 9No.3;1986,pp.108-116.
 142. Juan Pablo II. "Laborem Exercens". ns 66.
 143. Kappstein, Y. "Prolongación of hospital stay and extra costs due ventilador - associated pneumonia in an intensive care unit". Eur J Clin Microbial Infect Dis. Vol.11;1992,pp.504-8.
 144. Khaus, W. "An evaluation of autcome from intensive care in Alberta and wertern Massachusetts". Crit Care Med.Vol.23;1995,pp.1336-46.
 145. Knaus, W. "An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers". Ann Intern Med.Vol.10No.4;1986,pp.410-18.
 146. Knaus, WA. "APACHE II, a severity of disease classification system". Crit Care Med. Vol.13;1985,p.818.
 147. Lee D,K. "Experence in a medical intensive care unit". JAMA. Vol. 271; 1994, pp.1358-61.
 148. López, F. "La información a la familia como parte de los cuidados". Sesiones para la Salud.Vol.1;1991,pp.4-7.
 149. Management Educator. "The economist". March 2;1991, p. 4.
 150. Mc Elroy A M, Bourmout. "A Review of the Literature with Application to Cancer Nursing". Cancer Nursing. June, Vol. 5 No.1,pp. 211-217.
 151. OMS (Organización Mundial de la Salud "La garantía de calidad: Acreditación de hospitales para América y el Caribe". Washington. Federación Interamericana de Hospitales. Vol. 10 No. 12; 1991, p. 154.
 152. PJ,Rey. "Written". Posted. 4 Oct;1996.
 153. Peiró, S. "Evaluación de calidad a partir del conjunto mínimo de datos básicos al alta hospitalaria". Valencia, España. Rev. Neuro. Vol. 29 No. 7, 1999, pp. 651-661.
 154. Piferrer Ruiz, Ernesto M. "Toma de Decisiones Médicas para Ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos". Santiago de Cuba. MEDISAN. Vol. 5 No. I; 2001, pp. 62-67 5(1);pp.62-67.
 155. Piper, T. "Can Ethics be Taught". HBS Press.1993.

156. Rangel Frausto, M S. "The natural history of the systemic inflammatory response syndrome (SIRS)". JAMA. Vol. 273; 1995, pp.117-23.
157. Rappaport, S. "A comparison of intensive care unit utilization in Alberta and western Massachusetts". Critical care Med. Vol.23;1995,pp. 1336-46.
158. Richards, M J. "Nosocomial infections in medical intensive care units in the United States". Crit Care Med. Vol.27;1999,pp.887-92.
159. Rodríguez Ledesma, Ma. de los Angeles. "Calidad de Atención en una Unidad de Cuidados Intensivos". México, D.F. Rev. Asoc. Mex. Med. Crit y Ter Intensiv. Vol. XII, Núm. 6 Nov - Dic;1998, pp. 211 - 218.
160. Samuelson, R. "¿What good are business schools?". E.U.A. Newsweek. Mayo 14; 1990.
161. Schalaepfer Pedrazzini, L. "La medición de la salud: Perspectivas teóricas y metodológicas". Salud Pública de México. Vol.32;1990,pp.141-55.
162. Sgreccia, E. "Medicina e morale": Milano, Italia.No.4;1987,pp.567-575.
163. Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMIUC). "Guía para la coordinación, evaluación y gestión de los servicios de Medicina Intensiva". Madrid. Instituto Nacional de Salud (INSALUD);1997.
164. Task Force on ethics of society of critical Care Medicine. "Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill". Critical Care Med. Vol 18;1990,pp.1435-1439.
165. Tobón Uribe, Pablo. "Incentivos para la calidad en salud: ¿Qué induce o frena a las instituciones a trabajar bien?". Bogotá, Colombia. Rev. Vía Salud. Primer trimestre; 2001.
166. Torregrosa Ferráez, Luis. "II Simposio Internacional de la CONAMED, por la Calidad de los Servicios Médicos y la Mejoría de la Relación Médico-Paciente". México, D.F. Rev. CONAMED. Año 2, Núm. 5; 1997.
167. Toulmin, S. "How Medicine Saved the Life of Ethics". Perspectives in Biology and Medicine Summer. Vol.25;1973,pp. 736-750.
168. Urraca Martínez, S. "Problemas actuales sobre la muerte y el morir". Madrid. Revista de Occidente No. 47; 1985, pp. 83-101.
169. Valdés Salgado, R. "Análisis de las quejas presentadas ante CONAMED". México, D.F. Rev. Salud Pública de México. Vol. 43, N° 5. Sept.-Oct; 2001.
170. Valerie, Etia. "La Muerte, una graduación". Santiago de Chile. Revista Uno mismo. N° 48; 1993.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

171. Varela Mejía Fernández, Héctor. "Resultados de operación del periodo Enero-Marzo de 1998". México. Rev. CONAMED año 2, núm. 7. Abril-Junio de 1998.
172. Villazon S, Alberto. "Límites de actuación en Terapia Intensiva". México, D.F. Federación Panamericana e Ibérica de Sociedades de Medicina Crítica y Terapia Intensiva; 1982.
173. Villazón Sahagún, A. "La Medicina Crítica en México". México, D.F. Rev. Asoc. Mex. de Med. Crit. y Ter. Int. Vol. IX Núm. 1/Ene-Feb;1995, pp. 15 - 19.
174. Viniegra Velázquez, L. "El Control de la Calidad del Ejercicio de la Medicina.Un Marco Teórico". Gaceta Médica de México.Vol.120 No.4;1990,pp. 283-89.
175. Weinstein, M C. "Foundations of cost-effective ness analysis for healt and medical practices". N Engl J Med .Vol 096;1977,pp.716-21.
176. Wertham Hayes. "Publishing 6304". Hamilton Ave, Cincinnati. Comité Selecto en Éticas Médicas. Ohio 45224.
177. Woolhandler, S; Himmelstein, D U;Labar B, Lang S. "Transplanted Tecnology:Third World Options and First World Science". N. Engl. Med.No.317;1987, pp. 504-6.
178. World Health Organization. "The enviromental health criteria programe. The identification of new enviromental health hazards". Ep.Vol.73 No.1;1973.
179. Zimmerman, JE. "Improving intensive care. Observations base don organizacional case studies in nine intensive care units: A prospective multicenter study". Crit Care Med.Vol.21;1993,pp.1443-51.

C) DIRECCIONES ELECTRÓNICAS

180. Amaro Cano, María del Carmen. "Principios básicos de la Bioética". Rev. Cub. Enf. Vol.12 No.1.Ene-Jun; 1996.
http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol12_1_96/enf06196.htm.
181. "La Historia de la Eutanasia". WELS Lutherans for Life. 1997.
<http://www.wels.net/wfl/spanish/histor.html>
182. Alvarado, Maria N. "Etica en Medicina. No Reanimación". Caracas, Venezuela. Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas.
<http://www.infomedonline.com.ve/CONSOCIE/lencuentro/mmivtema8.htm>
183. Aparicio, Daniel. "Médicos de cinco países detectan una caída de la calidad asistencial". Harvard 2001. Foundation Common Wealth.

- <http://www.diariomedico.com/gestión/ges310501com.html>
184. Asociación Mexicana de Tanatología. "Ideología de la Asociación". México. 2001.
<http://paginas.infosel.com/amtac/archivos/libre.html>.
185. Besso, José. "Historia". http://www.fepimcti.org/quienes_somos.htm
186. Cecciatore, Joanne. "Ética en la Comunicación con Otros: Muerte, Ética y Comunicación para Profesionales de la Salud". The Miss Foundation. 20 de Julio de 1999. <http://www.misschildren.org/spanish/ethics.html>
187. Cesarman, Eduardo. "Ser Médico".
<http://www.cajademedicos.com.ar/revista/numero%207/ser%20medico.htm>
188. Clínica Lili. "La Enfermedad Terminal y los Cuidados Paliativos". Publicación N° 44, Santiago de Cali. Enero 2000. www.clinicalili.org.co/cartas/ene2000.html-23k
189. Comité Permanente de Médicos Europeos. "La recertificación, cuestionada como método de control de la competencia". Diario Médico.com
http://www.diariomedico.com/edicion/componentes/noticia/versionimprimirdm_cmp/0,323...
190. Cruz Prada, Pedro A. "Algunas consideraciones en torno al derecho a la vida y la eutanasia". <http://www.monografias.com/trabajos/eutanasia/eutanasia.shtml>
191. D.A. "Las visitas médicas en grupo dan más calidad a la práctica clínica". Palo Alto, E.U. Gestión.com 2001. <http://212.80.128.9/gestion/ges280201.com.html>
192. d'Empaire, Gabriel. "Bioética y Costos Médicos en la Medicina Actual". Sociedad de Bioética. <http://www.bioetica.org.ve/fixed11.htm>
193. d'Empaire, Gabriel. "Dilemas en la toma de decisiones en el paciente crítico". Sociedad de Bioética. <http://www.bioetica.org.ve/center10.htm>
194. Dell' Ordine, J. L. "Ética".
<http://www.monografias.com/trabajos/etica/etica.shtml#escu>
195. Departamento de Humanidades Biomédicas. "Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica". Universidad de Navarra España.
<http://www.unav.es/humbiomedicas/>
196. Di Pietrantonio, Carlos. "Bioética: Derechos o Deberes". Psicología.
http://www.psicologia.com/articulos/ar_dipiet01.htm p.1 de 8.
197. Duarte, Liliana. "Ética y Bioética: Cuestión epistemológica aplicada a la salud". Río Cuarto, Cuba. Año 1997.
<http://www.monografias.com/trabajos/eticaybio/eticaybio.shtml>
198. Emmer, Silvia. "Problemática del equipo asistencial ante el dolor, la vida y la

- muerte". FLAPAG. <http://www.psinet.com.ar/rif6/211.htm>
199. Eva Condemarin, Pedro. "Eutanasia". Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 1997 <http://www.uchile.cl/publicaciones/anales/8/estudios4.htm>.
200. Fernández, Sergio M. "Eutanasia: Historia y Actualidad". B. Aires Argentina. Colegio Médico de la Provincia de Buenos Aires. <http://www.monografias.com/trabajos/eutanasia3/eutanasia3.shtml>
201. Gabaldón R, Fernando. "Capítulo III: ¿Qué hacer? Plan Nacional de Calidad en Medicina Crítica". Caracas, Venezuela. Sociedad Venezolana de Medicina Crítica. <http://www.infomedonline.com.ve/CONSOCIE/IIencuentro/cap3tema10.htm>
202. García Hernández, Alfonso Miguel. "Sobre la Tanatología". Veracruz, México. Año 2001. <http://www.melodysoft.com/cgi-bin/foro.cgi?ID=set&msg=6>.
203. García Sierra, Pelayo. "Eutanasia Médica". Diccionario Filosófico. Biblioteca Filosofía en español. <http://www.filosofia.org/filomat/df492.htm>
204. Gestión Humana.com. "Manejo de trabajadores conflictivos. El punto negro en la hoja blanca". <http://www.shrmgglobal.org/publications/gestionhumana/conflictivos.htm>
205. Gestión Sanitaria on line. Gerentes. "Gestión de la Calidad Total en las Emergencias Médicas". <http://www.hospitalia.net/ge170498.htm>
206. Gherardi, Carlos. "Pautas y recomendaciones para la abstención o retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico". Argentina. ADECRA; 2000. http://www.adebra.org.ar/html/revista_sumario_jun00_6.htm
207. González, Toni. "Los servicios de urgencias exigen indicadores de calidad específicos". Barcelona. Diariomedico.com; 2001. <http://www.diariomedico.com/gestion/ges170401com.html>
208. Gutiérrez, Jorge. "Estrés en los trabajadores de la salud". CEPIS/OPS. <http://www.cepis.org.pe/eswww/fulltext/repind6l/ps/ps.html>.
209. Guzmán Mora, Fernando. "Eutanasia: algunas reflexiones éticas, jurídicas" Madrid, año 2000. MedSpain. http://www.medspain.com/ant/n12_may00/Eutanasia.htm
210. Harvey, L. Y. "Defining Quality Assessment and Evaluation in Higher Education". Calidad.org Vol 18 No.1, pp. 9-34. http://www.calidad.org/public/articles/981031144_monica.htm
211. Hasting Center Report. "Medicina y sociedad". http://www.fdpi.org/bibliografia/metas_me/medicina_sociedad.as.

212. Hernán Albornoz, José. "Ética para Jóvenes".
<http://www.geocities.com/HotSprings/Resorts/3291/ARISTOS.html>
213. Herrera Carranza, M. "Una Teoría del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias".
Hospital "Juan Ramón Jiménez". Huelva, España. <http://www.samiuc.es/OpinII.htm>
214. Higgins, L. "Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Santa Fe". Hospital Santa Fe <http://www.hospitalsantafe.com.mx/uti.html>
215. "Informe" SESPAS; 1998. <http://www.sespas.es/informe1998/capitulo11.pdf>
216. Jordan, J y otros. "La muerte y el morir en el contexto de la relación médico-paciente". Pp. 16-23.
<http://www.monografias.com/trabajos3/muertemed/muertemed.shtml>
217. Laguna Murcia, Pilar. "La complejidad de los procesos se usa como excusa para no investigar errores médicos". Diariomedico.com
<http://www.diariomedico.com/normativa/norm151200combis.html>
218. Lázaro y de Mercado, Pablo y cols. "Grupo de Investigación en Servicios de la Salud". <http://www.iscii.es/unidad/sgeensp/centros/uis/dchag5geuis.html>
219. LoLas Stepke, Fernando. "Nota bioética sobre el paciente crítico".
Gerontologia.uchile http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/lolas_3.htm
220. Lucca, Amalia Isolina. "Desarrollo Humano: Eutanasia".
<http://hum.unne.edu.ar/maestria/Eutanasia.html>
221. Maglio, Francisco. "La medicina, la vida y la muerte. Parte II". Año 2000. Latinsalud.
<http://www.latinsalud.com/temas/muerte2.htm>
222. Mainetti, José Alberto. "Ética Médica, Principios Rectores y Comité Hospitalario".
 B. Aires, Argentina. Ed. ADECRA (Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República de Argentina). Año 2000.
http://www.adebra.org.ar/html/revista_sumario_jun00_4.htm.
223. Martínez Baza, P y Vega Gutiérrez, J. "Eutanasia y distanasia (aspectos legales y deontológicos)". Sociedad de Bioética.
http://www.bioeticaweb.com/Final_de_la_vida/eutanasia_y_distanasia.htm
224. Martínez Die, Rafael. "Razones del NO a la eutanasia". Madrid. Asociació Catalana d' Estudis Bioètics (ACEB); 1999.
<http://www.forofamilia.com/articulos/eutanasia.htm>
225. Martínez Gómez, Jesús Armando. "La Bioética una disciplina decisiva". Sancti Spiritus, Cuba. Ed. Escambra, pp. 1-2. Año 2001.
<http://www.wscambray.islagrande.cu/esp/noticias/disciplina.htm>.

226. Mc Namara. "Otros textos sobre la Eutanasia".
<http://www.comz.org/inf/doc10b.html>
227. MEC 2000. "Modelo Europeo de Gestión de Calidad".
www.pntic.med.es/calidad/modelo.htm
228. Ministerio de Salud y Acción Social. "Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica". B. Aires Argentina. 1993
<http://wwwalfinal.com/salud/uti.html>
229. Moren, Patricia. "Las tasas de infecciones nosocomiales no sirven como indicadores de calidad". Barcelona. Gestión.com; 2001.
<http://212.80.128.9/gestion/ges010301combis.html>
230. Olvera Flores, María Teresa. "Con apoyo en la Sociedad Mexicana de Tanatología, el ISSSTE ayuda a pacientes terminales". México, ISSSTE; 1998.
<http://infomatica.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/98/boletin273.html>.
231. Parada B, Ma. Isabel. "El servicio de apoyo psicosocial en UCI. Un tema de Bioética aplicada en la búsqueda de una mejor atención al paciente crítico". Venezuela. Hospital de Clínicas Caracas; 2000.
<http://www.bietica.org.ve/center9.htm>
232. Parada B, Ma. Isabel. "Procesos psicoterapéuticos desarrollados a familiares y a pacientes críticos que ingresan a una Unidad de Cuidados Intensivos".
<http://epsa.cop.es/congresoiberoa/base/clinica/ct206.htm>
233. Pérez Lindo, Augusto. "Eutanasia: Un concepto controvertido". Universidad Nacional del Nordeste. <http://hum.unne.edu.ar/maestria/Eutanasia.html>
234. Pons J, MC. "Proyectos en Colaboración". Cataluña, España.
<http://www.aatm.es/infpdf/es/but10es.html>
235. "Principio y Fin de la Vida Humana. Éutanasia". Publications of the Volunthary Euthanasia Society. <http://mendel.vab.es/biocomputacio/treballs98-99/pavon/paginaweb/eutanasia.html>
236. Ramos-Fernández de Cañete, Pedro. "GRD's y Unidades Funcionales: ¿Aplicables en UCI's?". <http://www.samiuc.es/opin150501.htm>
237. Redacción. "Los médicos asumen el protagonismo sobre las mejoras de calidad". San Francisco, E.U. Universidad de California. Diariomedico.com; 2001.
<http://www.diariomedico.com/gestion/ges090401comcuatro.html>
238. Redacción. "Los médicos de urgencias detectan un descenso de la calidad". Acad. Emerg. Med. Vol 8; 2001, pp. 880-885.

- http://www.diariomedico.com/edicion/componentes/noticia/versionimprimirdm_cmp/0,323...
239. Sainz Rojo del Severo Ochoa, Ana. "Medir sólo no vale: tiene que formar parte de un plan de calidad". Diario Médico.com
<http://www.diariomedico.com/gestion/ges211100comtris.html>
240. Schonberger, Richard J. "La gestión de recursos humanos y la calidad total". Washington, U.S.A.
<http://.../la%20gestion%20de%20recursos%20humanos%20y%20la%20calidad%20total.htm>
241. Serrano, Enrique. "Valorar la Calidad del Cuidado Médico". Buenos Aires, Argentina.
<http://www.calidadensalud.org.ar/trabajos%20indicadores.htm#desempeño>
242. Sgreccia, Elio. "Manual de bioética". México. Instituto de Humanismo de la Salud. Ed. Diana, 1996. http://www.aceb.org/editoriales/0997_cs.htm.
243. Sociedad de Bioética. "Dilemas en la toma de decisiones en el paciente crítico". Sociedad de Bioética. <http://www.bioética.org.ve/center10.htm>
244. Sociedad Española de Tanatología. "Qué es la Tanatología". Madrid España. Año 2000 <http://members.es.tripod.de/sociedad/informac.htm>.
245. Tomicic, Vinko. "Admisión y Alta a Unidades de Cuidados Intensivos". Santiago de Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile.
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/medicinaintensiva/admision.html>
246. Torres Morales de Ferreyros, Sylvia A. "Cuestiones Éticas sobre la Eutanasia". Asesor.com. <http://www.asesor.com.pe/teleley/Articulos/articulo-eutanasia.htm>
247. Turasco Michel, M. "Tendencias y corrientes filosóficas en Bioética, Medicina y Ética". Encolombia.com Vol.3;1994,p. 335.
http://www.encolombia.com/reuma6199_problema/6.htm.
248. Tvghendhat, Ernesto. "El problema de la Eutanasia". Instituto de Filosofía.
<http://cci.udea.co/~wwwfil/filosofia/revist12.html>
249. Vega Gutiérrez, J ; Martínez Baza, P. "Eutanasia y Deontología". Vidahumana.org.
<http://www.vidahumana.org/vidafam/eutanasia/deontologia.html>
250. Velasco, Félix. "El Management en la gestión de las organizaciones al servicio del progreso humano". Grupo ODE.
http://www.ode.es/consultoria/articulos_revistas/management_gestion_OSPH_0401.html

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GLOSARIO

Actitud ética.- Disposición de la persona al deber ser, la moral y las obligaciones del ser humano.

Anomia.- Estado de ánimo del individuo cuyas raíces morales se han roto, que no tiene ningún sentido de continuidad, de grupo, de obligación. No hay lazos que permiten la cohesión social del individuo. Características de desintegración y desestructuración social en relación a las conductas normativas que se hacen necesarias en el grupo humano.

Autonomía.- Es el espacio desde el que la persona es capaz de decidir y elegir por sí misma, es decir, de poseer y hacer un uso efectivo de la libertad.

Beneficencia.- Virtud de hacer el bien.

Coefficiente de determinación (R^2).- Medida de la proporción de la varianza de la variable criterio sobre su media, que es explicada por las variables independientes o predictor. El coeficiente puede variar entre 0 y 1. Si el modelo de regresión es estimado y aplicado apropiadamente, el investigador puede asumir que cuanto mayor sea el valor de R^2 , mayor será el poder explicativo de la ecuación de regresión y por tanto mejor la predicción de las variables criterio.

Comité de Ética Hospitalario.- Grupo de ciudadanos o profesionales con conocimientos de Filosofía, Derecho, Medicina, Ética y Religión que se ocupan de resolver problemas éticos mínimos o trascendentes que suceden en el hospital.

Constructo.- Concepto que el investigador puede definir en términos conceptuales pero que no puede ser directamente medido (es decir, el encuestado no puede articular una respuesta única que proporcionaría total y perfectamente una medida del concepto) o medido sin error. Los constructos son las bases para formar relaciones causales, en la medida en que son las representaciones más puras posibles de un concepto. Un constructo puede definirse con diversos grados de precisión, que van desde los conceptos más simples, tales como renta familiar, a los más complejos y abstractos, como la inteligencia y las emociones.

Constructo latente.- Operacionalización de un constructo en un modelo de Ecuaciones Estructurales.

Correlación policórica.- Medida de asociación empleada como sustituto de las correlaciones producto-momento cuando ambas variables sean ordinales con tres o más categorías.

Cuidados paliativos.- Cuidados médicos y humanos para disminuir el sufrimiento en el enfermo terminal o para que este tenga muerte digna.

Deontología.- Ciencia o tratado de los deberes.

Derechos Humanos.- Valores socialmente reconocidos como dignos de respeto para todos los hombres. Son principios indubitables.

Disvalores.- Son aquellos fines que limitan y desvían el proceso perfectible en la naturaleza humana. Pueden ser por exceso o por carencia en el ejercicio humano.

Educación.- Es la acción que permite a un ser humano desarrolle sus aptitudes físicas e intelectuales, al igual que sus sentimientos sociales, estéticos y morales teniendo como meta el realizar lo mejor posible su función de persona; educación es también el resultado de esta acción.

Estimación de Máxima Verosimilitud.- Método de estimación habitualmente empleado en modelo de Ecuaciones Estructurales. Es un método alternativo a los mínimos cuadrados ordinarios que mejora iterativamente los parámetros estudiados para minimizar una función de ajuste especificada.

Ética.- Ciencia que estudia los actos humanos desde la perspectiva de lo bueno y lo malo. Se encuentra ubicada conceptualmente en el plano del Derecho (el deber ser). También orienta la conducta del individuo hacia un estado final cualitativo que lo constituye el deber ser. Esta ciencia se caracteriza por ser fundamentadora, prescriptiva, crítica, propositiva en función de la acción humana.

Eutanasia.- Acción u omisión que permite, acelera o provoca la muerte de un paciente terminal.

Honestidad.- Cualidad de la persona al tener una firme seguridad y congruencia entre lo que piensa, dice y hace.

Indicador.- Valor observado (variable manifiesta) utilizada como medida de un concepto o constructo latente que no puede ser medido directamente.

Justicia.- Virtud cardinal que inclina a dar a cada uno lo que le corresponde o pertenece.

Libertad.- Conquista de la capacidad de la propia autodeterminación por parte del hombre, a pesar de la fuerza de los condicionamientos.

Medicina Crítica.- Especialidad de la Medicina que se encarga de la atención del paciente grave o complicado con una o varias enfermedades, para ayudarlo a sobrevivir.

Medida de Ajuste Absoluto.- Son las medidas de conjunto de calidad de ajuste tanto para los modelos de medida como para los estructurales.

Medida de Ajuste Incremental.- Medida de la calidad del ajuste que compara el modelo, con un modelo nulo concreto para determinar los grados de mejora sobre el modelo nulo.

Medida de Ajuste de Parsimonia.- Medida de calidad de ajuste conjunta que representa el grado de ajuste del modelo por coeficiente estimado. Intenta corregir cualquier "sobreajuste" del modelo y evalúa la parsimonia del modelo comparado con la calidad de ajuste.

Modelo de Ecuaciones Estructurales.- Técnicas multivariantes que combinan aspectos de la regresión múltiple(examinando relaciones de dependencia) y análisis de factor(que representan conceptos inmedibles, factores con variables múltiples)para estimar una serie de relaciones de dependencia interrelacionadas simultáneamente.

Moral.- Parte de la Ética, inmersa en los actos cotidianos del hombre y su entorno. Se encuentra conceptualmente en el plano del hecho, es decir, lo que se presenta en la realidad tal como es.

No Maleficencia.- Hábito de evitar el mal.

Normas.- Reglas de comportamiento; tras su adquisición solemos aceptarlas o mantenernos indiferentes hacia ellas. Son flexibles y se adaptan a las necesidades humanas.

Ombudsman de salud.- Ciudadano que no depende del sector sanitario, esta ligado al Derecho y ejerce la defensa de los usuarios de los sistemas de salud; se encarga de las denuncias de los pacientes procurando solucionar los problemas.

Ontología.- Ciencia del ser en cuanto ser. Estudia la naturaleza, esencia y existencia de todo cuanto existe.

Paciente crítico.- Paciente grave, en el que su vida corre peligro y dependiendo de la reserva orgánica que tiene y los recursos de alta especialidad, es posible se recupere.

Paciente terminal.- Es aquel paciente con una o varias enfermedades que son irreversibles y no hay posibilidad que se recupere.

Parsimonia.- Grado en que un modelo logra la calidad del ajuste para cada coeficiente estimado.

Persona.- Sustancia individual de naturaleza racional. Totalidad de todos los actos y estados del hombre, en cuanto unidad: El hombre considerado como sujeto bio-psico-social-espiritual.

Respeto.- Darse un trato considerado en reconocimiento a la valía de una persona. Actitud de no violar las leyes, reglas y derechos humanos.

Tanatología.- Ciencia que se encarga del estudio de la muerte.

Unidad de Cuidados Intensivos(UCI).- Área de especialización médica para la atención del paciente grave, cuya característica es la recuperabilidad del mismo.

Utilitarismo.- Moral que defiende a los actos buenos como aquéllos que provocan placer, felicidad y bienestar. Un acto será tanto mas bueno cuanto mas intenso, duradero y extenso sea el bienestar que produce.

Valor moral.- Categoría moral de un acto. Grado moral de un comportamiento, considerando los efectos que provoca o considerándolo en sí mismo.

Valor de la persona.- Capacidades fisiológicas, emocionales, intelectuales, espirituales; capacidad para autodeterminarse autónomamente y responsabilidad moral.

Virtud.- Es un hábito bueno.

Voluntad.- Capacidad que tiene el hombre de ordenar y orientar su propia conducta.

ANEXOS

CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO MÉDICOS. DIMENSIÓN DE COMPROMISO ÉTICO
IMPUTACIÓN DE VARIABLES

NÚMERO DE VALORES EXTRAÍDOS POR VARIABLE

ÍTEM 14	ÍTEM 15	ÍTEM 3	ÍTEM 1	ÍTEM 11
2	0	0	0	0

DISTRIBUCIÓN DE VALORES EXTRAÍDOS

Número de Valores Extraídos 0 1
Número de Casos 19 2

	ÍTEM 14	ÍTEM 15	ÍTEM 3	ÍTEM 1	ÍTEM 11
ÍTEM 14	19				
ÍTEM 15	19	21			
ÍTEM 3	19	21	21		
ÍTEM 1	19	21	21	21	
ÍTEM 11	19	21	21	21	21

Porcentaje de Valores Extraídos

	ÍTEM 14	ÍTEM 15	ÍTEM 3	ÍTEM 1	ÍTEM 11
ÍTEM 14	9.52				
ÍTEM 15	9.52	0.00			
ÍTEM 3	9.52	0.00	0.00		
ÍTEM 1	9.52	0.00	0.00	0.00	
ÍTEM 11	9.52	0.00	0.00	0.00	0.00

CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO MÉDICOS. DIMENSIÓN DE COMPROMISO ÉTICO
PARÁMETROS MARGINALES UNIVARIANTES

Parámetros marginales univariantes

Variable	Media	Desv.Est.	Umbráles		
ÍTEM 14	0.000	1.000	-1.620	-0.336	0.805
ÍTEM 15	0.000	1.000	-0.876		
ÍTEM 3	0.000	1.000	0.060		
ÍTEM 1	0.000	1.000	0.180		
ÍTEM 11	0.000	1.000	-1.068	0.060	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO MÉDICOS. DIMENSIÓN DE COMPROMISO AXIOLÓGICO
IMPUTACIÓN DE VARIABLES**

NÚMERO DE VALORES EXTRAÍDOS POR VARIABLE

ÍTEM 8	ÍTEM 2	ÍTEM 12	ÍTEM 5	ÍTEM 9
0	0	0	1	0

DISTRIBUCIÓN DE VALORES EXTRAÍDOS

Número de Valores Extraídos 0 1
Número de Casos 20 1

	ÍTEM 8	ÍTEM 2	ÍTEM 12	ÍTEM 5	ÍTEM 9
ÍTEM 8	21				
ÍTEM 2	21	21			
ÍTEM 12	21	21	21		
ÍTEM 5	20	20	20	20	
ÍTEM 9	21	21	21	20	21

Porcentaje de valores extraídos

	ÍTEM 8	ÍTEM 2	ÍTEM 12	ÍTEM 5	ÍTEM 9
ÍTEM 8	0.00				
ÍTEM 2	0.00	0.00			
ÍTEM 12	0.00	0.00	0.00		
ÍTEM 5	4.76	4.76	4.76	4.76	
ÍTEM 9	0.00	0.00	0.00	4.76	0.00

**CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO MÉDICOS. DIMENSIÓN DE COMPROMISO AXIOLÓGICO
PARÁMETROS MARGINALES UNIVARIANTES**

Parámetros marginales univariantes

Variable	Media	Dev. Est	Umbrales	
ÍTEM 8	0.000	1.000	-1.668	0.060
ÍTEM 2	0.000	1.000	-1.309	-0.180
ÍTEM 12	0.000	1.000	-1.668	-0.060
ÍTEM 5	0.000	1.000	-1.645	0.524
ÍTEM 9	0.000	1.000	-0.180	

**CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO MÉDICOS. DIMENSIÓN DE COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL SERVICIO
IMPUTACIÓN DE VARIABLES**

NÚMERO DE VALORES EXTRAÍDOS POR VARIABLE

ÍTEM 6	ÍTEM 4	ÍTEM 10	ÍTEM 7	ÍTEM 13
0	0	1	2	0

DISTRIBUCIÓN DE VALORES EXTRAÍDOS

Número de Valores Extraídos 0 1
Número de casos 18 3

	ÍTEM 6	ÍTEM 4	ÍTEM 10	ÍTEM 7	ÍTEM 13
ÍTEM 6	21				
ÍTEM 4	21	21			
ÍTEM 10	20	20	20		
ÍTEM 7	19	19	18	19	
ÍTEM 13	21	21	20	19	21

Porcentale de Valores Extraídos

	ÍTEM 6	ÍTEM 4	ÍTEM 10	ÍTEM 7	ÍTEM 13
ÍTEM 6	0.00				
ÍTEM 4	0.00	0.00			
ÍTEM 10	4.76	4.76	4.76		
ÍTEM 7	9.52	9.52	14.29	9.52	
ÍTEM 13	0.00	0.00	4.76	9.52	0.00

**CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO MÉDICOS. DIMENSIÓN DE COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL SERVICIO
PARÁMETROS MARGINALES UNIVARIANTES**

Parámetros Marginales Univariantes

Variable	Media	Dev.Est.	Umbrales	
ÍTEM 6	0.000	1.000	-0.180	
ÍTEM 4	0.000	1.000	-1.668	-0.180
ÍTEM 10	0.000	1.000	-1.645	0.253
ÍTEM 7	0.000	1.000	-1.252	0.634
ÍTEM 13	0.000	1.000	-1.668	0.060

**CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO MÉDICOS. DIMENSIÓN DE COMPROMISO ÉTICO
IMPUTACIÓN DE VARIABLES**

NÚMERO DE VALORES EXTRAÍDOS POR VARIABLE

ÍTEM 1	ÍTEM 2	ÍTEM 3	ÍTEM 5	ÍTEM 6	ÍTEM 7	ÍTEM 9	ÍTEM 12
1	2	3	0	1	1	1	1

NÚMERO DE VALORES EXTRAÍDOS POR VARIABLE

ÍTEM 13	ÍTEM 14
2	1

DISTRIBUCIÓN DE VALORES EXTRAÍDOS

Número de Valores Extraídos 0 1 2
 Número de casos 12 7 3

	ÍTEM 1	ÍTEM 2	ÍTEM 3	ÍTEM 5	ÍTEM 6	ÍTEM 7
ÍTEM 1	21					
ÍTEM 2	20	21				
ÍTEM 3	19	19	20			
ÍTEM 5	18	18	17	19		
ÍTEM 6	21	21	20	19	22	
ÍTEM 7	21	20	19	18	21	21
ÍTEM 9	20	20	19	18	21	20
ÍTEM 12	20	20	19	18	21	20
ÍTEM 13	19	20	18	17	20	19
ÍTEM 14	20	20	19	18	21	20

	ÍTEM 9	ÍTEM 12	ÍTEM 13	ÍTEM 14
ÍTEM 9	21			
ÍTEM 12	20	21		
ÍTEM 13	19	19	20	
ÍTEM 14	20	20	20	21

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Porcentaje de Valores Extraídos

	ÍTEM 1	ÍTEM 2	ÍTEM 3	ÍTEM 5	ÍTEM 6	ÍTEM 7
ÍTEM 1	4.55					
ÍTEM 2	9.09	4.55				
ÍTEM 3	13.64	13.64	9.09			
ÍTEM 5	18.18	18.18	22.73	13.64		
ÍTEM 6	4.55	4.55	9.09	13.64	0.00	
ÍTEM 7	4.55	9.09	13.64	18.18	4.55	4.55
ÍTEM 9	9.09	9.09	13.64	18.18	4.55	9.09
ÍTEM 12	9.09	9.09	13.64	18.18	4.55	9.09
ÍTEM 13	13.64	9.09	18.18	22.73	9.09	13.64
ÍTEM 14	9.09	9.09	13.64	18.18	4.55	9.09

	ÍTEM 9	ÍTEM 12	ÍTEM 13	ÍTEM 14
ÍTEM 9	4.55			
ÍTEM 12	9.09	4.55		
ÍTEM 13	13.64	13.64	9.09	
ÍTEM 14	9.09	9.09	9.09	4.55

CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO MÉDICOS. DIMENSIÓN DE COMPROMISO ÉTICO
PARÁMETROS MARGINALES UNIVARIANTES

Parámetros Marginales Univariantes

Variable	Media	Desv.Est.	Umbrales		
ÍTEM 1	0.000	1.000	0.060	0.876	
ÍTEM 2	0.000	1.000	-0.712	0.712	1.668
ÍTEM 3	0.000	1.000	-0.253	1.036	
ÍTEM 5	0.000	1.000	-0.634	0.336	1.620
ÍTEM 6	0.000	1.000	-0.230	1.097	1.691
ÍTEM 7	0.000	1.000	-0.060	0.876	1.668
ÍTEM 9	0.000	1.000	-0.876	0.180	0.566
ÍTEM 12	0.000	1.000	-0.566	0.303	1.309
ÍTEM 13	0.000	1.000	-0.253	1.036	
ÍTEM 14	0.000	1.000	-0.431	1.068	1.668

**CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO MÉDICOS. DIMENSIÓN DE COMPROMISO AXIOLÓGICO
IMPUTACIÓN DE VARIABLES**

NÚMERO DE VALORES EXTRAÍDOS POR VARIABLE

ÍTEM4	ÍTEM10	ÍTEM11	ÍTEM20	ÍTEM21	ÍTEM22
4	0	0	0	0	0

DISTRIBUCIÓN DE VALORES EXTRAÍDOS

Número de Valores Extraídos 0 1
Número de Casos 18 4

	ÍTEM 4	ÍTEM 10	ÍTEM 11	ÍTEM 20	ÍTEM 21	ÍTEM 22
ÍTEM 4	18					
ÍTEM 10	18	22				
ÍTEM 11	18	22	22			
ÍTEM 20	18	22	22	22		
ÍTEM 21	18	22	22	22	22	
ÍTEM 22	18	22	22	22	22	22

Porcentaje de valores extraídos

	ÍTEM 4	ÍTEM 10	ÍTEM 11	ÍTEM 20	ÍTEM 21	ÍTEM 22
ÍTEM 4	18.18					
ÍTEM 10	18.18	0.00				
ÍTEM 11	18.18	0.00	0.00			
ÍTEM 20	18.18	0.00	0.00	0.00		
ÍTEM 21	18.18	0.00	0.00	0.00	0.00	
ÍTEM 22	18.18	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

**CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO MÉDICOS. DIMENSIÓN DE COMPROMISO AXIOLÓGICO
PARÁMETROS MARGINALES UNIVARIANTES**

Parámetros marginales univariantes

Variable	Media	Desv. Est.	Umbrates		
ÍTEM 4	0.000	1.000	-0.282	0.282	1.593
ÍTEM 10	0.000	1.000	0.473		
ÍTEM 11	0.000	1.000	-0.114	1.097	
ÍTEM 20	0.000	1.000	1.691		
ÍTEM 21	0.000	1.000	0.908		
ÍTEM 22	0.000	1.000	-0.230	0.748	1.097

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO MÉDICOS. DIMENSIÓN DE COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL SERVICIO
IMPUTACIÓN DE VARIABLES**

NÚMERO DE VALORES EXTRAÍDOS POR VARIABLE

ÍTEM15	ÍTEM16	ÍTEM17	ÍTEM18	ÍTEM19	ÍTEM23
1	4	1	2	0	0

DISTRIBUCIÓN DE VALORES EXTRAÍDOS

Número de valores extraídos 0 1 2
 Número de casos 15 6 1

	ÍTEM 15	ÍTEM 16	ÍTEM 17	ÍTEM 18	ÍTEM 19	ÍTEM 23
ÍTEM 15	21					
ÍTEM 16	17	18				
ÍTEM 17	20	18	21			
ÍTEM 18	19	16	19	20		
ÍTEM 19	21	18	21	20	22	
ÍTEM 23	21	18	21	20	22	22

Porcentaje de valores extraídos

	ÍTEM 15	ÍTEM 16	ÍTEM 17	ÍTEM 18	ÍTEM 19	ÍTEM 23
ÍTEM 15	4.55					
ÍTEM 16	22.73	18.18				
ÍTEM 17	9.09	18.18	4.55			
ÍTEM 18	13.64	27.27	13.64	9.09		
ÍTEM 19	4.55	18.18	4.55	9.09	0.00	
ÍTEM 23	4.55	18.18	4.55	9.09	0.00	0.00

**CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO MÉDICOS. DIMENSIÓN DE COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL SERVICIO
PARÁMETROS MARGINALES UNIVARIANTES**

Parámetros marginales univariantes

Variable	Media	Desv.Est.	Umbrales		
ÍTEM 15	0.000	1.000	0.712	1.668	
ÍTEM 16	0.000	1.000	-0.140	0.431	1.221
ÍTEM 17	0.000	1.000	0.431	1.068	1.668
ÍTEM 18	0.000	1.000	1.036		
ÍTEM 19	0.000	1.000	0.114	1.691	
ÍTEM 23	0.000	1.000	-0.908	0.230	

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO FAMILIARES. DIMENSIÓN DE COMPROMISO ÉTICO
IMPUTACIÓN DE VARIABLES**

NÚMERO DE VALORES EXTRAÍDOS POR VARIABLE

ÍTEM 2	ÍTEM 15	ÍTEM 5	ÍTEM 1	ÍTEM 11
3	2	1	0	3

DISTRIBUCIÓN DE VALORES EXTRAÍDOS

Número de valores extraídos 0 1
Número de casos 62 9

	ÍTEM 2	ÍTEM 15	ÍTEM 5	ÍTEM 1	ÍTEM 11
ÍTEM 2	68				
ÍTEM 15	66	69			
ÍTEM 5	67	68	70		
ÍTEM 1	68	69	70	71	
ÍTEM 11	65	66	67	68	68

Porcentaje de valores extraídos

	ÍTEM 2	ÍTEM 15	ÍTEM 5	ÍTEM 1	ÍTEM 11
ÍTEM 2	4.23				
ÍTEM 15	7.04	2.82			
ÍTEM 5	5.63	4.23	1.41		
ÍTEM 1	4.23	2.82	1.41	0.00	
ÍTEM 11	8.45	7.04	5.63	4.23	4.23

**CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO FAMILIARES. DIMENSIÓN DE COMPROMISO ÉTICO
PARÁMETROS MARGINALES UNIVARIANTES**

Parámetros marginales univariantes

Variable	Media	Desv.Est.	Umbrales		
ÍTEM 2	0.000	1.000	-2.178	-1.450	0.185
ÍTEM 15	0.000	1.000	-1.572	-1.196	-0.018
ÍTEM 5	0.000	1.000	-1.579	-1.204	-0.328
ÍTEM 1	0.000	1.000	-2.195	-1.586	-0.124
ÍTEM 11	0.000	1.000	-2.178	-1.049	0.261

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO FAMILIARES. DIMENSIÓN DE COMPROMISO AXIOLÓGICO
IMPUTACIÓN DE VARIABLES**

NÚMERO DE VALORES EXTRAÍDOS POR VARIABLE

ÍTEM 9	ÍTEM 3	ÍTEM 12	ÍTEM 14	ÍTEM 10
0	1	1	2	2

DISTRIBUCIÓN DE VALORES EXTRAÍDOS

Número de valores extraídos 0 1

Número de casos 65 6

	ÍTEM 9	ÍTEM 3	ÍTEM 12	ÍTEM 14	ÍTEM 10
ÍTEM 9	71				
ÍTEM 3	70	70			
ÍTEM 12	70	69	70		
ÍTEM 14	69	68	68	69	
ÍTEM 10	69	68	68	67	69

Porcentaje de valores extraídos

	ÍTEM 9	ÍTEM 3	ÍTEM 12	ÍTEM 14	ÍTEM 10
ÍTEM 9	0.00				
ÍTEM 3	1.41	1.41			
ÍTEM 12	1.41	2.82	1.41		
ÍTEM 14	2.82	4.23	4.23	2.82	
ÍTEM 10	2.82	4.23	4.23	5.63	2.82

**CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO FAMILIARES. DIMENSIÓN DE COMPROMISO AXIOLÓGICO
PARÁMETROS MARGINALES UNIVARIANTES**

Parámetros marginales univariantes

Variable	Media	Dev. Est.	Umbrales		
ÍTEM 9	0.000	1.000	-1.586	-0.852	0.496
ÍTEM 3	0.000	1.000	-1.902	-0.180	
ÍTEM 12	0.000	1.000	-1.902	-1.368	0.180
ÍTEM 14	0.000	1.000	-2.184	-1.896	-0.018
ÍTEM 10	0.000	1.000	-1.896	-1.360	0.127

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO FAMILIARES. DIMENSIÓN DE COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL
SERVICIO
IMPUTACIÓN DE VARIABLES**

NÚMERO DE VALORES EXTRAÍDOS POR VARIABLE

ITEM 4	ITEM 7	ITEM 6	ITEM 8	ITEM 13
1	1	3	2	3

DISTRIBUCIÓN DE VALORES EXTRAÍDOS

Número de valores extraídos	0	1	2
Número de casos	62	8	1

	ITEM 4	ITEM 7	ITEM 6	ITEM 8	ITEM 13
ITEM 4	70				
ITEM 7	69	70			
ITEM 6	67	67	68		
ITEM 8	68	68	66	69	
ITEM 13	68	67	65	66	68

Porcentaje de valores extraídos

	ITEM 4	ITEM 7	ITEM 6	ITEM 8	ITEM 13
ITEM 4	1.41				
ITEM 7	2.82	1.41			
ITEM 6	5.63	5.63	4.23		
ITEM 8	4.23	4.23	7.04	2.82	
ITEM 13	4.23	5.63	8.45	7.04	4.23

**CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN CONCEPTUAL
GRUPO FAMILIARES. DIMENSIÓN DE COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL
SERVICIO
PARÁMETROS MARGINALES UNIVARIANTES**

Parámetros marginales univariantes

Variable	Media	Desv. Est.	Umbrales		
ITEM4	0.000	1.000	-1.902	-1.204	0.000
ITEM7	0.000	1.000	-2.189	-0.217	
ITEM6	0.000	1.000	-1.352	-0.417	0.929
ITEM8	0.000	1.000	-2.184	-1.712	0.055
ITEM13	0.000	1.000	-2.178	-1.890	-0.223

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO FAMILIARES. DIMENSIÓN DE COMPROMISO ÉTICO
IMPUTACIÓN DE VARIABLES**

NÚMERO DE VALORES EXTRAÍDOS POR VARIABLE

ÍTEM 1	ÍTEM 3	ÍTEM 6	ÍTEM 7	ÍTEM 11	ÍTEM 16	ÍTEM 17	ÍTEM 20
3	1	1	4	6	3	4	3

DISTRIBUCIÓN DE VALORES EXTRAÍDOS

Número de valores extraídos	0	1	2	3	4
Número de casos	59	15	3	0	1

	ÍTEM 1	ÍTEM 3	ÍTEM 6	ÍTEM 7	ÍTEM 11	ÍTEM 16
ÍTEM 1	75					
ÍTEM 3	74	77				
ÍTEM 6	74	76	77			
ÍTEM 7	71	73	73	74		
ÍTEM 11	69	71	71	69	72	
ÍTEM 16	72	74	74	71	70	75
ÍTEM 17	71	73	73	71	69	72
ÍTEM 20	73	74	74	71	70	73

	ÍTEM 17	ÍTEM 20
ÍTEM 17	74	
ÍTEM 20	72	75

Porcentaje de valores extraídos

	ÍTEM1	ÍTEM 3	ÍTEM 6	ÍTEM7	ÍTEM11	ÍTEM16
ÍTEM 1	3.85					
ÍTEM 3	5.13	1.28				
ÍTEM 6	5.13	2.56	1.28			
ÍTEM 7	8.97	6.41	6.41	5.13		
ÍTEM 11	11.54	8.97	8.97	11.54	7.69	
ÍTEM 16	7.69	5.13	5.13	8.97	10.26	3.85
ÍTEM 17	8.97	6.41	6.41	8.97	11.54	7.69
ÍTEM 20	6.41	5.13	5.13	8.97	10.26	6.41

	ÍTEM 17	ÍTEM 20
ÍTEM 17	5.13	
ÍTEM 20	7.69	3.85

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO FAMILIARES. DIMENSIÓN DE COMPROMISO ÉTICO
PARÁMETROS MARGINALES UNIVARIANTES**

Parámetros marginales univariantes

Variable	Media	Desv.Est.	Umbrales		
ITEM 1	0.000	1.000	-0.017	0.583	1.321
ITEM 3	0.000	1.000	-1.763	-1.419	-0.384
ITEM 6	0.000	1.000	-1.626	-1.260	0.016
ITEM 7	0.000	1.000	-1.167	-0.785	0.205
ITEM 11	0.000	1.000	-0.765	0.070	0.862
ITEM 16	0.000	1.000	-0.323	0.994	1.613
ITEM 17	0.000	1.000	-1.398	-0.740	0.310
ITEM 20	0.000	1.000	-0.750	0.050	0.664

**CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO FAMILIARES. DIMENSIÓN DE COMPROMISO AXIOLÓGICO
IMPUTACIÓN DE VARIABLES**

NÚMERO DE VALORES EXTRAÍDOS POR VARIABLE

ITEM2	ITEM4	ITEM5	ITEM8	ITEM10	ITEM12	ITEM15
0	6	1	10	3	0	3

DISTRIBUCIÓN DE VALORES EXTRAÍDOS

Número de valores extraídos	0	1	2	3	4
Número de casos	61	14	1	1	1

	ITEM 2	ITEM 4	ITEM 5	ITEM 8	ITEM 10	ITEM 12
ITEM 2	78					
ITEM 4	72	72				
ITEM 5	77	72	77			
ITEM 8	68	63	68	68		
ITEM 10	75	70	75	67	75	
ITEM 12	78	72	77	68	75	78
ITEM 15	75	69	74	67	73	75

	ITEM 15
ITEM 15	75

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Porcentaje de valores extraídos

	ÍTEM 2	ÍTEM 4	ÍTEM 5	ÍTEM 8	ÍTEM 10	ÍTEM 12
ÍTEM 2	0.00					
ÍTEM 4	7.69	7.69				
ÍTEM 5	1.28	7.69	1.28			
ÍTEM 8	12.82	19.23	12.82	12.82		
ÍTEM 10	3.85	10.26	3.85	14.10	3.85	
ÍTEM 12	0.00	7.69	1.28	12.82	3.85	0.00
ÍTEM 15	3.85	11.54	5.13	14.10	6.41	3.85

	ÍTEM 15
ÍTEM 15	3.85

**CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO FAMILIARES. DIMENSIÓN DE COMPROMISO AXIOLÓGICO
PARÁMETROS MARGINALES UNIVARIANTES**

Parámetros Marginales Univariantes

Variable	Media	Desv.Est.	Umbrales		
ÍTEM 2	0.000	1.000	-2.232	-1.949	-0.615
ÍTEM 4	0.000	1.000	-0.549	0.210	0.862
ÍTEM 5	0.000	1.000	-0.566	-0.049	0.644
ÍTEM 8	0.000	1.000	-0.821	0.185	0.821
ÍTEM 10	0.000	1.000	-1.321	-0.468	0.323
ÍTEM 12	0.000	1.000	-1.521	-1.426	-0.466
ÍTEM 15	0.000	1.000	-0.842	0.084	0.842

FALLA DE ORIGEN

**CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO FAMILIARES. DIMENSIÓN DE COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL
SERVICIO
IMPUTACIÓN DE VARIABLES**

NÚMERO DE VALORES EXTRAÍDOS POR VARIABLE

ÍTEM9	ÍTEM13	ÍTEM14	ÍTEM18	ÍTEM19
1	6	6	9	5

DISTRIBUCIÓN DE VALORES EXTRAÍDOS

Número de valores extraídos	0	1	2	3	4	5
Número de casos	60	13	3	1	0	1

	ÍTEM 9	ÍTEM 13	ÍTEM 14	ÍTEM 18	ÍTEM 19
ÍTEM 9	77				
ÍTEM 13	72	72			
ÍTEM 14	72	70	72		
ÍTEM 18	69	66	65	69	
ÍTEM 19	73	68	68	65	73

Porcentaje de valores extraídos

	ÍTEM 9	ÍTEM 13	ÍTEM 14	ÍTEM 18	ÍTEM 19
ÍTEM 9	1.28				
ÍTEM 13	7.69	7.69			
ÍTEM 14	7.69	10.26	7.69		
ÍTEM 18	11.54	15.38	16.67	11.54	
ÍTEM 19	6.41	12.82	12.82	16.67	6.41

**CUESTIONARIO DE PROYECCIÓN PRÁCTICA
GRUPO FAMILIARES. DIMENSIÓN DE COMPROMISO CON LA CALIDAD DEL
SERVICIO
PARÁMETROS MARGINALES UNIVARIANTES**

Parámetros marginales univariantes

Variable	Media	Desv.Est.	Umbral		
ÍTEM 9	0.000	1.000	-1.260	-0.959	-0.016
ÍTEM 13	0.000	1.000	-0.589	0.393	1.025
ÍTEM 14	0.000	1.000	-0.674	0.140	1.025
ÍTEM 18	0.000	1.000	-0.055	0.939	1.572
ÍTEM 19	0.000	1.000	-0.601	1.034	1.229

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**Programa de Posgrado en Ciencias de la
Administración**

Oficio: PPCA/EG/2003

Asunto: Envío oficio de nombramiento de jurado de Maestría.

Coordinación

Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez
Director General de Administración Escolar
de esta Universidad
Presente.

At'n.: Biol. Francisco Javier Incera Ugalde
Jefe de la Unidad de Administración del Posgrado

Me permito hacer de su conocimiento, que la alumna **Guadalupe Ruíz Pérez** presentará Examen de Grado dentro del Plan de Maestría en Administración (Sistemas de Salud), toda vez que ha concluido el Plan de Estudios respectivo y su tesis, por lo que el Comité Académico del Programa de Posgrado, tuvo a bien designar el siguiente jurado:

E. en N. Jorge Ruíz de Esparza	Presidente
M. A. H. Carlos Martínez Gutiérrez	Vocal
Dr. Luis Berruecos Villalobos	Secretario
E. en R. Ramón Echenique Portillo	Suplente
M.A. Jesús Octavio Muñoz Jiménez	Suplente

Por su atención le doy las gracias y aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"Por mi raza hablará el espíritu"

Ciudad Universitaria, D.F., 26 de septiembre del 2003.

El Coordinador del Programa

Dr. Ricardo Alfredo Varela Juárez

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN