REVISTA CONAMED

Órgano oficial de difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México.

Volumen: 30 | **Número:** 2 | **Abril - Junio** 2025 | **ISSN:** 2007-932X

Desafíos en Salud: **Atención centrada en la persona, bioética y regulación**

Artículo Original

Diseño de una Vía de Atención Integrada para la atención al parto hospitalario en México

Reporte de Caso

Manejo de los cuidados paliativos en una adolescente con osteosarcoma

Salud
Secretaría de Salud

CONAMED
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

REVISTA CONAMED

Directorio

Dr. David Kershenobich Stalnikowitz
Secretario de Salud

Dirección Editorial

Directora Editorial
Dra. Odet Sarabia González
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Editora en Jefe
Dra. Gabriela Yanet Cortés Moreno
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Coordinadora Editorial
Mtra. Irma Kristel Rosas Díaz
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Asistente Editorial
Lcda. Martha Patricia Hernández Mex
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

REVISTA CONAMED

Editores Asociados

Dr. Patricio Javier Santillán Doherty
Comisión Nacional de Bioética

Dra. Armida Zúñiga Estrada
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)

Dra. Martha Margarita Zapata Tarrés
Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Dr. Luis Armando González Placencia
Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES)

Dr. José Moya Medina
Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

Dr. José Joaquín Mira Solves
Departamento Psicología de la Salud, Calité Investigación

Dra. Yisel Pinillos Patiño
Universidad Simón Bolivar, Colombia

Dr. Rodolfo Cano Jiménez
Miembro del Consejo Consultivo del Colegio de Medicina Interna de México como Ex Presidente

Editores de Sección

Dra. Liliana Hernández Mendoza
Subcomisión Jurídica
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Emilio José García Mayo
Dirección General de Conciliación
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Pablo Moreno Sánchez
Dirección General de Orientación y Gestión
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Dra. Martha Arellano González
Dirección General de Arbitraje
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Dra. Aramara Yasmin Aco Flores
Dirección General de Arbitraje
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Ricardo Landa Reyes
Dirección General de Arbitraje
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Luis Daniel Olvera Martínez
Dirección General de Conciliación
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Lcdo. Jesús Olivares Villa
Dirección General de Arbitraje
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Dra. Tania Janeth González Salinas
Dirección General de Orientación y Gestión
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Eduardo García Muñoz
Dirección General de Conciliación
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Comité Científico - Editorial

Dr. Juan Gabriel Rosales Barrera
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Dr. Sergio Ponce de León Rosales
Instituto Nacional de Ciencias Médicas
y Nutrición Salvador Zubirán

Dr. Francisco Camilo de la Fuente Sandoval
Instituto Nacional de Neurología
Manuel Velasco Suárez

Dra. Dewi Sharon Hernández Montoya
Instituto Nacional de Pediatría

Dr. Osvaldo Miranda Araujo
Instituto Nacional de Perinatología

Dr. José Nicolás Iván Martínez López
Instituto Nacional de Psiquiatría

Mtra. Claudia Solórzano Herrera
Instituto Nacional de Medicina Genómica

Dra. Natalia Sánchez Garrido
Instituto Nacional de Geriatría

Dra. Jennifer Hincapié Sánchez
Programa Universitario de Bioética
Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Sergio López Moreno
Facultad de Medicina
Universidad Autónoma Metropolitana

Dr. Leonardo Limón Camacho
Petroleos Mexicanos PEMEX

Dr. César Humberto Botello Ortiz
Instituto de Seguridad Social del
Estado de México y Municipios

Dra. Laura Cortés Sanabria
Dirección de Calidad y Educación en Salud, S.S.A

Mtra. Sandra Guadalupe Moya Sánchez
Dirección de Enfermería S.S.A México

Dra. Maritza Ramos Ramírez
Instituto Nacional de Cancerología

Dr. Joaquin Alejandro Zúñiga Ramos
Instituto Nacional Enfermedades Respiratorias
Ismael Cosío Villegas (INER)

Dra. Rosana Pelayo Camacho
Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS

Dr. Jesús Reyna Figueroa
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
de los Trabajadores del Estado ISSSTE

Dra. Mariana Cárdenas González
Servicio de Salud
IMSS-BIENESTAR

Tte. Nav. SSN, MCN. Ramón Saavedra Bravo
Secretaría de Marina

Dra. Carmen Margarita Hernández Cárdenas
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
Ismael Cosío Villegas (INER)

Equipo de Producción, Maquetación, Difusión y Editor de Estilo Ortotipográfico

Dr. Agustín Antonio Herrera Fragoso
Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Consejo Estatal de Ciencia y Tecnología
del Estado de Puebla

Mtra. Sonia Adriana Tena Becerra
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Mtra. Brenda Magos Acuña
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Indexación y Visibilidad

· Dialnet · Periódica · Biblat · LATINDEX · IMBIOMED · CUIDEN · BVS · EBSCO · INEHRM · CODAMEDY · Google Académico

REVISTA CONAMED, Vol. 30, Enero-Marzo 2025, es una publicación trimestral editada por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, calle Marina Nacional No. 60, Col. Tacuba, Demarcación Territorial Miguel Hidalgo, C.P. 11410, en la Ciudad de México. Tel. 52 (55) 5420-7000, www.salud.gob.mx. Editora responsable: Dra. Odet Sarabia González, Comisionada Nacional. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2011-103108524200-102, ISSN: 2007-932X, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número, Dra. Gabriela Yanet Cortés Moreno, CONAMED, Av. Marina Nacional 60, piso 14, Col. Tacuba, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11410. Tels. 52 (55) 5420-7000, https://www.gob.mx/conamed, articulos_revista@conamed.gob.mx, fecha de última modifcación, 03 de julio 2025. Los artículos armados son responsabilidad del autor. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. REVISTA CONAMED se publica bajo la política de Acceso Abierto (Open Access) y está disponible bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional, por lo que se permite compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra y hacer derivadas, citando la fuente.

REVISTA CONAMED

• Vol. 30, Núm. 2, Abril-Junio 2025 •

Carta a la Editora

64 **Judicialización de la medicina en México: un llamado a la conciliación y prevención**
Judicialization of medicine in Mexico: a call for reconciliation and prevention
García-Mayo EJ / *Comisión Nacional de Arbitraje Médico*

Artículo Original

66 **Diseño de una Vía de Atención Integrada para la atención al parto hospitalario en México**
Design of an Integrated Care Pathway for hospital-based delivery in Mexico
Saturno-Hernández PJ, Brenes-Monge GA, Yañez-Álvarez I, Santiago-Angelino TM, Poblano-Verástegui O, Díaz-Moreno LA / *Dirección de Calidad de los Sistemas de Salud. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Instituto Nacional de Salud Pública*

Artículos de Revisión

78 **Implicaciones medicolegales de la certificación de especialidades médicas en México**
Medicolegal implications of the certification of medical specialties in Mexico
Olmedo-Canchola VH, Morales-Carmona RO / *Facultad de Medicina de la UNAM*

86 **La falta de regulación jurídica como motivante del turismo reproductivo en México**
The lack of legal regulation as a motivator for reproductive tourism in Mexico
Cruz-Arenas E, De Paz-Duque K / *Departamento de Embriología y Genética, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México*

Reporte de Caso

94 **Manejo de los cuidados paliativos en una adolescente con osteosarcoma**
Palliative care management in an adolescent with osteosarcoma
Robles-Castro J, Trujillo-Minero DE / *Hospital Central Sur de Alta Especialidad, Petróleos Mexicanos*

Artículo de Opinión

99 **Resignificación de la Discapacidad Auditiva: hacia una Sociedad Inclusiva**
Re-signification of Hearing Disability: towards an Inclusive Society
Sánchez-Morales CA, Benítez-Carrillo HC, Corzo-Olivares AL, V, Cuevas-Gutiérrez VY / *Centro de Cirugía Plástica*

REVISTA CONAMED

Carta a la Editora
Vol. 30, Núm. 2, 2025. pp. 64-65
Folio: 018-2025-RC

Judicialización de la medicina en México: un llamado a la conciliación y prevención

Judicialization of medicine in Mexico: a call for reconciliation and prevention

Estimada Editora,

Autor(a) de Correspondencia:
Dr. Emilio José García Mayo
Dirección General de Conciliación (CONAMED)
Av. Marina Nacional No. 40 Piso 14 , Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C.P. 11410
Correo electrónico: emilio.garcia@conamed.gob.mx

Citar como:
García-Mayo EJ. Judicialización de la medicina en México: un llamado a la conciliación y prevención. *Rev CONAMED.* 2025;30(2): 64-65.

Fecha de recepción:
30 de abril 2025
Fecha de aceptación:
20 de mayo 2025

Hace ya algunos años, en mi época como residente, recuerdo a uno de mis maestros decir "la diferencia entre que te manden pacientes y te demanden los pacientes es hablar con los pacientes" No recuerdo bien la circunstancia en la que se dijo la frase, pero sí recuerdo que no tuvo el impacto del que luego me daría cuenta ya que, trabajando en una institución pública en ese momento, la probabilidad de tener algún problema legal era cercana a lo nulo. Sin embargo, en los últimos años y siguiendo un fenómeno generalizado, la práctica médica en México se ha visto afectada (algunos dirían enriquecida) por un fenómeno en crecimiento: La judicialización de la medicina.

Cada vez es más común que los pacientes acudan al sistema judicial para resolver conflictos derivados de la atención en salud, ya sea por problemas reales, mala práctica médica o simples malentendidos. Este fenómeno, como muchos otros no lo podemos categorizar como bueno o malo sino con la proverbial escala de grises. Por un lado, puede estimular el derecho de los pacientes a la justicia y a la reparación del daño, y por el otro podría, como de hecho lo hace, fomentar la medicina defensiva. Este tipo de medicina es en la que el médico temiendo una posible demanda, pide estudios no necesariamente justificados para cubrirse ante posibles problemas lo cual repercute en la calidad y los costos de la atención médica.

Un estudio publicado en *Salud Pública de México* señala que el temor a ser demandado ha inducido a médicos a modificar su comportamiento clínico, solicitando estudios innecesarios o evitando procedimientos de riesgo, aun si son los más adecuados (Ruelas Barajas et al., 2017).

Según datos de la CONAMED, entre 2018 y 2024 se registraron 97,976 solicitudes de atención, de las cuales el 5% no pudieron ser solucionadas mediante alguno de los mecanismos de gestión de la CONAMED.

Sin embargo, el creciente número de demandas civiles y penales por posible mala praxis refleja una tendencia que, de no atenderse, podría desestabilizar la relación médico-paciente y promover la medicina defensiva ya mencionada.

Causas y consecuencias de la judicialización

Las razones detrás de esta tendencia son diversas. Entre ellas destacan:

- **Desconfianza en las instituciones,** la cual se ha incrementado a consecuencia de la pandemia que comenzó en 2019 agravada por la falta de comunicación efectiva entre médicos, pacientes y familiares por el aislamiento. Un ejemplo

de lo anterior es que, en 2020, se registró un aumento en el número de quejas admitidas al proceso de arbitraje en CONAMED alcanzando 2,114 casos desde un promedio previo de alrededor de 1600.

- Desinformación, tanto por parte del paciente como del profesional, sobre los derechos y obligaciones de cada uno.
- Falta de seguros de responsabilidad profesional accesibles y obligatorios. Aunque este es un campo en constante crecimiento.
- Poca presencia de sistemas internos de resolución de conflictos en hospitales públicos y privados.

Propuestas para mitigar la judicialización

Se han postulado propuestas para minimizar esta situación como:

1. **Fortalecimiento de los mecanismos de conciliación médica:** Los mecanismos alternativos de solución de controversias que promueven instituciones como la CONAMED han demostrado ser un recurso eficaz para resolver las mismas de forma imparcial, rápida y menos costosa que un juicio y que no son un mecanismo nuevo, sino que han tenido un largo desarrollo desde principios de los años 50s del siglo pasado en los Estados Unidos de América.
2. **Implementación de seguros de responsabilidad médica:** Su existencia no solo protege al profesional, sino que también facilita la reparación económica a los pacientes sin procesos largos.
3. **Educación legal y ética en el currículo médico:** En este aspecto, la formación médica en México, es en la mayoría de los casos deficiente, aunque muchas universidades ya incluyen materias obligatorias al respecto.
4. **Fomento de una cultura de seguridad clínica:** No basta con evitar errores: es necesario aprender de ellos, con protocolos de revisión de casos, comités de ética funcionales y sistemas de reporte anónimos sin represalias. El sistema debe ser capaz de aprender y modificarse en consecuencia.

Es importante destacar que, aunque la medicina ha tenido muchos logros importantes, estos son imperfectos y que, aunque todo lo que se haga sea conforme al conocimiento más avanzado las cosas pueden no salir como uno esperaría. Tanto médicos como pacientes deben estar conscientes de esta situación.

CONCLUSIÓN

La judicialización de la medicina es una llamada de atención. Es posiblemente una de las consecuencias de una relación médico-paciente subóptima, de instituciones que no han fortalecido sus mecanismos internos y de una cultura donde el conflicto prima sobre el diálogo, pero también nos puede llevar a un mejor conocimiento de los pacientes y su entorno lo que puede llevar a una mayor seguridad en la atención médica. México cuenta con instituciones valiosas como la CONAMED para no solo revertir esta tendencia sino analizando sus causas mejorar la calidad de la atención. Apostar por la conciliación, la educación, la transparencia y la corresponsabilidad no solo evitará litigios innecesarios, sino que contribuirá a una medicina más humana y segura para todos.

REFERENCIAS

1. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Informe anual de actividades 2024 [Internet]. Ciudad de México: CONAMED; 2024 [citado 20 may 2025]. Disponible en: https://www.gob.mx/conamed
2. Ruelas Barajas E, et al. Medicina defensiva en el contexto mexicano: percepción de médicos especialistas. Salud Publica Mex. 2017;59(4):459-65
3. Organización Mundial de la Salud. Marco para mejorar la calidad de la atención en los sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2005

Conflicto de intereses:
"El autor declara que no existen conflictos de interés personales, comerciales, financieros ni de otra índole que puedan influir en el contenido, resultados o interpretación del presente artículo".

Financiamiento: Este trabajo no recibió apoyo financiero de ninguna fuente pública, privada ni institucional.

CC BY
OPEN ACCESS

REVISTA CONAMED

Artículo Original
Vol. 30, Núm. 2, 2025. pp. 66-77
Folio: 013-2025-RC

Diseño de una Vía de Atención Integrada para la atención al parto hospitalario en México

Design of an Integrated Care Pathway for hospital-based delivery in Mexico

Saturno-Hernández PJ[1], Brenes-Monge GA[2], Yáñez-Álvarez I[3], Santiago-Angelino TM[4], Poblano-Verástegui O[5], Díaz-Moreno LA[6]

[1] AXA Chair Professor. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
[2] Jefe de departamento en área médica. Dirección de Calidad de los Sistemas de Salud. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos. México.
[3] Investigadora en Ciencias Médicas C. Dirección de Calidad de los Sistemas de Salud. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos. México.
[4] Investigadora en Ciencias Médicas por honorarios. Dirección de Calidad de los Sistemas de Salud. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos. México.
[5] Directora de área. Dirección de Calidad de los Sistemas de Salud. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos. México.
[6] Médico adscrito. Unidad de Control para el Embarazo de Alto Riesgo. Hospital Regional Dr. Rafael Pascacio Gamboa. Servicios Públicos de Salud IMSS-Bienestar. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.

RESUMEN

Introducción.
Objetivo. Describir el proceso de construcción y documentos operativos de una Vía de Atención Integrada (VAI), para la atención hospitalaria durante el parto y puerperio inmediato. **Metodología.** Estudio de desarrollo de intervenciones. La VAI se construyó siguiendo una metodología participativa estructurada. El grupo de trabajo delimitó el proceso de atención, definió el flujograma básico, y consensuó las decisiones clínicas y organizacionales, traducidas luego en la VAI que define responsabilidades y mejores prácticas en secuencia coordinada de actividades. Tras el piloto se produjo la versión definitiva y estrategia de implementación. **Resultados.** Se diseñó la VAI y sus documentos operativos (matriz temporal, hoja de variaciones, hoja de información al paciente, encuesta sobre la atención recibida, indicadores para evaluación). El piloto reveló adopción heterogénea según turnos y profesiones y algunas dificultades para aplicar los documentos operativos. Estos resultados fundamentaron la versión definitiva y la estrategia de implementación, con comunicación personalizada al personal e incorporando los documentos operativos al expediente clínico como documentos oficiales, incrementándose la adopción de la VAI. **Conclusiones.** La construcción y adopción de una VAI participativa para organizar de forma coordinada las actividades orientadas a mejorar la calidad, fue factible en el contexto seleccionado. Las lecciones aprendidas y los documentos generados pueden servir de referencia para otros hospitales.

Palabras clave: calidad de la atención de salud, mejoramiento de la calidad, parto obstétrico, prestación integrada de atención de salud, vías clínicas.

Autor(a) de Correspondencia:
Greivin Alexander Brenes Monge
Jefe de departamento en área médica. Dirección de Calidad de los Sistemas de Salud. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos. México. correo electrónico: alexander.brenes@insp.mx

Citar como:
Saturno-Hernández PJ, Brenes-Monge GA, Yañez-Álvarez I, Santiago-Angelino TM, Poblano-Verástegui O, Díaz-Moreno LA. Diseño de una Vía de Atención Integrada para la atención al parto hospitalario en México. *Rev CONAMED*. 2025;30(2): 66-77.

Fecha de recepción:
06 de mayo de 2025
Fecha de aceptación:
30 de mayo de 2025

ABSTRACT

Introduction.
Objective. To describe the construction process and operational documents of an Integrated Care Pathway (ICP) for hospital care during childbirth and immediate puerperium. **Material and methods.** Intervention development study. The ICP was constructed following a structured participatory methodology. The working group defined the care process, defined the basic flowchart, and agreed on clinical and organizational decisions, which were then translated into the ICP that defines responsibilities and best practices in a coordinated sequence of activities. After the pilot, the final version and implementation strategy were produced. **Results.** The ICP and its operational documents (time matrix, variations sheet, patient information sheet, survey on the care received, indicators for evaluation) were designed. The pilot revealed heterogeneous adoption according to shifts and professions and some difficulties in applying operational documents. These results supported the final version and the implementation strategy, with personalized communication to staff and incorporating the operational documents into the clinical record as official documents, increasing the adoption of the ICP. **Conclusion.** The construction and adoption of a participatory ICP to coordinate activities aimed at improving quality was feasible within the selected context. The lessons learned and the documents generated can serve as a reference for other hospitals.

Keywords: quality of health care, quality improvement, integrated, obstetric delivery, delivery of health care, clinical pathways.

INTRODUCCIÓN

La morbi-mortalidad materna y perinatal representa un problema de salud pública mundial, en países de ingresos medios y bajos, donde diariamente mueren aproximadamente 810 mujeres debido a complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto.[1,2] A nivel global, en 2020 se reportó una tasa de mortalidad perinatal de 18 por 1000 nacidos vivos.[1]

En México, la mortalidad materna en 2022 fue de 30.4 defunciones por 100 mil nacimientos,[3] y la mortalidad perinatal de 8 por 1000 nacidos vivos, con 23,000 muertes fetales registradas.[1,4] Aunque las cifras globales de mortalidad materna y perinatal han disminuido en comparación con el año 2019 (34.2 defunciones por 100 mil nacimientos), persisten desigualdades al interior del país, afectando a Estados como Chiapas, donde existen problemas de acceso a servicios de salud de calidad debido a factores socioeconómicos y barreras geográficas y culturales.[5,6] En 2018, Chiapas registró la tasa de mortalidad materna más alta en el país, 62.3 muertes por cada 100 mil nacidos vivos.[7] Para abordar esta problemática, se necesita implementar estrategias integrales para el acceso a servicios de atención obstétrica y perinatal de calidad, ya que se ha estimado que la mala calidad se asocia al 61% de las muertes neonatales y la mitad de las muertes maternas.[1]

Una de las estrategias para mejorar la calidad con una visión integral y centrada en el paciente, son las Vías de Atención Integrada (VAI), definidas como: "una herramienta de planificación de la calidad que organiza y determina la secuencia y duración de las intervenciones de todo tipo y la coordinación de los departamentos implicados, para un particular tipo de caso o paciente, diseñada para minimizar retrasos y utilización de recursos y maximizar la calidad de la atención en un contexto específico".[8] Las VAI aplican recomendaciones respaldadas por evidencia científica, como las contenidas en las Guías de Práctica Clínica (GPC), teniendo en cuenta las características estructurales del entorno en que se han de aplicar, definiendo cómo organizarse y utilizar los recursos existentes.[9]

En el marco para la mejora continua de calidad, las VAI son útiles para planificar la provisión de los servicios de salud con los estándares esenciales que aumenten la probabilidad de obtener los resultados deseados, considerando las dimensiones de la calidad en la atención: centrada en las personas, efectiva, segura, oportuna, equitativa, integrada, y eficiente.[10,11]

El uso de las VAI, supone un cambio de paradigma al enfocarse a diseñar los mejores procesos posibles, con la participación de los profesionales implicados, que identifican oportunidades de mejora en la práctica clínica y en la forma de actuar de forma coordinada.[8] El enfoque se centra en el paciente y requiere el apoyo explícito de los directivos al implicar generalmente cambios en las prácticas y en las relaciones entre profesionales y

departamentos. Los mejores resultados se obtienen, definiendo las prácticas clínicas y organizacionales necesarias de manera conjunta y contextual.[12]

Las VAI han demostrado su efectividad en diversos países con diferentes niveles de ingresos y sistemas de salud,[13–16] integrándose incluso en las políticas de calidad de sistemas de salud públicos como en Colombia, Reino Unido, Canadá y España.[8] Sin embargo, en México, como en la mayoría de los países Latinoamericanos, es una experiencia innovadora, el conocimiento que existe sobre su construcción y utilización es limitado. Ante esa brecha, el objetivo de este trabajo es mostrar de forma crítica, la experiencia de construcción participativa y estrategia de implementación de una VAI para mejorar la calidad de la atención del parto (vaginal y cesárea), en un Hospital Regional mexicano.

MÉTODOS

Estudio de desarrollo de intervenciones, que permitió registrar de forma sistemática y estructurada el diseño de la intervención y sus componentes, el sustento teórico, la participación de las partes interesadas y los métodos de evaluación.[17,18] El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en México, la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas, la Jurisdicción Sanitaria N° 1 de Tuxtla Gutiérrez y el Hospital General Regional "Rafael Pascacio Gamboa" desarrollaron en conjunto una VAI para la atención del parto vaginal y cesárea; en el marco del proyecto "Diseño e implementación de un modelo de atención y vigilancia epidemiológica para la mejora de los servicios de atención materna y perinatal" (proyecto S0008-2015-3-262075 del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social SS/IMSS/ISSSTE-CONACYT).[19] Este hospital tiene 124 años de servicio, y atiende anualmente más de 11,000 partos, siendo el hospital materno-infantil más grande del Estado.

La construcción de la VAI se realizó de forma estructurada, siguiendo los pasos descritos en la tabla 1, según el modelo contemplado en el manual metodológico de referencia.[8]

1. Elección del proceso a diseñar con la Vía.
2. Conformación del equipo responsable de la elaboración de la Vía.
3. Definición de las características y especificaciones que deberá cumplir la atención al tipo de pacientes atendidos con el proceso seleccionado.
    - Mapeo básico del proceso,
    - Preguntas clave clínicas y organizacionales.
    - Consulta a pacientes (por ejemplo, mediante grupos focales)
4. Revisión de la experiencia local e internacional y revisión bibliográfica de la evidencia en cuanto al manejo de los pacientes seleccionados.
5. Diseño consensuado del primer borrador de la Vía de atención integrada que será sometida a discusión. Incluyendo formatos y documentos principales (matriz temporal, hoja de variaciones, hoja de información para el paciente, encuesta a pacientes).
6. Elaboración de indicadores mediante los cuales será evaluada la Vía.
    - Formatos descriptivos (fichas técnicas) y formatos para la obtención de datos.
    - Piloto de los indicadores (valorar factibilidad de medición, fiabilidad y utilidad)
    - Estudio basal.
7. Realización del estudio piloto para probar la Vía elaborada.
8. Ajuste de la Vía según los resultados de la prueba piloto.
9. Diseño de estrategia de implementación de la Vía.
10. Implementación.
11. Evaluación continua.
12. Mantenimiento.

Tabla 1. Doce pasos a seguir en la construcción e implementación de Vías de Atención Integrada.
Adaptado de: Saturno-Hernández PJ. Cómo lograr la excelencia en la atención sanitaria: Construcción, implementación y evaluación de Vías Clínicas. 2da ed. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2021.

Como primer paso se identificó y delimitó (definición del principio y final) el proceso a diseñar; en este caso la atención del parto (vaginal y cesárea), que comienza con la llegada de la mujer en trabajo de parto al hospital y termina con su egreso. A continuación, se formó el Grupo Elaborador de la VAI (GE-VAI), con representación de los departamentos y profesionales implicados en el proceso de atención especificado, para tomar decisiones, coordinar tareas y monitorear avances. La primera tarea del GE-VAI fue definir las especificaciones generales del proceso, comenzando por el tipo de pacientes atendidos con el proceso seleccionado, y el mapeo o flujograma básico del mismo, definiendo las fases o bloques sucesivos de atención por los que pasaría la mujer. Luego, se siguieron los pasos que conducen al diseño consensuado del primer borrador de la VAI, especificando la secuencia y responsabilidades de las actividades a realizar, los documentos operativos para su implementación, y los indicadores para su evaluación, tanto de la implementación como de su efectividad.

Para probar la comprensión y aplicabilidad de la VAI se realizó un piloto durante 15 días, previa capacitación del personal. Tras el piloto se ajustaron los documentos operativos para crear la versión definitiva de la VAI y se diseñó la estrategia de implementación, atendiendo a los problemas detectados en el piloto. La adopción de la VAI se cuantificó durante el piloto y en dos evaluaciones posteriores con el porcentaje de expedientes que incluyeron los documentos operativos completados. Además, se identificaron las barreras que pudieron afectar el diseño, los productos y el piloto.

A continuación, se describen las características y logros de cada uno de los pasos en la construcción de la VAI. Los dos últimos pasos presentados en la *Tabla 1* (Evaluación continua y Mantenimiento de la VAI), quedan fuera del alcance de este artículo.

RESULTADOS

Elección del proceso a diseñar y mejorar con la VAI.

El objetivo fue mejorar la calidad y estandarizar el proceso de atención al parto (vaginal y cesárea). Se excluyen partos complicados y neonatos patológicos que requieren hospitalización.

Equipo responsable de la elaboración de la VAI.

El GE-VAI integró la participación de todos los servicios involucrados en la atención (Gineco-obstetricia, neonatología, anestesiología, enfermería, trabajo social, administración y estadística y representantes de la Jurisdicción y Secretaría de Salud). El subdirector médico y jefe de ginecobstetricia coordinó al GE-VAI, con el apoyo de la jefa de enfermeras y la supervisora de enfermería como coordinadoras adjuntas. Se contó con el respaldo de la Dirección del hospital. El equipo del INSP ofreció asesoría con visitas mensuales y comunicaciones intermedias.

Límites y mapeo básico del proceso a diseñar.

La VAI inicia con el ingreso de la mujer en trabajo de parto al hospital y finaliza cuando la mujer egresa con su recién nacido (a).

El mapeo básico del proceso de atención se divide en 5 bloques secuenciales, por las que transita la mujer en el hospital (Figura 1). El GE-VAI discutió en cada bloque las decisiones clínicas y organizacionales necesarias para una atención de calidad.

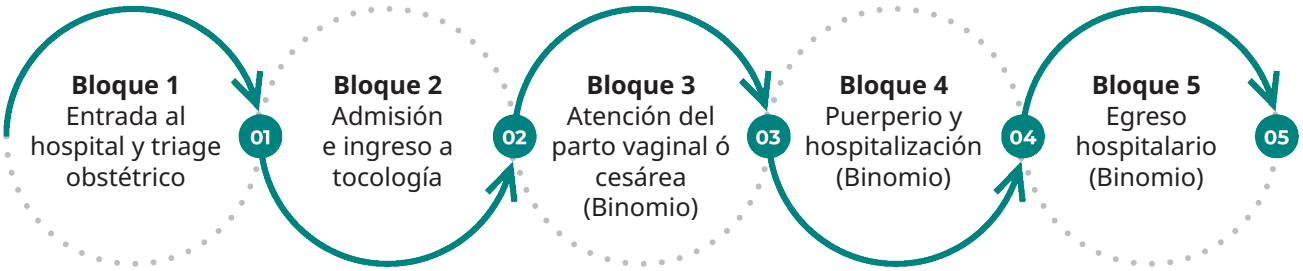

Figura 1. Mapeo básico del proceso de atención del parto vaginal o cesárea.

Preguntas clave clínicas y organizacionales.

Para cada bloque se determinaron las actividades por realizar y la manera de ejecutarlas en coordinación y sin demoras innecesarias. Esta etapa es fundamental en la construcción de la VAI y la que más tiempo tomó. En ella se determinan cuáles son las mejores prácticas, basadas en evidencia, y cuál es la forma concreta de aterrizarlas en el contexto particular del hospital. Para una discusión estructurada, se utilizó una matriz que obliga a indagar en cada bloque del proceso "qué" hay que hacer, "cómo" se hace, "quién" debe hacerlo y "dónde" se hace. La *tabla 2* contiene un ejemplo de matriz de preguntas clínicas y organizacionales, referida al bloque 1 (set completo disponible previa solicitud al autor de correspondencia).

¿Qué debe hacerse?	¿Cuándo debe hacerse?	¿Cómo debe hacerse?	¿Quién debe hacerlo?	¿Dónde debe hacerse?	¿Cuál es la mejora?
Registrar a todas las pacientes que acuden al hospital para parto. Acceder a Triage Obstétrico y registrar su condición de acceso (iniciativa propia o referencia)	En el momento que solicite atención en el área de Triage Obstétrico	A través de la captura en registro manual y electrónico en formato establecido.	Personal de Trabajo Social de los diferentes turnos	Área de Trabajo Social de Triage Obstétrico	Conocer el porcentaje de mujeres que tienen referencia
Solicitar documentación oficial	Al momento del registro	Solicitar y verificar los documentos	Personal de Trabajo Social de los diferentes turnos	Área de Trabajo Social de Triage Obstétrico	
Registro de cifras tensionales y frecuencia cardiaca materna	Al momento de llegar a valoración en urgencias	Tomar y registrar frecuencia cardiaca y cifras tensionales maternas	Personal de Enfermería	Urgencias	
Realizar Triage Obstétrico	Al momento de llegar a valoración en urgencias	Aplicación de formato de Triage Obstétrico	Personal de enfermería	Área de Triage	
Activación del Código Mater	Ante una emergencia Obstétrica	Activación de Timbre (chicharra) y perifoneo	Enfermera de triage identifica Código y notifica a vigilante para activar el timbre. Enfermera administrativa activa perifoneo	Urgencias	
Solicitudes de laboratorio	Al ingreso de la paciente o solicitud adicional	Cumplimentación correcta de la solicitud (todos los rubros)	Elabora: Componente del equipo médico; Autoriza y firma: Médico Adscrito	Área de Urgencias	Porcentaje de solicitudes correctamente requisitadas.
Toma de muestras de laboratorio y rotulación	Inmediatamente tras solicitud de los estudios	Toma de muestras y rotulación correctas	Personal de Enfermería	Urgencias y Tocología	Porcentaje de muestras rechazadas (incorrecta rotulación o manejo)

Traslado de muestras de laboratorio en tiempo	Tras toma y rotulación	Envío en rejilla. Registro en libreta de estudios de laboratorio. Llegada a laboratorio en <60 min.	Médico Interno de Pregrado	Área de urgencias y tocología	Porcentaje de muestras que llegan a laboratorio antes de una hora.
Evaluación Médica en Triage Obstétrico	Tras identificación de cédula de Triage Obstétrico por personal de enfermería.	Dar seguimiento al código establecido por enfermería.	Personal Médico del área de Urgencias (Triage Obstétrico)	Área de Triage Obstétrico	Porcentaje de tiempo de atención según código

Tabla 2. Matriz de preguntas clínicas y organizacionales. Bloque 1: Entrada al hospital y triage obstétrico*
*Set completo disponible previa solicitud al autor de correspondencia.

Revisión de la experiencia local e internacional y revisión bibliográfica de la evidencia en cuanto al manejo clínico de los pacientes.

Para responder a las preguntas clínicas, fue imperativo revisar la literatura científica, incluyendo artículos, GPC, recomendaciones de organizaciones internacionales, así como las Normas Mexicanas. Esto se requirió para resolver discrepancias, respaldar nuevas prácticas y justificar la suspensión de prácticas no respaldadas por evidencia. En definitiva, en respuesta a las preguntas clínicas y organizacionales se acordaron mejoras innovadoras para el hospital respaldadas por evidencia científica. Algunos ejemplos incluyen el uso profiláctico de antibióticos en cesárea, el manejo de componentes sanguíneos, o el contacto piel con piel después del nacimiento, sea vaginal o cesárea. *La tabla 3* describe las principales innovaciones con relación a la práctica habitual del hospital, introducidas por la construcción de la VAI.

Optimización de prácticas correctas, pero mal ejecutadas.	• Profilaxis antibiótica pre-cesárea. • Disminución de la sedación con midazolam en mujeres sometidas a cesárea. • Realización de pruebas pre-transfusionales rápidas para disminuir tiempos de espera en cesáreas.
Implementación de prácticas que eran omitidas o realizadas parcialmente.	• Pinzamiento tardío del cordón umbilical. • Inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora post-parto. • Contacto inmediato piel con piel. • Valoración del niño sano previo egreso hospitalario.
Optimización o eliminación de prácticas más perjudiciales que benéficas.	• Episiotomía realizada sólo con justificación clínica clara. • Eliminación de la maniobra de Kristeller rutinaria.
Optimización en la implementación de prácticas correctas pero desorganizadas.	• Triage al ingreso. • Utilización y llenado adecuado del partograma.

Tabla 3. Principales innovaciones introducidas por la Vía de Atención Integrada.

Diseño consensuado del primer borrador de la vía de atención integrada y sus documentos operativos.

El primer borrador de la VAI y sus documentos operativos: matriz temporal, hoja de variaciones, hoja de información para el paciente y encuesta sobre la experiencia de las usuarias (disponibles previa solicitud al autor de correspondencia), se logró después de un proceso colaborativo de 110 horas de trabajo y 22 reuniones enfocadas en la discusión y el consenso entre los miembros del GE-VAI. Las características de los documentos operativos se describen a continuación.

Matriz temporal (MT):

Formato similar a una lista de verificación que detalla responsabilidades, secuencia temporal y coordinación de las actividades a realizar en el proceso de atención al parto. Se divide en una sección para parto vaginal y otra para cesárea. Esta MT contiene casillas de verificación que se marcan cuando las actividades del proceso se han realizado. En otras VAI se consideran las listas de verificación como documentos aparte (8). La MT es una guía que puede integrarse al expediente clínico de la mujer, pero no debe sustituir el juicio médico. *La Figura 2* contiene como ejemplo una parte de la matriz temporal, correspondiente al Bloque 1.

Instrucciones de utilización: **-Esta hoja deberá ser incorporada al expediente clínico** **-Llenar únicamente aquellas actividades que correspondan a su área de responsabilidad** **Llenar la matriz temporal colocando dentro de los paréntesis únicamente lo siguiente:** **"X": aquellas actividades que fueron realizadas** **"V": cuando exista una variación** **Cesáreas: a partir del momento en que se decide realizar une cesárea, deberá continuar el llenado en el reverso de esta hoja** **Código Rojo o Mater: en este caso marque con una "X" la casilla de código rojo.**	**Nombre de la paciente:**		**Expediente:**
	Fecha: **Hora:** **Turno:**		
	Responsable	**1. Entrada al hospital y triage obstétrico**	
		Triage	**Urgencias**
	Trabajo social	( ) Registra y caracteriza paciente	( ) Trámites administrativos de ingreso
	Administrativos		( ) Busca o apertura número de expediente
	Enfermería	( ) Entrega hoja de infornación a la mujer ( ) Valora y clasifica ( ) Activa código rojo o mater (en su caso) ( ) Registra el riesgo ( ) Toma de muestras y entrega a urgencias ( ) Sin ingreso, da signos de alarma a la mujer	( ) Verifica integración de expediente clínico ( ) Toma de signos vitales y somatometría ( ) Toma de muestras ( ) Preparación para ingreso ( ) Se oferta opción de apeo
	Ginecología y obstetricia	( ) Atiende según código de triage ( ) Valoración clínica ( ) Reclasificación del riesgo (en su caso) ( ) Solicita laboratorios casos necesarios ( ) Clasificación de Robson	( ) Confirma criterios de ingreso ( ) Integra expediente clínico ( ) Apertura partograma ( ) Solicita laboratorios ( ) Integra el E.R.I.O. (en caso necesario
	Neonatología		

Este documento corresponde a un instrumento de apoyo para los profesionales de la salud, el cual no sustituye el criterio médico.
*Matriz Temporal completa disponible previa solicitud al autor de correspondencia.

Figura 2. Matriz Temporal de la Vía Clínica para la atención del parto vaginal. Bloque 1: Entrada al hospital y triage obstétrico.*

Hoja de variaciones:

Registra desviaciones del plan de atención establecido en la VAI. El personal que ha incurrido en la variación anota en qué fase del proceso ocurrió, acciones alternas realizadas y causas de la variación. Las causas están predefinidas y agrupadas para su análisis según cambios en la condición clínica de la paciente, decisiones de la paciente/familiares, acciones del personal o problemas institucionales. El análisis de las variaciones es un elemento fundamental de la evaluación continua de la VAI.

Hoja de información a la mujer y familiares:

Este documento se considera una versión de la MT diseñada para la paciente. Informa gráficamente las actividades secuenciales esperadas, desde su ingreso al hospital hasta el egreso con su recién nacido (a). Cuando se emplea correctamente fomenta la participación de las pacientes.

Encuesta sobre la experiencia con la atención recibida:

Es otro instrumento para la evaluación continua de la VAI. Indaga la calidad percibida e informa de las acciones realizadas por el personal según la perspectiva de la mujer y sus familiares. La elaboración y pilotaje cognitivo de la encuesta, así como algunos aspectos organizacionales de la VAI se basaron en grupos focales con mujeres en puerperio mediato.

Elaboración de indicadores mediante los cuales será evaluada, incluyendo los formatos y documentos para registro y obtención de datos. Piloto de los indicadores y estudio basal.

El GE-VAI propuso inicialmente 17 indicadores, fundamentalmente referidos a actividades innovadoras o problemáticas, que deben ser prácticas estandarizadas con base a la evidencia científica. Se construyeron las fichas técnicas y se pilotaron para comprobar fiabilidad, utilidad y factibilidad de medición. Tras el piloto, se descartaron cuatro: uno por referirse a un problema organizacional solucionado, dos referidos a uso de la clasificación Robson que se fundieron en uno, y otros dos por la poca factibilidad de su medición. La información de indicadores y sus fichas técnicas pueden solicitarse al autor de correspondencia.

Realización del estudio piloto de la VAI.

Previo al piloto, se capacitó a 187 trabajadores del hospital durante cinco días, basándose en los documentos operativos de la VAI. El piloto duró 15 días entre febrero y marzo de 2019. Se distribuyeron documentos operativos y carteles con una matriz temporal de actividades en áreas de atención del hospital por donde la mujer transita, asegurando su visibilidad para todo el personal involucrado. El piloto mostró que hubo diferencias de adopción según turnos, variabilidad en el llenado de los documentos, debido a falta de instrucciones claras, y diferencia también según profesiones (más utilizado por enfermería).

Revisión de la VAI a partir de los resultados de la prueba piloto.

Considerando lo evidenciado en la prueba piloto, se agregaron instrucciones detalladas para estandarizar el uso de los documentos operativos. La versión definitiva de la VAI se relanzó reforzando la comunicación (mediante oficios personalizados) con los profesionales.

Diseño de estrategia de implementación de la VAI y evaluación de su adopción.

Una vez aprobados los ajustes a la VAI se presentó oficialmente la versión definitiva al personal del hospital y a las autoridades de la Secretaría de Salud. Se difundió su importancia, objetivos y alcance para promover su adopción y facilitar su implementación. Como parte central de la estrategia, además del refuerzo en la comunicación y la capacitación ya realizada, los documentos operativos fueron declarados oficiales y se incorporaron al expediente clínico. Adicionalmente, se programó la monitorización del uso de los documentos. En este sentido, se programaron evaluaciones con los mismos indicadores y se analizaron los datos de manera similar al piloto para permitir comparaciones. La primera evaluación (15 julio-15 agosto 2019), incluyó 614 atenciones por parto (402 vaginales y 212 cesáreas); 191 (31%) expedientes contenían documentos operativos de la VAI. Ninguno en el turno nocturno A y jornada acumulada. En el turno matutino hubo más evidencia de implementación (resultados similares al piloto); el uso de la MT en cesárea mejoró y tuvo porcentaje de uso mayor que en parto vaginal. Sin embargo, se consideró que los porcentajes de utilización aún fueron bajos. Para la segunda evaluación (01 septiembre-31 de

octubre 2019), fueron seleccionados aleatoriamente 240 expedientes clínicos de mujeres atendidas por parto vaginal (120) y cesárea (120). En 228 (95%) se utilizaron documentos operativos. El personal de ginecología y obstetricia incrementó la utilización y llenado de la MT, observándose mayor participación del área de enfermería. Durante este periodo cambió la directiva del hospital (noviembre 2019), se presentaron estos resultados, confirmándose el compromiso de seguir con la implementación de la VAI.

Principales innovaciones introducidas por la VAI.

En respuesta a las preguntas clínicas y organizacionales se acordaron innovaciones para el hospital a lo largo del proceso de la VAI, respaldadas por evidencia científica, resumidas en la *Tabla 3*. Se agruparon en cuatro apartados: 1. Optimización de prácticas correctas, pero mal ejecutadas (por ejemplo, la profilaxis antibiótica pre-cesárea, inadecuadamente prolongada con siete días de antibiótico tras el egreso). 2. Implementación de prácticas que eran omitidas o realizadas parcialmente (por ejemplo, pinzamiento tardío del cordón umbilical, o el inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora post-parto). 3. Optimización o eliminación de prácticas más perjudiciales que benéficas (por ejemplo, episiotomía realizada rutinariamente y que sólo debería realizarse con justificación clínica clara, y eliminación de la maniobra de Kristeller. 4. Optimización de la implementación de prácticas correctas pero desorganizadas, como el triage al ingreso y la utilización y llenado adecuado del partograma.

DISCUSIÓN

Las VAI son planes multidisciplinarios estandarizados acordados a nivel local, aunque pueden basarse en VAI directoras diseñadas a nivel estatal o nacional, que hacen operativas las GPC y mejoran la coordinación entre profesionales y departamentos.[20] Su aplicación reduce la variabilidad en la práctica clínica, aumenta la eficiencia y mejora los resultados en salud, a través de la mejora de la calidad de atención.[21] La implementación de VAI en diversos países y contextos ha mostrado resultados satisfactorios. Estandarizan procesos basados en GPC y evidencia científica, optimizan la estancia hospitalaria, disminuyen las complicaciones y costos de atención, mientras resultan también una experiencia de atención satisfactoria para las/los pacientes.[22–25]

Este artículo describe el proceso de construcción e implementación de una VAI en un hospital de Chiapas (México). La metodología utilizada integra de forma explícita y práctica las consideraciones para tener en cuenta de forma secuencial para construir una VAI (8), en este caso para estandarizar y mejorar la atención a la mujer y recién nacido en el trascurso de un ingreso hospitalario por atención al parto, abarcando todo el proceso paso a paso en secuencia cronológica. Es una experiencia innovadora y la primera de este tipo en México.

La VAI se traduce en documentos operativos que guían su implementación y que, aunque desarrollados localmente, pueden servir de ejemplo a otras instituciones de salud, públicas o privadas. Estos documentos detallan acciones, pruebas, tratamientos, responsabilidades y la información a proporcionar a la paciente en cada etapa.

La elaboración participativa, en consenso con representantes de los servicios involucrados, favorece su aceptación por el personal del hospital y facilita su implementación.[9,26] Sin embargo, el contexto del sistema de salud mexicano en general y del Hospital Regional en específico, resultó particularmente adverso a innovaciones. Los cambios frecuentes en el personal y directivos ponen en riesgo la continuidad de iniciativas innovadoras. Además, una actitud generalizada de reticencia al cambio fue evidente. Para abordar este problema, se requiere una capacitación constante en la VAI, especialmente para nuevos empleados, junto con una formalización burocrática. Ambas cosas se incluyeron en la estrategia de implementación. Si bien la capacitación fue una sola vez, la oficialización de los documentos contribuyó a incrementar su utilización.

Los resultados del piloto e implementación inicial de la VAI fueron poco satisfactorios. Las causas se atribuyen al desconocimiento sobre el inicio de la implementación de la VAI y de la VAI en sí misma, y dificultades para el manejo de los documentos operativos, sobre la base quizás de un fuerte componente actitudinal. Una solución planteada para el supuesto desconocimiento fue enviar oficios para informar al personal sobre la VAI y su implementación. Previamente se dio también el importante paso de hacer oficiales los documentos operativos y que formaran parte del expediente clínico. La literatura revisada sugiere que la baja utilización de la VAI está vinculada al escepticismo y resistencia del personal (médico, administrativo y

jefaturas) hacia los cambios en la práctica clínica, la escasa cultura de trabajo en equipo y la percepción de que mejorar la calidad es responsabilidad de unos cuantos.[25–27] Toda esta problemática justifica que la VAI sea considerada una herramienta viva, con una dinámica de implementación siempre atenta a los cambios e intervenciones necesarias que revele su evaluación continua.[8,28]

CONCLUSIONES

La construcción e implementación de una VAI para la mejora del proceso de atención al parto no complicado desde el ingreso al hospital hasta el egreso del binomio, creada siguiendo una metodología participativa estructurada, fue un proyecto factible y enriquecedor en el entorno del Hospital Regional de Chiapas.

Tanto el proceso de construcción como los documentos operativos creados podrían servir de ejemplo para su adaptación en otros contextos del sistema de salud mexicano.

Aparte de la necesaria discusión para lograr acuerdos sobre la mejores prácticas clínicas y organizacionales, las principales dificultades se dieron en el proceso de implementación, influido por la ubicua resistencia al cambio, poco interés en la mejora continua de la calidad en salud y también por la peculiar cultura organizacional del sistema de salud mexicano. Para garantizar el éxito de la VAI se necesita una atención continua a las barreras y dificultades de la implementación.

A pesar de dificultades encontradas en el desarrollo de la VAI, fue posible obtener los documentos de la VAI, los métodos de evaluación, y la planificación de la implementación y monitorización. Esta actividad fomentó en el personal una actitud propositiva y crítica de aquellos procesos con áreas de mejora. El enfoque participativo utilizado fue indispensable para los resultados obtenidos, y debe ser considerado en futuras experiencias en el desarrollo de VAI. El apoyo e involucramiento de las autoridades estatales y locales en todo el proceso, también facilitó el desarrollo de la intervención. Es necesario incorporar desde el planteamiento inicial de este tipo de intervenciones a la comunidad con una orientación en la co-creación de salud.

Los resultados de este estudio contribuyen con evidencia para la implementación del Modelo de atención a la salud para el Bienestar, que plantea la definición de Rutas de atención médica continua (RAMC), como elemento central para el flujo de pacientes en las Redes integrales de servicios de salud y que son consistentes con las Vías de atención integrada.[29] Es así como el estudio sobre el desarrollo de intervenciones como las VAI en México adquiere mayor relevancia, por su potencial utilidad en el marco de la actual política pública en salud.

LIMITACIONES

Eventos recientes en el panorama de salud y de estructura del sistema de salud mexicano, así como posibles cambios en el contexto local donde se llevó a cabo el diseño de la VAI, pueden afectar las barreras identificadas.

REFERENCIAS

1. WHO. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division [Internet]. Geneva; 2023 [cited 2023 Jul 23]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759

2. WHO/UNICEF. Ending preventable newborn deaths and stillbirths by 2030 [Internet]. 2020 [cited 2023 Jul 23]. Available from: https://www.unfpa.org/publications/ending-preventable-newborn-deaths-and-stillbirths-2030

3. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. 2022 [cited 2023 Aug 7]. Informe Semanal de Notificación Inmediata de Muerte Materna. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/561674/MM_2020_SE27.pdf

4. INEGI. Defunciones fetales registradas en México durante 2021 [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 7]. Available from: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/EDF/EDF2021.pdf

5. Freyermuth Enciso MG. La mortalidad materna y los nudos en la prestación de los servicios de salud en Chiapas. Un análisis desde la interculturalidad. LiminaR [Internet]. 2014 [cited 2023 Aug 7];12(2):30–45. Available from: https://doi.org/10.29043/liminar.v12i2.340

6. Herrera Torres MC, Cruz Burguete JL, Robledo Hernández GP MGG. La economía del grupo doméstico: Determinante de muerte materna entre mujeres indígenas de Chiapas, México. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2006 [cited 2023 Aug 7];19(2):69–78. Available from: https://doi.org/10.1590/s1020-49892006000200001

7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Mujeres y hombres en México 2020 [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 7]. Available from: https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/889463900009.pdf

8. Saturno-Hernández PJ. Cómo lograr la excelencia en la atención sanitaria: Construcción, implementación y evaluación de Vías Clínicas. 2da ed. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2021

9. Carrasco G, Ferrer J. Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: Metodología, ventajas y limitaciones. Rev Calidad Asistencial [Internet]. 2001;16:199–207. Available from: https://doi.org/10.1016/S1134-282X(01)77405-2

10. Saturno-Hernández P. Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud [Internet]. Primera ed. Instituto Nacional de Salud Pública, editor. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2015 [cited 2019 Jun 14]. 220 p. Available from: https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/160506_Metodos_Herramientas_SS.pdf

11. ODCE. Delivering quality health services. World Health Organization, World Bank Group, OECD. 2018;(July):1–100

12. Lawal AK, Groot G, Goodridge D, Scott S, Kinsman L. Development of a program theory for clinical pathways in hospitals: Protocol for a realist review. Syst Rev [Internet]. 2019;8(1):1–7. Available from: https://doi.org/10.1186/s13643-019-1046-0

13. Rotter T, Kinsman L, James EL, Machotta A, Gothe H, Willis J, et al. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2010;(3):CD006632. Available from: https://doi.org/10.1002/14651858.CD006632.pub2

14. Allen D, Gillen E, Rixson L. The Effectiveness of Integrated Care Pathways for Adults and Children in Health Care Settings: A Systematic Review. JBI Libr Syst Rev [Internet]. 2009;7(3):80–129. Available from: https://doi.org/10.11124/jbisrir-2009-182

15. Daniels L, Barker S, Chang YS, Chikovani T, DunnGalvin A, Gerdts JD, et al. Harmonizing allergy care–integrated care pathways and multidisciplinary approaches. World Allergy Organ J [Internet]. 2021;14(10). Available from: https://doi.org/10.1016/j.waojou.2021.100584

16. Van Der Werf L, Evers S, Prieto-Pinto L, Samacá-Samacá D, Paulus A. Integrated Maternal Care Strategies in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review. Int J Integr Care [Internet]. 2022;22(2):1–14. Available from: https://doi.org/10.5334/ijic.6254

17. Duncan E, O'Cathain A, Rousseau N, Croot L, Sworn K, Turner KM, et al. Guidance for reporting intervention development studies in health research (GUIDED): An evidence-based consensus study. BMJ Open [Internet]. 2020 Apr 8 [cited 2025 May 25];10(4). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32273313/

18. Hoddinott P. A new era for intervention development studies. Pilot Feasibility Stud [Internet]. 2015 Apr 1 [cited 2025 May 25];1(1):1–4. Available from: https://pilotfeasibilitystudies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40814-015-0032-0

19. Saturno Hernández PJ, Brenes Monge A, Fernández Elorriaga M, Flores Hernández S, Ortega Altamirano DV, Poblano Verástegui O, et al. Modelo integral para la mejora de la calidad de la atención materna y perinatal. Componentes y resultados de su implementación en Chiapas y Puebla. Primera Ed. Saturno Hernández PJ, editor. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2023

20. Lawal AK, Rotter T, Kinsman L, Machotta A, Ronellenfitsch U, Scott SD, et al. What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathway studies for a Cochrane systematic review. BMC Med [Internet]. 2016;14(1):1–5. Available from: https://doi.org/10.1186/s12916-016-0580-z

21. Kinsman L, Rotter T, James E, Snow P, Willis J. What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. BMC Med [Internet]. 2010;8:8–10. Available from: https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-31

22. Ban A, Ismail A, Harun R, Abdul Rahman A, Sulung S, Syed Mohamed A. Impact of clinical pathway on clinical outcomes in the management of COPD exacerbation. BMC Pulm Med [Internet]. 2012;12. Available from: https://doi.org/10.1186/1471-2466-12-27

23. Nielsen AS, Nielsen B. Implementation of a clinical pathway may improve alcohol treatment outcome. Addict Sci Clin Pract [Internet]. 2015;10(1):1–7. Available from: https://doi.org/10.1186/s13722-015-0031-8

24. Mangin D, Lamarche L, Agarwal G, Ali A, Cassels A, Colwill K, et al. Team approach to polypharmacy evaluation and reduction: feasibility randomized trial of a structured clinical pathway to reduce polypharmacy. Pilot Feasibility Stud [Internet]. 2023;9:84. Available from: https://doi.org/10.1186/s40814-023-01315-0

25. Villaverde V, Carmona L, López Robledillo JC, Serrano S, Gobbo M. Factores motivadores y barreras para implantar una vía clínica de atención precoz de espondiloartritis: Estudio cualitativo con médicos de atención primaria. Reumatol Clin [Internet]. 2013;9(2):85–9. Available from: https://doi.org/10.1016/j.reuma.2012.06.003

26. Chávez Barrientos P, Menajovsky Haas C ABL. Implementación de vías clínicas multidisciplinarias en una institución de salud de alta complejidad. Rev Med Chile [Internet]. 2020;148:1331–8. Available from: http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000901331

27. Bick DE, Rycroft-Malone J, Fontenla M. A case study evaluation of implementation of a care pathway to support normal birth in one English birth centre: Anticipated benefits and unintended consequences. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2009;9:47. Available from: https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-47

28. Zander K. Integrated care pathways: Eleven international trends. Int J Care Pathw [Internet]. 2002;6(3):101–7. Available from: https://doi.org/10.1177/147322970200600302

29. Salud S de. ACUERDO por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 30]. p. 140. Available from: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0

Saturno-Hernández PJ: ORCID 0000-0002-4991-5805
Brenes-Monge GA: ORCID 0000-0002-1312-2918
Yáñez-Álvarez I: ORCID 0000-0002-7642-9036
Santiago-Angelino TM: ORCID 0000-0003-0423-8799
Poblano-Verástegui O: ORCID 0000-0001-8879-5861
Díaz-Moreno LA: ORCID 0009-0008-9449-6292

Conflicto de intereses:
"Los autores declaran que no existen conflictos de interés personales, comerciales, financieros ni de otra índole que puedan influir en el contenido, resultados o interpretación del presente artículo".

Financiamiento: Proyecto S0008-2015-3-262075 del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social (SS/IMSS/ISSSTE-CONACYT).

OPEN ACCESS

REVISTA CONAMED

Artículo de Revisión
Vol. 30, Núm. 2, 2025. pp. 78-85
Folio: 017-2025-RC

Implicaciones medicolegales de la certificación de especialidades médicas en México

Medicolegal implications of the certification of medical specialties in Mexico

Olmedo-Canchola VH[1], Morales-Carmona RO[1]
Afiliación Institucional de ambos autores: 1 Secretaría Académica, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina de la UNAM, Ciudad de México

RESUMEN

Este ensayo fundamentado analiza las implicaciones medicolegales, éticas e institucionales de la certificación de especialidades médicas en México. Se resalta que la Ley General de Salud exige título y certificado de especialidad para ejercer como especialista, y que la NOM-001-SSA-2023 y las normas de instituciones como la UNAM refuerzan la vigencia periódica de dicho certificado. La certificación actúa como garantía de competencia técnica y actualización profesional, además de ser usada como criterio en procesos judiciales, contratación y asignación de privilegios clínicos.

Desde la perspectiva legal, la falta de certificación puede influir en juicios civiles y penales como indicador de impericia. En el ámbito ético, representa un compromiso con la competencia profesional, la no maleficencia y la autorregulación. A nivel institucional, la certificación es requisito para plazas en el sector público, privilegios clínicos en hospitales privados y cobertura por aseguradoras.

Sin embargo, el modelo mexicano enfrenta desafíos importantes: ambigüedad normativa, desigualdad en el acceso, heterogeneidad entre Consejos de Especialidad, resistencia gremial y ausencia de sanciones. Para fortalecer el sistema, se recomienda armonizar el marco legal, estandarizar procesos entre Consejos, promover una cultura de corresponsabilidad, garantizar el acceso equitativo y vincular a hospitales y aseguradoras en la exigencia de estándares.

Palabras clave: juntas de especialidades médicas, certificación profesional, responsabilidad médica

ABSTRACT

This reasoned essay analyzes the medicolegal, ethical, and institutional implications of medical specialty certification in Mexico. It emphasizes that the General Health Law requires a professional degree and specialty certification to practice, while the NOM-001-SSA-2023 and UNAM regulations reinforce the need for periodic renewal. Certification serves as proof of technical competence and ongoing education, and is increasingly used in legal proceedings, hiring processes, and allocation of clinical privileges.

Autor(a) de Correspondencia:
Víctor Hugo Olmedo Canchola
Facultad de Medicina de la UNAM Unidad de Posgrado, edificio G-224, Circuito de Posgrado Centro Cultural Universitario, CU Coyoacán, CP 04510, CDMX
correo electrónico: vh.olmedo.canchola@gmail.com, victor.olmedo@fmposgrado.unam.mx

Citar como:
Olmedo-Canchola VH Morales-Carmona RO. Implicaciones medicolegales de la certificación de especialidades médicas en México. *Rev CONAMED*. 2025;30(2): 78-85.

Fecha de recepción:
05 de mayo de 2025
Fecha de aceptación:
28 de mayo de 2025

Legally, the absence of certification can affect civil and criminal cases by serving as evidence of professional negligence. Ethically, certification reflects a commitment to ongoing competence, non-maleficence, and medical self-regulation. Institutionally, certification is required for public sector employment, clinical privileges in private hospitals, and malpractice insurance coverage.

However, the Mexican system faces major challenges: legal ambiguity, unequal access, variability among Specialty Boards, professional resistance, and lack of enforcement. To strengthen the model, the article recommends harmonizing the legal framework, standardizing certification procedures, promoting a culture of professional accountability, ensuring equitable access, and involving insurers and hospitals in maintaining quality standards.

Keywords: medical certification, medical specialty boards, medical liability

INTRODUCCIÓN

En los sistemas de salud contemporáneos, la certificación de los médicos especialistas se ha convertido en un mecanismo clave para garantizar la competencia profesional, la seguridad del paciente y la rendición de cuentas del ejercicio clínico. En México, este proceso está normado por diversos instrumentos legales y administrativos que otorgan sustento jurídico a la certificación como requisito de calidad profesional. Destaca la Ley General de Salud,[1] la cual establece en su artículo 81 que para ejercer como especialista se requiere contar con el título correspondiente y, además, con un certificado de especialista expedido por un organismo reconocido por la Secretaría de Educación Pública y el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM).

La Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023, relativa a la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica,[2] aunque no lo señala expresamente, hace referencia a que los profesores deben cumplir los requisitos académicos que señala la institución de educación superior que avala la especialidad; la mayoría de las Instituciones de Educación Superior (IES), y en particular la UNAM, en las Normas Operativas del PUEM establece que para ser profesor, el médico especialista debe contar con certificado de especialidad vigente y renovado periódicamente.[3] Esta disposición se complementa con los lineamientos emitidos por el propio CONACEM, que exige la recertificación cada cinco años como parte de un proceso continuo de actualización profesional.[4]

La certificación médica no sólo representa un aval técnico-científico, sino que tiene implicaciones profundas en la práctica clínica, el acceso a plazas institucionales, la relación médico-paciente y, en contextos judiciales, la responsabilidad legal de los actos médicos.[5,6] Por tanto, los procesos de certificación y recertificación son cada vez más utilizados como referentes para valorar la idoneidad del profesional en casos de presunta mala praxis o negligencia médica.[7]

No obstante, aún persiste un debate en torno a su carácter obligatorio fuera del ámbito institucional público, lo que genera tensiones entre la autonomía del profesional, las exigencias laborales y la protección jurídica del paciente. Esta ambigüedad normativa adquiere relevancia en un entorno donde los litigios por responsabilidad médica van en aumento y donde instituciones sanitarias y aseguradoras recurren con mayor frecuencia a la certificación como criterio de selección y control de calidad.

MARCO CONCEPTUAL

1. Certificación médica

La certificación médica es el proceso mediante el cual un médico especialista recién egresado es evaluado y reconocido por un organismo autorizado como competente en una especialidad médica específica. En México, esta función es coordinada por el CONACEM, organismo facultado para validar a los Consejos de Especialidad encargados de certificar a los médicos especialistas.[4] La certificación por primera vez tiene una vigencia de cinco años y, dependiendo de cada consejo, se debe presentar un examen de conocimientos y otro de competencia clínica o quirúrgica. La Dirección General de Profesiones (DGP) dependiente de la Secretaría de Educación Pública (SEP), establece que para obtener la cédula profesional los médicos especialistas deberán estar certificado ante el CONACEM,[8] pero no hace referencia a la recertificación o vigencia de certificación.

2. Recertificación

La recertificación es el proceso periódico mediante el cual el especialista previamente certificado demuestra la continuidad de su formación y actualización profesional, así como la vigencia de sus competencias. Esta exigencia responde al principio de que el conocimiento médico evoluciona constantemente, por lo que es necesario mantener estándares actualizados de atención.[3] En cuanto a la recertificación o vigencia de certificación la DGP no hace ninguna observación.

3. Especialista certificado vs. no certificado

En el contexto mexicano, un especialista certificado es aquel que ha obtenido su título de especialidad y cuenta con una certificación vigente otorgada por un Consejo de Especialidad reconocido por CONACEM. En contraste, un especialista no certificado puede haber concluido su formación médica de posgrado, pero no ha cumplido con los requisitos formales para obtener o renovar su certificación. Esta distinción es relevante desde el punto de vista legal, ético e institucional, dado que la certificación se está convirtiendo en un criterio clave para la contratación, la asignación de privilegios clínicos y la defensa jurídica ante conflictos medicolegales.[9]

4. Marco normativo aplicable

El marco legal que regula la certificación médica en México incluye:

- Ley General de Salud (artículo 81): Establece que el ejercicio de una especialidad médica requiere tanto título profesional como certificado de especialidad.[1]
- NOM-001-SSA-2023. Regula la organización y funcionamiento de las unidades médicas receptoras de residentes, e incluye exigencias de evaluación formativa y sumativa del desempeño, así como control de calidad en la educación especializada.[2]
- Reglamento del CONACEM: Define los procesos y requisitos para el reconocimiento de los Consejos de Especialidad y las condiciones para certificar y recertificar.[4]

5. Responsabilidad profesional médica

La responsabilidad profesional del médico implica responder por los actos y omisiones derivados de su práctica clínica. Esta puede ser de tipo civil, penal o administrativa, y se ve influida por el nivel de capacitación y competencia del profesional. En este contexto, la certificación puede ser utilizada como elemento probatorio para demostrar que un médico actuó conforme a estándares aceptados de la práctica médica.[10]

Implicaciones legales en México por la falta de certificación en las especialidades médicas

La certificación de las especialidades médicas en México tiene implicaciones legales directas e indirectas, tanto en el ejercicio médico cotidiano como en los procesos judiciales derivados de posibles actos de negligencia o mala praxis. El marco jurídico vigente establece condiciones normativas que convierten a la certificación en un requisito esencial que los médicos especialistas deben cubrir de manera efectiva.

1. Implicaciones civiles

En materia de responsabilidad civil, el certificado de especialidad puede ser considerado un estándar de referencia para valorar si el médico actuó conforme a los principios de la *lex artis ad hoc*. La falta de certificación puede interpretarse como una omisión en el cumplimiento del deber de actualización profesional, lo cual podría influir en la determinación de la culpa médica y, por ende, en la procedencia de la indemnización por daño moral o patrimonial.[7] En los juicios civiles, los certificados expedidos por los Consejos de Especialidad reconocidos por CONACEM han sido utilizados como pruebas documentales para acreditar pericia técnica.

2. Implicaciones penales

Desde la perspectiva penal, el Código Penal Federal no tipifica de forma expresa la falta de certificación como delito; sin embargo, en caso de que un médico incurra en lesiones u homicidio culposo por negligencia profesional, la ausencia de certificación puede considerarse un agravante si demuestra impericia o falta de actualización.[10]

3. Implicaciones administrativas

La Ley General de Salud, en su artículo 81, establece que para ejercer como especialista se requiere título y certificado expedido por un organismo reconocido por las autoridades educativas y el CONACEM.[1] En consecuencia, las instituciones públicas de salud tienen la obligación administrativa de contratar

exclusivamente a personal certificado para funciones clínicas especializadas. El incumplimiento de esta normativa puede derivar en responsabilidad administrativa para las autoridades sanitarias.

4. Implicaciones laborales e institucionales

En el ámbito laboral, tanto en el sector público como privado, la certificación es cada vez más utilizada como criterio obligatorio de selección, promoción y asignación de privilegios clínicos. Los médicos no certificados pueden ver limitado su acceso a plazas hospitalarias, seguros de responsabilidad profesional o privilegios para procedimientos de alta complejidad.[9]

5. Implicaciones aseguradoras y periciales

Las aseguradoras médicas pueden establecer como cláusula contractual la exigencia de certificación vigente para otorgar cobertura. En procesos legales, los peritos médicos frecuentemente utilizan la existencia (o ausencia) de la vigencia de certificación como indicador de competencia profesional, lo que puede influir en el dictamen pericial y en la resolución del caso.[4]

Implicaciones éticas y profesionales de la certificación en las especialidades médicas

Además de su dimensión normativa, la certificación de los especialistas médicos tiene importantes repercusiones en el ámbito de la ética profesional y en el ejercicio clínico responsable. La certificación no solo valida competencias técnicas, sino que se inserta en un marco de deber moral que compromete al médico con su desarrollo profesional continuo y con la calidad de atención que ofrece a sus pacientes.

1. Deber de competencia profesional

Uno de los principios fundamentales de la bioética es la no maleficencia, que implica que el profesional de la salud debe evitar causar daño. Este principio está estrechamente vinculado con el deber de competencia profesional, que exige mantenerse actualizado y actuar conforme a los estándares aceptados por la comunidad médica.[11] En este contexto, la certificación y recertificación representan un compromiso explícito con la formación continua y la mejora de la práctica clínica. La falta de certificación o recertificación puede ser interpretada como una omisión ética frente al deber de garantizar una atención segura y eficaz.

2. Confianza social y legitimidad profesional

La certificación también cumple una función simbólica y social: genera confianza en los pacientes, las instituciones y la sociedad. Al ser un indicador externo e independiente de competencia profesional, la certificación contribuye a legitimar el rol del médico especialista como garante del bienestar del paciente. Diversos estudios han mostrado que los pacientes tienden a percibir mayor confianza y seguridad cuando saben que su médico está certificado por un consejo reconocido.[11]

3. Responsabilidad profesional y autonomía

El ejercicio ético de la medicina implica equilibrar la autonomía profesional con la responsabilidad social. Si bien la ley no impide a un especialista ejercer sin recertificación, desde el punto de vista ético este margen debe ser evaluado críticamente. El médico que renuncia a certificarse o recertificarse puede estar eludiendo mecanismos legítimos de evaluación externa, lo cual debilita su responsabilidad frente a colegas, pacientes y el sistema de salud.[12]

4. Autorregulación y credibilidad institucional

La certificación y recertificación representa un mecanismo de autorregulación profesional, en el que la propia comunidad médica establece criterios para validar a sus miembros. En este sentido, los Consejos de Especialidad no solo certifican competencias, sino que también defienden la integridad y la credibilidad del ejercicio médico especializado.[13] Rechazar o evadir este sistema puede interpretarse como una forma de deslegitimación del pacto ético entre profesión y sociedad.

Implicaciones institucionales de la certificación en las especialidades médicas

La certificación y recertificación médica no solo tiene repercusiones para el profesional de la salud, sino que también constituye un criterio clave para las instituciones del sector salud, tanto públicas como privadas, en la selección, contratación, supervisión y evaluación del desempeño de los médicos especialistas. En este contexto, la certificación se convierte en un instrumento para garantizar la calidad de la atención médica y minimizar riesgos legales, financieros y reputacionales.[14]

1. Sector público: contratación y cumplimiento normativo

En las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, la certificación vigente se ha convertido en un requisito indispensable para ocupar plazas de especialista. Esta exigencia está respaldada por la Ley General de Salud, por la NOM-001-SSA-2023, y por CONACEM;[1,2] sin embargo, no explicita que debe mantener su vigencia de certificación. La falta de certificación puede impedir el ingreso o permanencia en cargos clínicos, así como la asignación de funciones docentes o de supervisión de residentes.

2. Sector privado: criterios de selección y privilegios clínicos

En el ámbito privado, la certificación médica es un criterio diferenciador de competencia profesional, especialmente en hospitales de alta especialidad, redes de clínicas privadas y corporativos hospitalarios. La mayoría de estos centros exigen la certificación para otorgar privilegios clínicos, participar en procedimientos quirúrgicos complejos o acceder a jefaturas de servicio. Asimismo, algunas instituciones la utilizan como base para la acreditación hospitalaria nacional o internacional (Joint Commission International).[15]

3. Aseguradoras y cobertura de responsabilidad civil

Las compañías aseguradoras también han adoptado la certificación como parte de sus criterios de evaluación de riesgo. En México, diversas pólizas de responsabilidad civil profesional incluyen cláusulas que limitan la cobertura si el médico no cuenta con certificación vigente al momento del evento. Esta tendencia responde al interés de las aseguradoras por respaldar a profesionales que cumplan con estándares reconocidos de actualización y calidad técnica.

4. Evaluación institucional del desempeño

La certificación y recertificación también son utilizadas por las instituciones para evaluar la competencia continua del personal médico. Hay programas de incentivos vinculados a la actualización profesional, en los que la certificación vigente permite acceder a promociones, aumentos salariales o estímulos académicos. En este sentido, el certificado actúa como un instrumento de control de calidad interno, alineado con los principios de gobernanza clínica y mejora continua.[16]

Desafíos y controversias actuales del modelo mexicano de certificación de especialidades médicas

Aunque el modelo de certificación médica en México ha sido clave para fortalecer la calidad del ejercicio profesional, en la práctica enfrenta múltiples desafíos operativos, normativos y éticos; por lo que es altamente recomendable armonizar los estándares internacionales para la evaluación de los médicos especialistas.[17] Estos retos ponen en cuestión la eficacia, la equidad y la legitimidad del sistema, y generan controversias tanto en el gremio médico como en la esfera jurídica y social.

1. Ambigüedad normativa y aplicación desigual

Uno de los principales desafíos es la ambigüedad en el carácter obligatorio de la certificación. Si bien la Ley General de Salud establece que el ejercicio de una especialidad requiere título y certificado, esta disposición no siempre se exige ni se fiscaliza, dado que no hace mención del mantenimiento de la certificación vigente (recertificación). Como resultado, existen médicos especialistas en ejercicio sin certificación vigente, especialmente en la práctica privada en sus consultorios lo que genera inequidades y vulnerabilidad jurídica tanto para médicos como para pacientes.[1] Con respecto al Código Penal de la Federación,[18] en el artículo 250 fracción segunda, únicamente hace referencia a la pena que un profesionista se puede hacer acreedor si carece de título; sin embargo, no hace mención precisa a la cédula profesional de especialista ni a la certificación y/o recertificación.

2. Desigualdad en el acceso a la certificación

Otro problema importante es la inequidad geográfica y estructural en el acceso a los procesos de certificación y recertificación. Médicos en zonas rurales, con cargas laborales excesivas o sin acceso a plataformas virtuales adecuadas, enfrentan dificultades logísticas y económicas para cumplir con los requisitos exigidos por algunos Consejos de Especialidad. Esto puede excluir injustamente a profesionales capacitados, afectando su inserción laboral y su reconocimiento profesional.

3. Excesiva heterogeneidad entre Consejos de Especialidad

En México existen 47 Consejos reconocidos por CONACEM, pero no todos aplican criterios homogéneos de evaluación, ni mecanismos transparentes de certificación. Esta heterogeneidad se traduce en asimetrías en la exigencia académica, los costos, los tiempos y los mecanismos de recertificación, lo cual mina la percepción de legitimidad y equidad del sistema.[19]

4. Desconfianza y resistencia gremial

En algunos sectores del gremio médico persiste una percepción negativa hacia la certificación, que es vista como un trámite burocrático, costoso o punitivo. Esta resistencia se ha acentuado por experiencias de falta de retroalimentación, procesos opacos o decisiones poco claras por parte de algunos Consejos. En consecuencia, se debilita el sentido de corresponsabilidad profesional que debería sustentar la autorregulación médica.[20]

5. Ausencia de sanciones y mecanismos de exigibilidad

A pesar del marco legal, no existen sanciones claras ni mecanismos de verificación obligatoria que impidan el ejercicio de una especialidad sin certificación vigente, salvo en instituciones públicas y grandes consorcios hospitalarios. Esta ausencia de exigibilidad debilita el cumplimiento normativo y desincentiva la participación voluntaria en los procesos de evaluación periódica.[21]

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La certificación de las especialidades médicas en México constituye una herramienta fundamental para garantizar la calidad del ejercicio profesional, proteger la seguridad del paciente y preservar la legitimidad del gremio médico ante la sociedad. Su importancia trasciende el ámbito técnico y se extiende hacia las dimensiones legales, éticas, profesionales e institucionales del quehacer médico.

Desde el punto de vista legal, la certificación —aunque normativamente exigida en diversos contextos— carece de mecanismos efectivos de fiscalización, lo cual crea vacíos de cumplimiento que pueden comprometer tanto la protección jurídica del paciente como la defensa del profesional. En el plano ético y profesional, certificarse implica un compromiso con la competencia continua, el principio de no maleficencia y la autorregulación médica. A nivel institucional, la certificación se ha consolidado como un criterio clave de calidad, pero su aplicación enfrenta desafíos de homogeneidad, equidad y percepción gremial. A partir del análisis realizado, se proponen las siguientes recomendaciones:

1. Fortalecer el marco normativo y su exigibilidad

Es necesario armonizar las disposiciones legales para que la certificación sea obligatoria y verificable en todos los contextos clínicos, sin importar el sector. Esto implica la creación de mecanismos de fiscalización y sanción proporcional, que puedan ser supervisados por las autoridades sanitarias o educativas competentes.

2. Homologar y transparentar los procesos de los Consejos

El CONACEM debe impulsar una estandarización de criterios entre los diferentes Consejos de Especialidad, asegurando procesos justos, transparentes y proporcionales, tanto en la certificación como en la recertificación. Esto incluye la publicación de indicadores de calidad, mecanismos de apelación y evaluaciones con retroalimentación.

3. Promover una cultura profesional de corresponsabilidad

Es imprescindible fomentar entre los médicos una visión ética y positiva de la certificación, como parte de su deber profesional. Esto puede lograrse mediante campañas de concientización, incentivos académicos, y el reconocimiento público de buenas prácticas.

4. Facilitar el acceso equitativo a la certificación

Deben implementarse políticas de apoyo económico, logístico y tecnológico para garantizar que todos los especialistas, independientemente de su ubicación geográfica o condiciones laborales, puedan acceder en igualdad de condiciones a los procesos de certificación y recertificación.

5. Incorporar a las aseguradoras y hospitales en la corresponsabilidad

Las instituciones privadas y aseguradoras deben ser copartícipes en la promoción de estándares de calidad médica, exigiendo certificación como criterio objetivo, pero también garantizando procesos de actualización continua accesibles y reconocidos por las partes interesadas. Estas acciones permitirán consolidar un modelo de certificación robusto, justo y sostenible, capaz de responder a los desafíos actuales del sistema de salud mexicano y alineado con los principios de equidad, calidad y responsabilidad profesional.

REFERENCIAS

1. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada DOF 29-11-2023. Artículo 81
2. Secretaría de Salud. NOM-001-SSA-2023, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. Diario Oficial de la Federación. Disponible en: https://www.dof.gob.mx
3. Facultad de Medicina de la UNAM. Normas Operativas del Plan Único de Especializaciones Médicas. Gaceta Facultad de Medicina 20/01/2025
4. Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM). Manual General de Certificación y Recertificación de Especialistas Médicos en México. Ciudad de México: CONACEM; 2022
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fortalecimiento de la calidad en la educación médica y certificación profesional. Ginebra: OMS; 2021
6. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Informe Anual de Actividades 2022. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2023
7. García-Villarreal O. Responsabilidad médica profesional, guías para la práctica clínica y lex artis. La importancia de seguir las recomendaciones de las guías clínicas. Gac. Méd. Méx vol. 2022;158(6): 439-443
8. Registro de diploma de especialidad y expedición de cédula electrónica para mexicanos y extranjeros con estudios en México. https://www.gob.mx/tramites/ficha/registro-de-diploma-de-especialidad-y-expedicion-de-cedula-profesional-para-estudios-hechos-en-mexico/SEP1215
9. López-Valdez J, Aguilar-Galindo M. Certificación médica y selección de personal en hospitales privados. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2022;60(2):135–140
10. Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM). Entrevista Canal Judicial SCJN [video en Internet]. México: CONACEM; [fecha de publicación no disponible] [citado 2025 Jun 11]. Disponible en: https://conacem.org.mx/entrevista-canal-judicial-scjn
11. Abreu-Hernández L, Infante-Castañeda C, Gorenc-Krause K, et al. Implicaciones sociales de la calidad profesional de los médicos y de la certificación. Gac Méd Méx 2000; 136(6): 611-623
12. Toon PD. Ethical aspects of medical certification by general practitioners. Br J Gen Pract. 1992;42(364):486–488
13. Consejo Nacional de Certificación en Medicina (CONACEM). Código de Ética para los Consejos de Especialidad. Ciudad de México: CONACEM; 2022
14. Peterson L, Carek P, Holmboe E, et al. Medical Specialty Boards Can Help Measure Graduate Medical Education Outcomes. Acad Med. 2014; 89:840–842. doi: 10.1097/ACM.0000000000000250
15. Joint Commission International. Hospital Standards Manual 8th Edition. Illinois: JCI; 2022
16. Consejo de Salubridad General. Modelo de Gestión de Calidad en Salud 2ª edición. Ciudad de México: CSG; 2020. https://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/2024/2024_modelo_gestion_calidad.pdf
17. Olmedo-Canchola VH, González JGV, Martínez GQ, et al. The need to use international standards for evaluation of specialists in Surgery and Anesthesiologists. MOJ Surg. 2025;13(1):18–22. DOI: 10.15406/mojs.2025.13.00286

18. 18. Artículo 250. Código Penal de la Federación. México. Código Penal Federal 2024. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9_240424.pdf

19. Consejo Nacional de Certificación en Medicina (CONACEM). Panorama de los Consejos de Especialidad Médica en México. Ciudad de México: CONACEM; 2022

20. Moliner J, Carrera P, Lobo E, et al. La mayoría de los médicos cree que es bueno pasar por exámenes periódicos de recertificación. Aten Primaria. 2011 Jun 8;44(1):53–54

21. Espinoza de los Reyes V. La evolución y el estado actual de la certificación de los especialistas en México. Gac Méd Méx. 131(1):72-82

Olmedo-Canchola VH ORCID: 0000-0001-9201-2233

Conflicto de intereses:
"Los autores declaran que no existen conflictos de interés personales, comerciales, financieros ni de otra índole que puedan influir en el contenido, resultados o interpretación del presente artículo".

Financiamiento: Este trabajo no recibió apoyo financiero de ninguna fuente pública, privada ni institucional.

CC BY
OPEN ACCESS

REVISTA CONAMED

Artículo de Revisión
Vol. 30, Núm. 2, 2025. pp. 86-93
Folio: 012-2025-RC

La falta de regulación jurídica como motivante del turismo reproductivo en México

The lack of legal regulation as a motivator for reproductive tourism in Mexico

Cruz-Arenas E[1], De Paz-Duque K[2]

[1] Coordinador de Investigación, Departamento de Embriología y Genética, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México; Ciudad de México, México.

[2] Enfermera Especialista en Salud Pública, Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ). Instituto Nacional de Rehabiltación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra"; Ciudad de México, México.

RESUMEN

Aunque la práctica del Turismo de la Salud (TS) no es reciente, ya que se remonta a civilizaciones antiguas, sus características actuales son diferentes. En la actualidad, el TS implica que las personas busquen atención en otros países con fines terapéuticos, que van desde solicitar consulta médica hasta someterse a procedimientos quirúrgicos. Esta actividad se ha incrementado en parte por una mayor disponibilidad y accesibilidad a la información, capacidad para viajar y trasladarse a otros países, una mayor oferta de servicios, infraestructura y equipo médico, menor costo de los procedimientos y falta de reglamentación jurídica, entre otros.

A México se le ha dado la connotación de epicentro del TS, atrayendo a más de un millón de turistas de Estados Unidos de América (EUA), Canadá, Reino Unido y Europa Occidental con motivos médicos, generando una derrama económica aproximada de 8 millones de dólares anuales. Con la adición en 2022 de la fracción X Bis al Artículo 7 de Ley General de Salud, se enuncia que la Secretaría de Turismo en colaboración con la Secretaría de Salud establecerán programas, lineamientos, criterios y estándares de los servicios de TS.

En el Turismo Reproductivo (TR), un tipo de TS, las personas viajan a otros países para someterse a tratamientos de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), donación de células sexuales, embriones y servicios de subrogación de fertilidad. México se considera “principal destino turístico”, en especial de TR, a pesar de no contar con un marco jurídico que lo regule; esto podría explicar por qué las personas prefieren atenderse mayormente en nuestro país.

En México, ante la falta de disposiciones legales en torno al TS, en especial del TR, tanto las personas que lo llevan a cabo (turistas), como quienes se involucran en su práctica (personal de salud), están situados en un ambiente endeble en cuanto a obligaciones y responsabilidades legales, por lo que es necesario generar iniciativas para crear normas jurídicas que regulen su práctica.

Palabras clave: turismo médico, regulación, reproducción.

Autor(a) de Correspondencia:
Dr. Esteban Cruz Arenas
Coordinador de Investigación, Departamento de Embriología y Genética, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México; Ciudad de México, México. Edificio A Planta Baja, Facultad de Medicina Alcaldía Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad Universitaria, Ciudad de México,
Correo electrónico: drest.cruz.inv@gmail.com

Citar como:
Cruz-Arenas E, De Paz-Duque K. La falta de regulación jurídica como motivante del turismo reproductivo en México.. *Rev CONAMED*. 2025;30(2): 86-93.

Fecha de recepción:
23 de abril de 2025
Fecha de aceptación:
14 de mayo de 2025

ABSTRACT

Although the practice of Health Tourism (HT) is not a recent phenomenon, as it can be traced back to ancient civilizations, its current features differ significantly. Today, HT refers to the practice of individuals seeking medical care in foreign countries for therapeutic purposes, ranging from medical consultations to surgical interventions. This activity has increased due to greater access to information, enhanced travel capabilities, expanded availability of medical services, improved infrastructure and equipment, lower procedural costs, and notably, the absence of legal regulation.

Mexico has emerged as a key destination for HT, attracting over one million medical tourists annually from the United States, Canada, the United Kingdom, and Western Europe. This influx generates an estimated economic revenue of approximately eight million dollars per year. In 2022, the inclusion of Section X Bis in Article 7 of the General Health Law established that the Secretariat of Tourism, in collaboration with the Secretariat of Health, will define programs, guidelines, criteria, and standards for HT services.

In Reproductive Tourism (RT), a type of HT, individuals travel to other countries to undergo Assisted Reproductive Technology (ART) treatments, including the donation of gametes, embryos, and fertility surrogacy services. Mexico is considered a "leading tourist destination," particularly for RT, despite lacking a legal framework to regulate it. This may help explain why individuals often prefer to seek such services in our country.

In Mexico, due to the lack of legal provisions regarding HT, particularly RT, both the individuals who engage in it (tourists) and those involved in its practice (healthcare professionals) find themselves in a fragile legal environment regarding obligations and responsibilities. Therefore, it is necessary to generate initiatives aimed at creating legal norms to regulate its practice.

Keywords: medical tourism, regulation, reproduction

INTRODUCCIÓN

El Turismo de la Salud (TS) involucra acciones encaminadas a viajar (generalmente a otro país), para recibir atención médica que va desde solicitar consulta médica por enfermedad, hasta someterse a procedimientos quirúrgicos electivos (estéticos).[1]

Aunque al TS se suele refeir como turismo médico, se ha descrito que son conceptos diferentes y se puede clasificar en: turismo del bienestar y turismo médico.[2] En el primero, la gente viaja para tratamientos de medicina complementaria y alternativa como hipnosis, yoga, tai chi, terapia quiropráctica, medicina ayurvédica y tradicional china (acupuntura). En el segundo, opta por medicina convencional (estándar, alopática u ortodoxa),[3] para someterse a tratamientos quirúrgicos (electivos o no), dentales y de la reproducción.[4]

Aunque, la práctica del TS no es nueva y su origen se remonta a civilizaciones antiguas en India, Grecia, China, Japón, Egipto y más, donde las personas realizaban peregrinaciones a templos para que les diagnosticaran enfermedades y brindaran tratamiento en sitios cercanos a aguas termales,[4] sus características son diferentes a las actuales.

DESARROLLO DEL TEMA

Motivantes del turismo de la salud

El mayor acceso a información electrónica, la posibilidad de trasladarse de un lugar a otro en menor tiempo, la disponibilidad de personal médico especializado e infraestructura, periodos de espera más cortos para recibir atención médica, bajos costos monetarios y falta de regulación jurídica en el país anfitrión, son algunos motivantes para que las personas busquen tratar sus enfermedades en otros países.

El TS ha surgido como una industria global, que de acuerdo con Market.us Media su crecimiento anual se estima entre 15% y 25%, cuya motivación principal para llevarlo a cabo se relaciona con costos, ya que permite un ahorro del 40 – 80% en procedimientos médicos, además de aportar más de 100 mil millones de dólares al año a la economía global.[5] Tailandia, México, India, Turquía, Malasia, Costa Rica y Singapur son los destinos de atracción de TS más populares y la mayoría de los turistas que llegan a nuestro país provienen de Estados Unidos de América (EUA), Canadá, Reino Unido y Europa Occidental.[5] Asimismo, entre las condiciones de salud más frecuentemente abordadas en el TS se encuentran: procedimientos dentales, cirugía cosmética, bariátrica y de médula

espinal, alteraciones cardiacas y dermatológicas, Fecundación In Vitro (FIV), trasplante de hígado, riñones y células madre.[6,7]

La práctica del turismo de la salud en México

De acuerdo con la Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio (CONCANACO SERVYTUR MÉXICO), México es un epicentro del TS global, atrayendo a más de un millón de visitantes al año por motivos médicos y generando una derrama económica de aproximadamente 8 mil millones de dólares anuales.[8] Aunque las ciudades fronterizas, especialmente Tijuana, Ciudad Juárez y Reynosa se erigen como epicentros del TS, también Mexicali, Ensenada, Rosarito, Tecate, Navojoa, Hermosillo, Matamoros, Nuevo Laredo, Monterrey, Guadalajara, San Luis Potosí, Puebla, Querétaro, Ciudad de México y Cancún son destinos turísticos que se visitan con elevada frecuencia.[9]

Si bien, hay diferencias en torno a cuáles son los países considerados como "principales destinos del TS", debido en parte a la falta de definiciones estandarizadas y mecanismos válidos de recolección de datos, debe tomarse en cuenta que existe una amplia variabilidad en el tamaño de mercado y número de personas que realizan viajes con valor médico;[10] esto explicaría, en parte por qué un país figuraría en un listado, pero en otros no. Por ejemplo, en 2019 se comunicó que México era la segunda potencia mundial en TS y primera en turismo dental precedido sólo por Tailandia, debido principalmente a su ubicación geográfica, inversión hospitalaria privada, tipo de cambio de dólar, disponibilidad de infraestructura y equipos de avanzada tecnología, alto nivel de los médicos, calidad de los servicios, tratamientos y cirugías, que resultaban hasta 80% más baratos que en EUA.[11]

Al respecto, en México en 2022 se adicionó a la Ley General de Turismo la fracción X Bis en su Artículo 7,[12] con el objetivo de crear herramientas o mecanismos coadyuvantes para el desarrollo y consolidación turística, particularmente del TS en sus distintas vertientes y que a la letra dice:

> *"Colaborar y participar con la Secretaría de Salud en el establecimiento de programas, lineamientos, criterios y estándares respecto a la calidad en la prestación de servicios médicos en la industria de Turismo Médico y de Salud, así como, celebrar convenios o cualquier otro acto tendiente a la promoción y fomento del Turismo Médico y de Salud".*[13]

El turismo reproductivo

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), un gran número de personas presentarán infertilidad en algún momento de su vida.[14] Aproximadamente, 17.5% de los adultos (uno de cada seis), presentan este problema, cuyas soluciones disponibles son poco accesibles por su alto costo, estigma social y poca disponibilidad.[14] Por ello, en el Turismo Reproductivo (TR), un tipo de TS denominado a veces turismo de la fertilidad, procreativo o atención reproductiva transfronteriza, las personas (turistas reproductivos), buscan en otro país tratamientos con fines de reproducción a través de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), donación de gametos, embriones o servicios subrogados de fertilidad: maternidad/Gestación Subrogada (GS), vientres o madres de alquiler.[15]

Motivantes del turismo reproductivo

Aunque, a nivel mundial la comprensión de la relación entre factores económicos (costos) de las TRA y políticas de salud (regulación sanitaria) para su ejecución es limitada,[16] los primeros generalmente se anteponen para promover el TS, incluso en México. Sin embargo, a más de los motivos económicos, se ha documentado que las razones por las que la gente sale de su país para realizar específicamente TR son diversas, entre ellas se pueden citar: prohibiciones culturales, religiosas y éticas, falta de disponibilidad de equipo y personal especializado, inseguridad en los procesos (resguardo de la privacidad) y procedimientos, largas listas de espera, discriminación racial y falta de legislación relacionada con la orientación sexual e identidad de género de las personas, entre varias más.[15,17]

Como se podría inferir, las características inherentes de cada país brindarán explicación parcial de los motivos que incitan a las personas a buscar otro sitio para procrear. No obstante, aquellas relacionadas con el acceso económico y las disposiciones regulatorias son quizá las más prevalentes.[18,19] Por ejemplo, en algunos países de altos ingresos los costos menores de los procedimientos son el principal motivante del TR, aunque sólo en el sector joven de la población.[20] Esta característica difiere en países con medianos

y bajos ingresos, donde lo económico figura como la principal razón, independientemente del grupo etario en cuestión.[19] Esto ha llevado a que países con amplias restricciones jurídicas en TRA se les denomine "países de salida", mientras que aquellos con disposiciones legales más permisivas, "países de entrada o destino".[21] Se ha descrito que, en personas cuya única opción para poder procrear es por TR, este lo realizan principalmente con la finalidad de evitar disposiciones legales, es decir: "eludir leyes y restricciones impuestas tanto en el país de salida como de entrada", una condición denominada "turismo de evasión".[15]

Disposiciones jurídicas en torno al turismo reproductivo en México

Desde 2010, en México se ha intentado legislar en torno a las TRA sin tener éxito. En la actualidad, en nuestro país no existen disposiciones jurídicas federales que regulen los aspectos relacionados con las TRA y su realización incluso en el contexto del TR, se lleva a cabo sin verificación sanitaria adecuada.[22] Aunque, con la finalidad de solventar esta falta en algunas entidades federativas se han incluido disposiciones en códigos civiles y familiares (relacionados preponderantemente con temas de filiación), estos componentes no son del ámbito de su competencia y representan una invasión en materia de salubridad general a la Ley General de Salud.[22]

Al respecto, se ha sugerido la creación de normas y reglamentos oficiales que incluyan disposiciones específicas para regular la actuación del personal de salud involucrado en TRA.[23] Esto, con la intención de garantizar en principio el derecho constitucional de protección a la salud, así como poder ofrecer certidumbre y garantía jurídica a las personas sobre los procedimientos.[23] Ya que si bien, el TR podría ser beneficioso para los residentes de una región por el impulso económico y la atracción de recursos y tecnologías que generan a su país, ante la falta de disposiciones jurídicas regulatorias se podría incurrir en faltas graves como es la explotación de personas con fines reproductivos.[19] Esto, en especial en mujeres jóvenes de quienes se busca obtener células sexuales o tomar en renta su útero, en beneficio de personas extranjeras con capacidad económica para pagar.[19]

> *Al respecto, un caso particular que denota la falta de regulación de las TRA y su relación con el TS es el de Tabasco, donde, a partir de 1997 se adicionaron artículos en su Código Civil, permitiendo la práctica de la GS con un matiz contractual patrimonialista-comercial y con claras violaciones a la autonomía de las mujeres gestantes.[24,25] Después de esta permisividad, Tabasco se convirtió en uno de los destinos favoritos de TR, dado que resultaba muy atractivo para las personas extranjeras convertirse en padres, toda vez que en sus países de origen la GS estaba prohibida.[24] Además, se ofrecía la posibilidad de reclutar mujeres en situación de vulnerabilidad y carencias económicas dispuestas a "rentar" su cuerpo como madres de alquiler a cambio de dinero, convirtiéndose esta práctica en un negocio exitoso en muy poco tiempo; como consecuencia de ello, también sobrevino un "boom" de agencias que ofertaban servicios de maternidad subrogada en México.[24]*

En seguida, se presentan dos casos que evidencian cómo la situación de vulnerabilidad económica es aprovechada por el mercado internacional y nacional para la explotación reproductiva de mujeres en condición de pobreza:

El caso de Lisa: [24]

> *En 2015, una pareja de EUA contrató a Lisa, de 33 años, para que gestara un feto a cambio de diez mil pesos al mes, apoyo para seguir estudiando y encontrar trabajo; sin embargo, nunca se firmó contrato. Tiempo después, Lisa descubrió que todo había sido un engaño y que la agencia intermediaria se había quedado con los depósitos.*
>
> *Decidieron continuar con el acuerdo entre ellos y en octubre de 2015, Lisa tuvo un parto de un recién nacido con problemas respiratorios y tuvo que ser hospitalizado por tres meses. La pareja de EUA únicamente se hizo cargo de los gastos por siete días, y le dijeron que tendrían que regresar a California y que regresarían por el niño; sin embargo nunca volvieron.*

El caso de Ana y Ricardo: [26]

> *Nosotros cobramos unos 350 mil pesos por embarazo y si vienen gemelos se paga más. Esto es caro, eso sí les digo a las parejas, si quieren tener a su bebé hay que tener dinero porque nos tienen que pagar todas las consultas, medicamentos, ropa. Y eso sí, si quieren que*

sea aquí en Tabasco es más caro porque los papeles están en regla, pero si nos piden en otro estado ellos deben buscar clínica, porque solo conocemos allá en la ciudad, tenemos un contacto que lo hace... pero no es legal (sic). (Ricardo, de 35 años de edad, esposo de Ana).

A mí me gustaría volver a hacerlo para terminar de construir mi casa (...) pero ya sería para el otro año porque tengo que descansar el cuerpo al menos un año. (Ana, de 38 años de edad, esposa de Ricardo).

Con lo que ganamos me compré la moto y ya no necesito trabajar en el negocio porque ando de repartidor y eso me gusta más, no tengo que trabajar todo el día, sólo cuando quiero. (Ricardo, de 35 años de edad, esposo de Ana).

DISCUSIÓN

El ejercicio per se del TS, no es una práctica nueva en el mundo,[4] ni en México. Aunque, es probable que algunos factores motivantes del TS prevalezcan o muestren similitudes con épocas anteriores, las características y distribución epidemiológica de las enfermedades, así como el tipo de práctica médica para enfrentarlas (alopática, alternativa, complementaria, etc.), le dan características distintivas específicas hoy en día.

Al respecto, varios procedimientos que a las personas les realizan en otro país no necesariamente están relacionados con tratar sus enfermedades, ya que muchos procedimientos son "electivos" o estéticos. En estos casos, no hay necesariamente una condición morbosa y realizarlos tiene más la finalidad de cambiar la apariencia física corporal. Por esto, aunque podría resultar conveniente dividir al TS en turismo del bienestar y médico,[2] los procedimientos podrían traslaparse en uno u otro rubro generando confusión entre los usuarios. Es claro que hay un intervalo amplio de posibles consecuencias de diferente magnitud que podrían derivarse de someterse a un tratamiento complementario como yoga, o a uno de tipo quirúrgico cualquiera que este fuera.

Si bien, el TS ha venido a ser una alternativa atractiva tanto para países de "salida" como de "destino",[21] es poco probable que denominar "principal destino turístico"[10] a un país, se pueda explicar meramente por factores económicos, incluso en el caso de México. Aunque se le ha denominado "epicentro,"[12] del TS global por ofrecer servicios con ahorro económico sustancial, esto no necesariamente podría ser el principal motivante para que las personas ingresen a nuestro país.

De la adición de la fracción X Bis al Artículo 7 de la Ley General de Turismo,[13] se puede visualizar que la descripción considera la "buena" intención para que la Secretaría de Turismo y de Salud colaboren y participen conjuntamente, pero poco se refiere a las características de programas, lineamientos, criterios y estándares de calidad del TS. De acuerdo con esto, le correspondería en forma concurrente al Ejecutivo Federal (a través de la Secretaría de Turismo), que esta fracción se aplique y de manera conjunta con la Secretaría de Salud, se definan tanto los componentes de calidad que deberá tener el TS en términos de prestación de servicios médicos, como con lo concerniente a su promoción.

Asimismo, dado que la adición se realizó hasta 2022, cuando México ya figuraba como "potencia" de TS desde 2019,[11] se puede inferir que esta práctica se realizaba sin regulaciones jurídicas. Esto podría propiciar que nuestro país se visualice por las personas como "una mejor opción" para el TS, más que sus países de origen, aún tratándose de naciones altamente desarrolladas en el campo médico como EUA, y aún socavando los riesgos de presentar complicaciones derivadas de la falta de normatividad.

Otro argumento, que fundamenta la falta de regulación jurídica, más que el aspecto económico como principal motivante para el TS en nuestro país, es el caso de las TRA que se realizan en el contexto del TR. Es preocupante que, siendo México un país con una gran oferta en servicios de TRA, (130 establecimientos en 22 entidades federativas),[27] no se cuente con un marco jurídico regulatorio a pesar de que desde 2010 se ha intentado fallidamente legislar en relación con el tema. Asimismo, es claro que la alta prevalencia de infertilidad en las personas, la poca accesibilidad a tratamientos de TRA en sus países de origen y la amplia laxitud de las leyes mexicanas, son factores que han llevado a México a convertirse, más que en "epicentro", en un "paraíso" del TR, carente de regulación sanitaria, como es el caso de Tabasco.

Respecto al ejemplo de Tabasco, es claro que, aunque los intentos por regular la GS por medio de su Código Civil representan acciones

locales que han buscado solventar grandes vacíos, como el relacionado con la explotación reproductiva o la comercialización de niñas y niños, también podría inferirse que, al tratarse de una regulación de alcance muy focalizado, se buscaría evitar poner un "alto total" que contravenga la continuidad de este tipo de TRA y, con ello, afectar intereses particulares. Esto, a pesar de que en 2021, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), resolvió que los preceptos normativos del Código Civil de Tabasco en materia de GS, supera las facultades del Congreso local, y que tales resoluciones son competencia del ámbito federal.[24]

Los casos previamente presentados ponen en evidencia que existen fines evidentemente lucrativos derivados del TR en México, sobre todo en mujeres con vulnerabilidad económica. Aunado a esto, la práctica del TR y la GS sin una normatividad sanitaria que la regule podría traer consigo repercusiones negativas en diferentes niveles como: la desviación de recursos del sistema de salud para atender a la población turista en lugar de a la población local; la exposición a nuevas enfermedades; la trata de mujeres; la extracción de órganos para trasplantes; la compraventa de recién nacidos y la transacción comercial de células sexuales (gametos) y embriones sobrantes de las TRA.[26,28]

Con relación a esta última, la acumulación y el destino final que deberían tener los gametos y embriones representan un problema de décadas,[29] propiciado también por falta de regulación jurídica, que ha dejado en situación de desamparo tanto a personas donantes como receptoras.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En México no se cuenta con un marco legal definido que regule la práctica del TS, en especial del TR. La falta de estas disposiciones detalladas y su flexibilidad podrían explicar que nuestro país sea visto como potencia del TS, sin que necesariamente lo sea. Las personas que optan por el TS (en específico TR), se encuentran en un estado endeble de poca certeza jurídica. Esta condición podría tomarse como una oportunidad con fines puramente lucrativos, dejando en segundo término el enunciado constitucional del derecho a la protección de la salud de las personas. Aunque está latente que la práctica del TR bajo estos términos podría acarrear consecuencias potencialmente adversas tanto para las personas (pacientes), que demandan este tipo de servicios como para las que lo proveen, estas también podrían impactar sustancialmente en el ámbito social, bioético, demográfico, biológico, político y económico, entre otros. De estas, dos requerirían especial énfasis por su trascendencia: la relacionada con los procesos de obtención y destino final de células sexuales y embriones, así como lo concerniente a la GS. Esto, debido a que, además de la visión desde el derecho sanitario, estas consecuencias se plantean como conflictos éticos que requieren un abordaje con perspectiva bioética y de género.

Por lo anterior, es prioritario generar investigación de campo con el objetivo de tener un diagnóstico situacional del TS (y por ende del TR) en México, así como legislar sincrónicamente en torno al tema, con participación no solo del Senado de la República, sino también con representación de expertos de las áreas de la salud, bioética y del derecho sanitario.

REFERENCIAS

1. Centers for Disease Control and Prevention. Medical Tourism | CDC Yellow Book 2024 [Internet]. [citado 2025 feb 17]. Disponible en: https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/health-care-abroad/medical-tourism

2. Malhotra S, Dash M. Medical Tourism and its Entrepreneurial Opportunities - a conceptual framework for entry into the industry [Internet]. [citado 2025 feb 18]. Disponible en: https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/4671

3. Instituto Nacional del Cáncer. Medicina complementaria y alternativa (MCA) [Internet]. 2015 [citado 2025 feb 18]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/mca

4. Aragónes J, Payares J. El turismo de salud: Conceptualización, historia, desarrollo y estado actual del mercado global [Internet]. [citado 2025 feb 18]. Disponible en: https://www.semanticscholar.org/paper/El-turismo-de-salud%3A-Conceptualización%2C-historia%2C-y-Aragonés-Payares/7bbf078a6d5333d910c9c96678ea939284e00cc9

5. Market.Us. Medical Tourism Statistics: Emerged as A Significant Global Industry [Internet]. 2023 [citado 2025 feb 18]. Disponible en: https://www.globenewswire.com/news-release/2023/09/29/2752064/0/en/Medical-Tourism-Statistics-Emerged-as-A-Significant-Global-Industry-Where-Individuals-Travel-Across-International-Borders-to-Seek-Medical-Treatment.html

6. Dalen JE, Alpert JS. Medical Tourists: Incoming and Outgoing. Am J Med [Internet]. 2019;132(1):9–10 [citado 2025 feb 20]. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S000293431830620X

7. Stoney RJ, Kozarsky P, Walker AT, Gaines J. Population-based surveillance of medical tourism among U.S. residents from 11 states and territories. Infect Control Hosp Epidemiol [Internet]. 2022;43(7):870–5 [citado 2025 feb 20]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8922991/

8. Concanaco Servytur. México, epicentro del turismo médico global [Internet]. [citado 2025 feb 19]. Disponible en: https://www.concanaco.com.mx/turismo/notasdeinteres/mexico-epicentro-del-turismo-medico-global

9. Embajada de México en Dinamarca. Turismo médico [Internet]. [citado 2025 feb 19]. Disponible en: https://embamex.sre.gob.mx/dinamarca/images/pdf/medico.pdf

10. Government of India. National Strategy and Roadmap for Medical and Wellness Tourism [Internet]. [citado 2025 feb 20]. Disponible en: https://tourism.gov.in/sites/default/files/2022-05/National%20Strategy%20and%20Roadmap%20for%20Medical%20and%20Wellness%20Tourism.pdf

11. Secretaría de Turismo de México. México es la segunda potencia mundial en turismo médico y la primera en turismo dental [Internet]. [citado 2025 feb 20]. Disponible en: http://www.gob.mx/sectur/prensa/mexico-es-la-segunda-potencia-mundial-en-turismo-medico-y-la-primera-en-turismo-dental-afirmo-miguel-torruco-marques-201114

12. Concanaco Servytur. Ley General del Turismo en materia de turismo médico [Internet]. [citado 2025 feb 20]. Disponible en: https://www.concanaco.com.mx/prensa/tepuedeinteresar/ley-general-del-turismo-en-materia-de-turismo-medico

13. Cámara de Diputados de México. Ley General de Turismo [Internet]. [citado 2025 feb 20]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGT.pdf

14. Organización Panamericana de la Salud. La OMS alerta de que una de cada seis personas padece infertilidad [Internet]. 2023 [citado 2025 feb 21]. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/4-4-2023-oms-alerta-que-cada-seis-personas-padece-infertilidad

15. Inhorn MC, Patrizio P. Rethinking reproductive "tourism" as reproductive "exile". Fertil Steril [Internet]. 2009;92(3):904–6 [citado 2025 feb 21]. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0015028209000466

16. Connolly MP, Hoorens S, Chambers GM, ESHRE Reproduction and Society Task Force. The costs and consequences of assisted reproductive technology. Hum Reprod Update [Internet]. 2010;16(6):603–13 [citado 2025 feb 27]. Disponible en: https://academic.oup.com/humupd/article-lookup/doi/10.1093/humupd/dmq013

17. Bergmann S. Fertility tourism: circumventive routes that enable access to reproductive technologies and substances. Signs (Chic). 2011;36(2):280–8

18. Chambers GM, Sullivan EA, Ishihara O, Chapman MG, Adamson GD. The economic impact of assisted reproductive technology. Fertil Steril [Internet]. 2009;91(6):2281–94 [citado 2025 feb 27]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028209008735

19. Chiware TM, Vermeulen N, Blondeel K, Farquharson R, Kiarie J, Lundin K, et al. IVF and other ART in low- and middle-income countries: a systematic landscape analysis. Hum Reprod Update [Internet]. 2020;27(2):213–28 [citado 2025 feb 27]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7903111/

20. Fertility Clinics Abroad. 2020 Fertility Treatment Survey [Internet]. [citado 2025 feb 26]. Disponible en: https://www.fertilityclinicsabroad.com/wp-content/uploads/2020/07/2020-Fertility-Treatment-Survey.pdf

21. Ethics Committee of the ASRM. Cross-border reproductive care: an Ethics Committee opinion [Internet]. 2022 [citado 2025 feb 27]. Disponible en: https://www.asrm.org/practice-guidance/ethics-opinions/cross-border-reproductive-care-an-ethics-committee-opinion-2022/

22. Pérez RVE, Valle FC. El anclaje jurídico ante las técnicas de reproducción asistida. Bol Mex Der Comp [Internet]. 2018 abr 16 [citado 2025 ene 29]. Disponible en: https://revistas.juridicas.unam.mx/

23. Comisión Nacional de Bioética. Informe anual [Internet]. [citado 2025 feb 4]. Disponible en: https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Informe.pdf

24. Madero A. La explotación reproductiva en México: el paraíso del tráfico humano [Internet]. Early Institute; 2024 Jul 4 [citado 2025 May 13]. Disponible en: https://earlyinstitute.org/2024/07/04/la-explotacion-reproductiva-en-mexico-el-paraiso-del-trafico-humano/

25. Pérez GM, Cantoral K. La normativa en el estado de Tabasco, México, como política pública de defensa a grupos vulnerables en la gestación por sustitución [Internet]. Actualidad Jurídica Iberoamericana. 2024 Jun [citado 2025 May 13];20 bis:662-689. Disponible en: https://revista-aji.com/wp-content/uploads/2024/06/AJI20bis_22.pdf

26. Alberti P, López K, Solana-Villanueva N, Pimentel-Aguilar S. Alquiler de vientres como explotación reproductiva de mujeres rurales de Tabasco. Convergencia Rev Cienc Soc [Internet]. 2024 [citado 2025 May 13];31:e20648. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/pdf/conver/v31/2448-5799-conver-31-e20648.pdf

27. Secretaría de Salud. SEASS_RA.pdf [Internet]. [citado 2025 ene 31]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/439319/SEASS_RA.pdf

28. Álvarez Díaz JA. Una mirada crítica al turismo reproductivo. Salud Problema [Internet]. 2012 [citado 2025 May 13];6(11):36–52. Disponible en: https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/263/263

29. Reguera Cabezas M, Cayón-De Las Cuevas J. Deseados pero abandonados: el incierto destino de los embriones criopreservados. Rev Bio y Der. 2021;(53):139-157. doi:10.1344/rbd2021.53.36977. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n53/1886-5887-bioetica-53-139.pdf

Cruz-Arenas E ORCID: 0000-0003-0238-9518
De Paz-Duque K ORCID: 0009-0008-3293-1041

Conflicto de intereses:
"Los autores declaran que no existen conflictos de interés personales, comerciales, financieros ni de otra índole que puedan influir en el contenido, resultados o interpretación del presente artículo".

Financiamiento: Este trabajo no recibió apoyo financiero de ninguna fuente pública, privada ni institucional.

CC BY
OPEN ACCESS

REVISTA CONAMED

Reporte de Caso
Vol. 30, Núm. 2, 2025. pp. 94-98
Folio: 020-2025-RC

Manejo de los cuidados paliativos en una adolescente con osteosarcoma

Palliative care management in an adolescent with osteosarcoma

Robles-Castro J[1], Trujillo-Minero DE[2]

1 Médica especialista en Oncología Pediátrica, médico adscrito en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad Petróleos Mexicanos.

2 Médico residente de pediatria, Hospital Central Sur de Alta Especialidad Petróleos Mexicanos.

RESUMEN

El osteosarcoma es el tumor óseo más frecuente en la edad pediátrica con una incidencia de cerca de 4.4 casos por millón de niños reportados cada año. Presentamos el caso de una paciente femenina de 12 años con diagnóstico de sarcoma osteogénico de tipo osteoblástico, que tras tratamiento quimioterapéutico y quirúrgico presentó progresión metastásica pulmonar y renal. Ante la ausencia de posibilidad curativa, se instauró un plan de cuidados paliativos integrales en hospitalización, enfocados en el manejo del dolor, la conservación de la funcionalidad y el bienestar emocional. La intervención se realizó de forma multidisciplinaria e incluyó personal médico, de enfermería, trabajo social y apoyo psicológico, priorizando en todo momento la toma de decisiones compartida con la paciente y sus padres. Se brindó acompañamiento activo durante el final de la vida, respetando la voluntad y dignidad de la paciente. Este caso ilustra los desafíos clínicos, éticos e institucionales en la atención paliativa de adolescentes con enfermedades terminales, así como la necesidad de protocolos que integren el enfoque humanista en el entorno hospitalario.

Palabras clave: osteosarcoma; adolescencia; cuidados paliativos; paciente terminal; derechos del paciente

ABSTRACT

Osteosarcoma is the most common bone tumor in children, with an incidence of approximately 4.4 cases per million children reported each year. We present the case of a 12-year-old female patient diagnosed with osteoblastic osteogenic sarcoma who, after chemotherapy and surgical treatment, developed pulmonary and renal metastatic progression. Given the absence of curative options, a comprehensive palliative care plan was implemented during hospitalization, focused on pain management, preservation of function, and emotional well-being. A multidisciplinary team including medical staff, nursing personnel, social work, carried out the intervention and psychological support, prioritizing shared decision-making with the patient and her parents at all times. Active support was provided during end-of-life care, respecting the patient's dignity and wishes. This case highlights the clinical, ethical, and institutional challenges of palliative care in adolescents with terminal illnesses, and underscores the need for protocols that integrate a humanistic approach within hospital settings.

Keywords: osteosarcoma; adolescence; palliative care; terminal care; patient rights

#IdeaClave
La atención paliativa integral en adolescentes con cáncer avanzado debe garantizar control del dolor, apoyo emocional y decisiones compartidas, centradas en la dignidad y calidad de vida.

Autor(a) de correspondencia:
Dra. Julieta Robles Castro. Centro de Adscripción: Médico adscrito, oncología pediátrica, Hospital Central Sur de Alta Especialidad, Petróleos Mexicanos, Ciudad de México.
Correo electrónico: julieta.robles@pemex.com

Citar como:
Robles-Castro J, Trujillo-Minero DE. Manejo de los cuidados paliativos en una adolescente con osteosarcoma. *Rev CONAMED*. 2025;30(2): 94-98.

Fecha de recepción:
22 de junio de 2025
Fecha de aceptación:
26 de junio de 2025

INTRODUCCIÓN

El osteosarcoma es el tumor óseo más frecuente en la edad pediátrica con una incidencia de cerca de 4.4 casos por millón de niños reportados cada año. La edad más frecuente de aparición es en la adolescencia alrededor de los 10-14 años y en la edad adulta alrededor de los 65 años, y es más frecuente en el sexo masculino.[1] Los sitios de presentación más frecuentes son la región distal del fémur, proximal de la tibia y proximal del húmero. Puede presentarse como un tumor primario, pero también asociado a factores de riesgo como enfermedad de Paget, transformación maligna de lesiones óseas benignas, efecto tardío por radioterapia o quimioterapia, o predisposición genética. La sobrevida libre de enfermedad a 5 años cuando la enfermedad es localizada se encuentra alrededor del 60%, cuando existe enfermedad metastásica es menor al 20%.[2]

Al diagnóstico hasta un 25% de los pacientes presentarán enfermedad metastásica pulmonar evidente. El tratamiento actual de esta patología es la neoadyuvancia con quimioterapia multiagente con posterior cirugía para control local con adyuvancia y control quirúrgico de la enfermedad metastásica. El osteosarcoma no es radiosensible por lo que esta modalidad de tratamiento solo es utilizada cuando existe enfermedad irresecable, por ejemplo, cuando el tumor se encuentra en la región pélvica o los huesos de la cara.[3] Los factores pronósticos incluyen el sitio de presentación y el tamaño tumoral, la posibilidad de resección con márgenes quirúrgicos negativos, la respuesta histológica al tratamiento neoadyuvante y la presencia de enfermedad metastásica. La principal causa de recurrencia es la enfermedad metastásica.[4]

Cuando no es posible la curación, es necesario iniciar el manejo paliativo. Los cuidados paliativos se definen, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el abordaje realizado para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias cuando se enfrentan a una enfermedad que pone en riesgo la vida y se inicia desde el inicio de la enfermedad, en conjunto con otras terapias que se utilizan para prolongar la vida.[5] Los cuidados paliativos incluyen un grupo multidisciplinario de personal sanitario y administrativo, apoyado por la familia y comunidad del paciente. Los pacientes adolescentes se encuentran en un momento de angustia cuando, además de presentar emociones intensas con relación a aspectos sociales, existenciales, espirituales, emocionales y físicos, se enfrentan con una enfermedad incurable que requiere necesidades físicas y psicosociales distintas. La toma de decisiones en este grupo de pacientes es difícil ya que existen consideraciones legales y éticas con respecto a su autonomía y las prioridades de sus tutores.[6]

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente femenino de 12 años que en junio del 2023 presenta limitación del movimiento, parestesias y disminución de la fuerza de la extremidad superior derecha; acompañado de dolor tipo pulsátil y aumento de volumen en el hombro de manera ipsilateral. Por lo que dentro del abordaje inicial del paciente en su unidad de adscripción se decide tomar una radiografía de hombro derecho *(Imagen 1),* la cual mostraba la presencia de una lesión lítica en región proximal de hombro derecho.

Imagen 1. Radiografía de hombro derecho con presencia de lesión lítica en diáfisis proximal del húmero.

En julio de 2023 se realizó biopsia de la lesión y el estudio histopatológico, con inmunohistoquímica, reportó sarcoma osteogénico de tipo osteoblástico, con positividad para p16 y Ki67 en el 80% de la muestra. Fue referida al Hospital Central Sur de Alta Especialidad de los Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos, una institución de salud de alta especialidad, donde se inició tratamiento con quimioterapia neoadyuvante, completando cuatro ciclos.

La resonancia magnética posterior evidenció progresión de la enfermedad con implicación de estructuras neurovasculares por lo que la preservación de la extremidad no se consideró viable

como ruta de tratamiento *(Imagen 2)*. En diciembre de 2023 se realizó desarticulación interescapulotorácica derecha, logrando resección tumoral de 8 x 11 cm con involucro de tejidos blandos y paquete neurovascular, y necrosis inferior al 10%. Posteriormente recibió cinco ciclos de quimioterapia adyuvante.

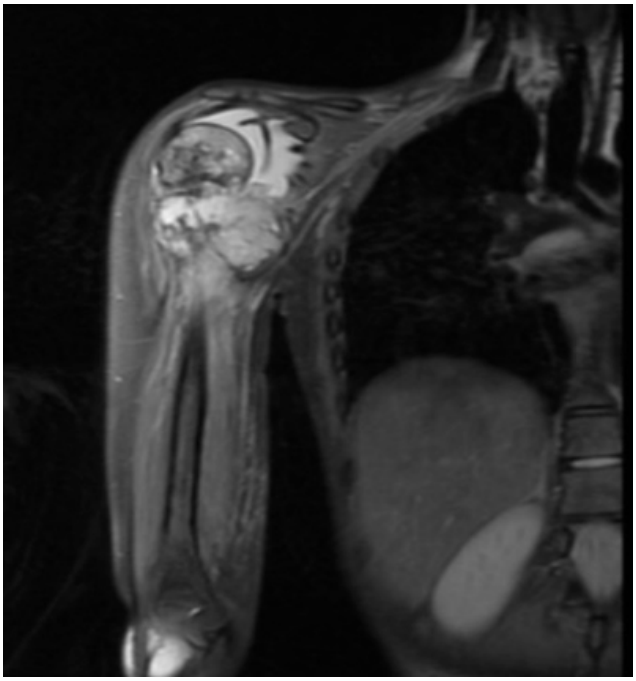

Imagen 2. Resonancia magnética de hombro derecho con presencia osteosarcoma con involucro neurovascular

Durante el tratamiento, fue valorada por cardiología pediátrica, identificándose disfunción ventricular con strain ~15%, atribuida al uso de antraciclinas. Asimismo, fue evaluada por nefrología, diagnosticandose nefropatía asociada a cisplatino con desequilibrio hidroelectrolítico.

En el seguimiento clínico, se documentó progresión sistémica con metástasis pulmonares bilaterales, por lo que se inició esquema de quimioterapia de rescate. Tras seis semanas de tratamiento, se realizó metastasectomía pulmonar bilateral. En julio de 2024, durante la vigilancia postquirúrgica, se identificó nueva progresión tumoral con compromiso renal.

Ante este escenario, se consideró la enfermedad como no curable y se decidió, en conjunto con la familia, la transición a cuidados paliativos.

INTERVENCIÓN INSTITUCIONAL

Manejo paliativo

Una vez corroborada la progresión de la enfermedad por enfermedad sistémica, con predominio en riñón se iniciaron medidas de soporte conforme a la sintomatología presentada por la paciente para mantener la uresis asi como evitar el sangrado por vías urinarias.

El manejo fue coordinado por un equipo multidisciplinario integrado por personal médico (pediatras, especialistas y residentes), enfermería, trabajo social y psicología, además del acompañamiento administrativo necesario. La atención se centró en proporcionar confort físico, emocional y espiritual, de acuerdo con los principios de la atención paliativa pediátrica. La paciente y sus padres participaron activamente en la toma de decisiones, priorizando sus valores y deseos.

Cuidados al final de la vida

Dado el pronóstico desfavorable, se activaron los cuidados al final de la vida, entendidos como aquellos brindados cuando la expectativa de vida es menor a seis meses. Estos cuidados incluyeron manejo de síntomas refractarios, administración de hemoderivados, adaptación nutricional y actividades significativas para la paciente, como sesiones de lectura, elaboración de dibujos y organización de un *"día de cine"* con películas de su elección.

La paciente falleció en su habitación hospitalaria, acompañada por ambos padres, en un entorno de contención y respeto. El equipo de salud proporcionó acompañamiento tanatológico antes, durante y después del fallecimiento. Semanas más tarde, la familia envió un mensaje de agradecimiento por el cuidado brindado durante esta etapa.

APRENDIZAJE Y REFLEXIÓN

Consentimiento informado en pacientes pediátricos

De acuerdo con la NORMA Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, *"Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos"*, y al final de la vida en personas menores de edad deben estar sustentados en un consentimiento informado otorgado por madres, padres o tutores.[8] En este

caso, se respetaron los aspectos ético-legales, garantizando que la familia contara con información clara y suficiente para tomar decisiones conjuntas con el equipo médico.

Uno de los requisitos más importantes para la implementación de los cuidados paliativos y al final de la vida debe ser el no causar mayor sufrimiento en el paciente y su familia. Se debe evitar la confrontación de criterios de atención y la obstinación terapéutica.

Evitar la obstinación terapéutica

Una de las principales premisas en el manejo de pacientes terminales es evitar intervenciones innecesarias que prolonguen el sufrimiento sin ofrecer un beneficio real. En este caso, la transición oportuna hacia un enfoque paliativo permitió priorizar el bienestar de la paciente, evitando la confrontación de criterios clínicos y la obstinación terapéutica.

Atención hospitalaria con enfoque humanista

Aunque los cuidados paliativos pediátricos suelen recomendarse en el entorno domiciliario, en casos como este, donde los síntomas físicos son complejos o severos, la hospitalización puede ofrecer un entorno controlado y compasivo. La adaptación del entorno hospitalario a las necesidades emocionales y recreativas de la paciente fue clave para preservar su calidad de vida.

Cumplimiento de normativas y guías nacionales

El Diario Oficial de la Federación, en su publicación del 13 de septiembre de 2022, establece la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos en el país. Asimismo, la *"Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico"* publicada en 2016 ofrece orientaciones específicas que fueron seguidas por el equipo de atención.[9]

Acompañamiento psicosocial: un eje central

El equipo tratante reconoció la importancia de atender no solo los síntomas físicos, sino también las necesidades psicológicas, emocionales y sociales de la paciente y su familia. La integración de estrategias lúdicas, la escucha activa y el acompañamiento tanatológico evidenciaron el compromiso con una atención compasiva, digna y centrada en la persona.[10]

RECOMENDACIONES

- Fortalecer la capacitación del personal de salud en cuidados paliativos pediátricos, incluyendo habilidades de comunicación, manejo del dolor y acompañamiento emocional.
- Establecer protocolos institucionales claros para la transición oportuna del tratamiento curativo al manejo paliativo en pacientes con enfermedades avanzadas o terminales.
- Garantizar el cumplimiento del marco normativo vigente, como la NORMA Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, *"Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos"* y la *"Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico"*.
- Promover la toma de decisiones compartidas entre el equipo médico, el paciente y su familia, respetando la autonomía progresiva de las y los adolescentes.
- Asegurar la disponibilidad de recursos interdisciplinarios, incluyendo apoyo psicológico, trabajo social y acompañamiento tanatológico, como parte del modelo integral de atención.
- Incorporar actividades lúdicas y elementos significativos que permitan a las y los pacientes mantener un sentido de identidad, control y dignidad durante el proceso de final de vida.

REFERENCIAS

1. (Menendez, N., Epelman, M., Shao, L., Douglas, D., & Meyers, A. B. (2022). Pediatric Osteosarcoma: Pearls and Pitfalls. Seminars in ultrasound, CT, and MR, 43(1), 97–114. https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1053/j.sult.2021.05.010)

2. (Beird, H. C., Bielack, S. S., Flanagan, A. M., Gill, J., Heymann, D., Janeway, K. A., Livingston, J. A., Roberts, R. D., Strauss, S. J., & Gorlick, R. (2022). Osteosarcoma. Nature reviews. Disease primers, 8(1), 77. https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1038/s41572-022-00409-y)

3. (Sharin, F., Pai, A., & Mair, M. (2023). Management of osteosarcoma of the head and neck. Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery, 31(4), 269–275. https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1097/MOO.0000000000000900

4. Eaton, B. R., Schwarz, R., Vatner, R., Yeh, B., Claude, L., Indelicato, D. J., & Laack, N. (2021). Osteosarcoma. Pediatric blood & cancer, 68 Suppl 2, e28352. https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1002/pbc.28352)

5. World Health Organization. Definition of palliative care. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/palliative-care. Published 2021. Revisado el 16 de junio del 2025

6. Johnston, E. E., & Rosenberg, A. R. (2024). Palliative Care in Adolescents and Young Adults With Cancer. Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology, 42(6), 755–763. https://doi.org/10.1200/JCO.23.00709)

7. Tatum P. E. (2020). End-of-Life Care: Hospice Care. FP essentials, 498, 26–31

8. Norma Oficial Mexicana. NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5375019&fecha=09/12/2014#gsc.tab=0 Revisado el 16 de junio del 2025

9. Modificación a el Anexo Único del diverso por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5664215&fecha=13/09/2022&print=true Revisado el 16 de junio del 2025

10. Sinclair, S., Bouchal, S. R., Schulte, F., M T Guilcher, G., Kuhn, S., Rapoport, A., Punnett, A., Fernandez, C. V., Letourneau, N., & Chung, J. (2021). Compassion in pediatric oncology: A patient, parent and healthcare provider empirical model. Psycho-oncology, 30(10), 1728–1738. https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1002/pon.5737)

Robles-Castro J ORCID 000-0002-2498-7386
Trujillo-Minero DE ORCID: 0000-0003-1139-8678

Conflicto de intereses:
"Los autores declaran no tener conflicto de intereses de cualquier índole que pudieran representar un sesgo para la información presentada en este artículo".

Financiamiento: Este trabajo no recibió apoyo financiero de ninguna fuente pública, privada ni institucional.

CC BY
OPEN ACCESS

REVISTA CONAMED

Artículo de Opinión
Vol. 30, Núm. 2, 2025. pp. 99-106
Folio: 008-2025-RC

Resignificación de la Discapacidad Auditiva: hacia una Sociedad Inclusiva

Re-signification of Hearing Disability: towards an Inclusive Society

Sánchez-Morales CA[1], Benítez-Carrillo HC[2], Corzo-Olivares AL[3], Cuevas- Gutiérrez VY[4]

1.Profesor de licenciatura en derecho Instituto Tecnológico de Monterrey TEC, profesor de Maestría en la Universidad de las Mujeres, Jefe del Departamento de Reclutamiento, Selección y Capacitación de personal Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán INCMNSZ.
2. Egresada de Psicología, Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco.
3.Estudiante de licenciatura Diseño Multimedia, Universidad Valle de México unidad Coyoacán.
4.Licenciada en Psicología Egresada de la Universidad de Ecatepec (UNE), con Maestría de Administración en RRHH en la Universidad Tecnológica Latinoamericana UTEL. Psicoterapeuta en Centro de Cirugía Plástica

RESUMEN

Una sociedad más inclusiva requiere centrarse en las personas con discapacidad auditiva, pues a menudo se invisibilizan, a pesar de los avances que existen en el combate contra la discriminación, generando exclusión y marginación.

La sordera conlleva barreras tanto físicas como sociales debido a la falta de reconocimiento de las necesidades de la comunidad sorda. Aunque ya existe un marco legal robusto, nacional e internacional se necesita conocer y querer comprender su contenido para entonces aplicarlo.

Es decir, no basta con lo que ya se tiene, debemos de sensibilizarnos, pues la intención es combatir prejuicios y lograr una verdadera integración con comprensión y empatía.

Únicamente así, podremos avanzar como sociedad para poder valorar y respetar la diversidad en todas sus formas.

Palabras clave: accesibilidad, barreras comunicativas, cohesión social, derechos humanos, discapacidad auditiva, discriminación, inclusión, integración, legislación incluyente, lengua materna de señas, poblaciones vulnerables.

ABSTRACT

A more inclusive society must focus on people with hearing disabilities, as they are often rendered invisible despite advancements in the fight against discrimination, leading to exclusion and marginalization.

Deafness presents both physical and social barriers due to the lack of recognition of the deaf community's needs. Although there is already a robust legal framework at both national and international levels, it is essential to understand and genuinely commit to

Autor(a) de Correspondencia:
Mtra. Verónica Yolanda Cuevas Gutiérrez Psicoterapeuta en Centro de Cirugía Plástica Av. Magdalena 334, Colonia del Valle Centro. C.P. 03103, Benito Juárez. CDMX, correo electrónico: psicologacuevasgtz@gmail.com

Citar como:
Sánchez-Morales CA, Benítez-Carrillo HC, Corzo-Olivares AL, Cuevas-Gutiérrez VY. Resignificación de la Discapacidad Auditiva: hacia una Sociedad Inclusiva. *Rev CONAMED*. 2025;30(2): 99-106.

Fecha de recepción:
25 de marzo de 2025
Fecha de aceptación:
28 de mayo de 2025

comprehending its content in order to implement it effectively.

In other words, what currently exists is not enough—we must foster awareness, as the goal is to challenge prejudices and achieve true integration through understanding and empathy.

Only in this way can we progress as a society, learning to value and respect diversity in all its forms.

keywords: accessibility, communication barriers, social cohesion, human rights, hearing impairment, discrimination, inclusion, integration, inclusive legislation, mother tongue of signs, vulnerable populations.

INTRODUCCIÓN

Hacia una sociedad inclusiva: el desafío de la discapacidad auditiva

Una sociedad verdaderamente inclusiva no se limita a integrar a los grupos en situación de vulnerabilidad, sino que garantiza igualdad de oportunidades, accesibilidad y una participación plena en los ámbitos social, educativo y laboral. Para lograrlo, no basta con eliminar barreras físicas y comunicativas, sino que es esencial fomentar actitudes de respeto, aceptación y reconocimiento de la diversidad como un valor fundamental.

La inclusión es un proceso de transformación sistémica que requiere la eliminación de obstáculos físicos, actitudinales y pedagógicos para asegurar que todos los seres humanos, independientemente de sus características, puedan ejercer sus derechos en igualdad de condiciones. Como señalan Tony Booth y Mel Ainscow (2000),[1] esta transformación no se reduce únicamente a ajustes estructurales, sino que demanda un cambio cultural que permita consolidar la equidad como eje central del desarrollo social.

Para lograr una sociedad más inclusiva, es urgente priorizar a la comunidad con discapacidad auditiva, un grupo que, según estimaciones basadas en tendencias de la OMS, podría superar el 6% de la población mundial en 2025.[2] A pesar de su presencia activa en la sociedad, continúan enfrentando brechas sistémicas que restringen su acceso equitativo a la educación, el empleo y la participación social.

A nivel internacional, diversos países han implementado estrategias para mejorar la inclusión de la comunidad sorda. Por ejemplo, la Ley de Canadá Accesible (ACA) destacando sus normas sobre la empleabilidad inclusiva ha promovido la contratación de miembros de dicha comunidad, asegurando entornos accesibles. Estas iniciativas pueden servir como referencia para reforzar y adaptar esfuerzos dentro del contexto mexicano.[3]

En México, por ejemplo, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), los datos del 2023 reflejan una realidad preocupante: 46 de cada 100 personas de 5 a 29 años con discapacidad asistían a la escuela, en comparación con el 60 de cada 100 de la población sin discapacidad *(Imagen 1)*.[4]

Imagen 1. Shyva. Imagen de Tren, Niño y Triste.

No obstante, en México a pesar de los avances en la comprensión de diversas discapacidades, en especial, la discapacidad auditiva permanece invisibilizada, esto radica en que para conocer de esta discapacidad, es necesario establecer una interacción directa con quienes la viven, pues únicamente de esta forma se podría apreciar la complejidad de sus actividades cotidianas y los desafíos que enfrentan al tratar de ajustarse a las circunstancias que no responden a sus necesidades. Considerando lo anterior, resulta imperativa una

deconstrucción de los estereotipos asociados a esta discapacidad, con deconstrucción, nos referimos a desmontar y cuestionar las ideas preconcebidas y/o prejuicios que rodean a la discapacidad auditiva, lo cual a su vez descansa en el pensamiento de Jacques Derrida *(Deshacer analíticamente algo para darle una nueva estructura. Usado también en sentido figurado aplicado a otros ámbitos)*.[5] Paralelamente, es necesaria una reconfiguración de las estructuras sociales que perpetúan estas dinámicas, ya que será únicamente mediante la transformación tanto de las percepciones como de las condiciones materiales que se podrá avanzar hacia un modelo social que no se limite a la inclusión superficial, sino que reconozca y valore la diversidad como fundamento del desarrollo colectivo.

Sin embargo, nos enfrentamos a situaciones contrarias al deber ser, que se materializan como barreras, en perjuicio de la comunidad sorda *(Imagen 2)*.

Imagen 2. Popov A. Audífono de audiología para niños.

BARRERAS SOCIALES Y COMUNICATIVAS

La comunidad con discapacidad auditiva enfrentan una serie de desafíos que trascienden la limitación en la percepción sonora, estas dificultades afectan su integración social y su calidad de vida.[6]

Uno de los obstáculos más significativos es la falta de accesibilidad a servicios básicos, como la atención médica y la información pública y no se trata de una negación explícita, sino de que, en la realidad, los proveedores de bienes y servicios no siempre tenemos la preparación para comunicarnos de manera efectiva con el colectivo que viven con esta discapacidad.

Lo anterior genera consecuencias graves que impactan directamente su bienestar. Por ejemplo, la carencia de intérpretes de lengua de señas en entornos educativos y laborales contribuye a la segregación, limitando oportunidades de desarrollo para la comunidad sorda.

Si bien existen esfuerzos para lograr equidad en el acceso a derechos —como la implementación de tecnologías accesibles—, el problema persiste por la falta de sensibilización social. Por ello, es crucial abordar estos desafíos con un enfoque integral que promueva tanto la accesibilidad, como la adaptación de entornos y el uso del lenguaje como herramienta inclusiva.

ROL DE LA LENGUA DE SEÑAS MEXICANA

La comunidad sorda enfrenta barreras comunicativas derivadas del predominio del español como lengua hegemónica. Ante esto, el Estado Mexicano ha impulsado el reconocimiento de la Lengua de Señas Mexicana (LSM) como herramienta esencial para garantizar accesibilidad.

Algunos países han avanzado significativamente en el reconocimiento de lenguas de señas como elemento central de accesibilidad. Brasil, por ejemplo, Bajo la Ley N° 10.436/2002 (Ley de Libras) reconoce oficialmente la Lengua Brasileña de Señas (Libras) y exige su enseñanza en universidades y espacios públicos. México podría explorar estrategias similares para fortalecer la integración de la LSM en entornos institucionales y comunitarios *(Imagen 3)*.[7]

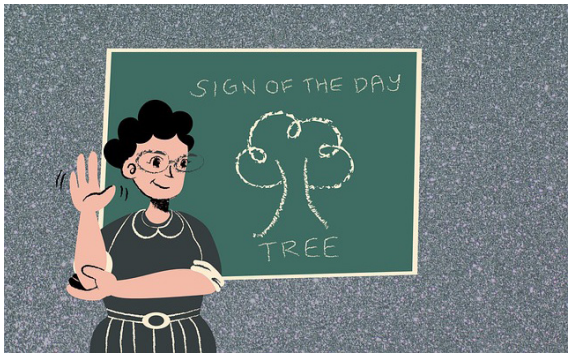

Imagen 3. Moondace E. Imagen de Lenguaje de señas, Profesor de lenguaje de señas y Profesor de lengua inglesa.

En este marco, la **Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad** (2011) reconoce la Lengua de Señas Mexicana LSM como lengua

nacional y obliga a instituciones públicas a proveer intérpretes certificados.

Cabe destacar que, históricamente, existió una iniciativa no aprobada denominada *Ley Federal de la Cultura del Sordo* (2001),[8] la cual proponía clasificar a las personas con discapacidad auditiva en tres categorías:

Sordos señantes, aquellos con sordera congénita o desde el nacimiento cuya identidad y comunicación se basan en la cultura sorda; los sordos hablantes, individuos que crecieron con una lengua oral, pero perdieron la audición y los sordos semilingües, quienes por pérdida auditiva temprana no desarrollaron plenamente ninguna lengua, ni oral ni de señas *(Imagen 4)*.[9]

Imagen 4. rnau X. Familia sorda poniéndose al día durante una videollamada en una computadora portátil.

Si bien esta iniciativa nunca se convirtió en ley, su propuesta refleja la necesidad de abordar la diversidad lingüística dentro de la comunidad sorda. Actualmente, la Ley General para la Inclusión (2011) es el instrumento jurídico vigente, que garantiza derechos como el acceso a educación bilingüe (español-LSM) y ajustes razonables en servicios públicos.

Por su parte la LSM permite a la población sorda integrarse en una red de comunicación estandarizada. Sin embargo, la falta de acceso a su enseñanza ha propiciado la aparición de "lenguas caseras", es decir, sistemas de señas no estandarizadas, creadas en el entorno familiar para suplir un lenguaje formal, por lo que sus signos y significados pueden variar entre los usuarios.

Este fenómeno responde a múltiples factores: la desigualdad socioeconómica, ya que el acceso a su aprendizaje puede resultar costoso y estar limitado en ciertos estados; la falta de disponibilidad, debido a la escasez de escuelas certificadas y opciones con horarios flexibles; y el desinterés social, reflejado en la insuficiente sensibilización de las propias familias y profesionales cercanos sobre la importancia de la Lengua de Señas Mexicana (LSM).

A pesar de estos retos, la LSM sigue siendo la principal vía de comunicación formal para la comunidad sorda. Para lograr una inclusión efectiva, hay que concentrarnos en un enfoque que valore la diversidad lingüística como parte de la riqueza social.

LA BASE DE LA ACTUALIDAD

Resulta esencial examinar la formación del concepto de la discapacidad ya que esta no se limita a una dificultad física para quienes la padecen, sino que también se acompaña de construcciones sociales y conceptualizaciones incorrectas.

Esta noción se origina a partir del prefijo "dis", que expresa negación y distinción,[5] la comprensión de esta noción es compleja debido a prejuicios y factores históricos-sociales. En la Edad Media, se consideraba a los individuos con discapacidad incorrectamente como carga social.

A finales del siglo XVIII y principios del XIX, surgió un modelo médico de discapacidad que, aún vigente, define la discapacidad como una condición individual causada por enfermedad o trauma, la cual requiere tratamiento y rehabilitación para lograr una adaptación.[10]

Desde una perspectiva bioética, este avance permitió un cambio de paradigma, alejándose de un criterio moral para centrarse en principios como la justicia y la autonomía. Sin embargo, también ha promovido una medicalización excesiva, clasificando las discapacidades bajo conceptos de normalidad y anormalidad, lo que puede derivar en discriminación y en una visión reduccionista de la discapacidad.

Al hablar de normalidad nos referimos a un sistema que impone reglas para definir lo que es aceptable, excluyendo lo que no encaja en un estándar. De este modo la normalidad actúa como un mecanismo social que controla y refuerza desigualdades determinado quien es considerado normal y quien no.[11]

Posteriormente, en la década de 1980, emergió el concepto de corporeización social el cual permite reflexionar sobre cómo los cuerpos participan en las dinámicas sociales y, a su vez, cómo estas dinámicas impactan en los cuerpos.

Este enfoque destaca que los cuerpos no son meras estructuras físicas, sino también agentes partícipes en las relaciones sociales. El entorno social marca el cuerpo, dando lugar a nuevas oportunidades, realidades, vivencias, restricciones y posibilidades.

Por su parte el capitalismo divide a los sujetos en cuerpos 'productivos' y 'no productivos', especialmente en términos económicos. Según Foucault, el capitalismo usa la 'biopolítica' para controlar la vida humana a través de normas, más allá de las leyes.

En consecuencia, se prioriza el diagnóstico, tratamiento y, sobre todo, la rehabilitación para "corregir" dichos cuerpos considerados "anormales", lo que restringe su autonomía y reduce sus oportunidades de desarrollo.

Reconocemos que, si bien el modelo médico y biomédico han aportado avances significativos, también puede generar un enfoque que limita la comprensión de la discapacidad y la salud, centrada en la relación médico-paciente, generando una brecha que limita el adecuado acceso a la salud dando como resultado una patente transgresión de derechos humanos.

De lo anterior se nota la necesidad de avanzar hacia un paradigma más amplio que incluya en sus objetivos una formación más robusta y consistente que no omita la posibilidad de convivencia con los miembros de la comunidad con discapacidad auditiva. Para ello la ley será clave para contener los excesos y defectos sociales por lo tanto le dedicaremos el siguiente apartado.

MARCO LEGAL

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece pautas, reconoce libertades y derechos humanos que se traducen en base para tratar situaciones relativas a la discapacidad auditiva,[12] también existe la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, que establece medidas para asegurar el acceso a entornos, sus modificaciones y adaptaciones necesarias.[13]

Además, existen elementos que descansan en el reconocimiento de libertades y derechos humanos como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), que establece como finalidad garantizar el acceso a servicios esenciales, como educación, justicia y atención médica, eliminando barreras sociales y comunicativas, tomando en cuenta que la implementación de tecnologías accesibles y la capacitación de profesionales son fundamentales.[14]

Estas regulaciones están diseñadas para asegurar que la comunidad con discapacidad auditiva pueda participar plenamente en la sociedad, Por ello, respetar estos derechos crea un ambiente inclusivo y también empoderar a estos individuos para que defiendan sus propios intereses. Aunque esto representa un avance hacia la inclusión, implementarlo depende de un compromiso firme para lograr resultados reales.

Alan Guillermo Díaz Franco, presidente de “Un mismo pulso”, subrayo en el “Día Nacional de las Personas Sordas” la urgente necesidad de que la población reconozca y adapte los servicios para la población con discapacidad auditiva, incluyendo el uso de la lengua de señas.[15]

En otras palabras, aunque se han logrado avances, aún queda un largo camino por recorrer, para cumplir con el objetivo, y para ello es fundamental primero conocer, luego deconstruir y finalmente resignificar las circunstancias que compartimos como seres humanos, con o sin discapacidades, dado que el común denominador para todos es nuestra humanidad.

LA DISCRIMINACIÓN HACIA LOS INDIVIDUOS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

En un entorno donde el sonido resulta fundamental, el efecto recae en las infancias con discapacidad auditiva pues enfrentan un silenciamiento impuesto desde la primera infancia, etapa crítica para el desarrollo del lenguaje y la socialización.

Esta discriminación se manifiesta en la exclusión de actividades escolares, la carencia de empatía con los individuos que presentan alguna discapacidad auditiva, y la limitada disponibilidad de instituciones y programas de educación inclusiva con personal capacitado en lenguaje de señas.

En consecuencia, estas barreras recaen en actos de discriminación que se pueden manifestar de múltiples formas. Desde la exclusión en juegos y actividades escolares durante la etapa de la niñez; hasta percepciones erróneas sobre esta discapacidad que, en etapas posteriores, derivan en condescendencia y subestimada de habilidades por parte de entornos cercanos, como comunidades educativas y familias.

Como resultado las personas con discapacidad auditiva pueden sentirse aisladas, incomprendidas y frustradas, lo que impacta negativamente en su autoestima y su desarrollo emocional.

Ante este panorama, a pesar de contar con un marco legal que protege sus derechos, resulta imperativo trascender los paradigmas actuales, superando tanto las limitaciones conceptuales como las resistencias cognitivas existentes.

Como hemos referido, el reconocimiento legal por sí mismo no garantiza su cumplimiento efectivo. A menudo, existe una brecha significativa entre lo estipulado por la norma y la realidad vivida por quienes tienen discapacidad auditiva. La falta de concienciación sobre sus derechos entre familias, comunidades educativas e incluso las y quienes ejercen cargos públicos perpetúa prácticas discriminatorias.

Por ejemplo, muchas familias pueden desconocer las adaptaciones necesarias para apoyar el aprendizaje en la infancia o cómo abogar por sus necesidades dentro del sistema educativo. Esto resalta la urgente necesidad de informar sobre estos derechos y crear un entorno donde sean respetados y promovidos activamente.

Por ello entendemos que, a través de la educación, la promoción de la igualdad, el apoyo familiar y el uso adecuado de la tecnología, podremos construir una sociedad verdaderamente inclusiva, donde todas las identidades, desde la infancia hasta la adultez, sean valoradas y respetadas.

CONCLUSIONES

En la actualidad, individuos con discapacidad auditiva enfrentan un panorama dividido. Por un lado, la sociedad busca homogeneizar, normalizando al colectivo sordo mediante discursos médicos que las ven como "anormales" y dependientes. El modelo médico, arraigado en el modelo capitalista, impone tratamientos y rehabilitación que refuerzan la idea de "corrección", limitando su autonomía.

Por esta razón es crucial reconocer que estos estándares no son neutrales, sino reflejo de una sociedad dominante que patologiza la sordera. Necesitamos un cambio de paradigma que valore la sordera como diferencia lingüística y cultural, promoviendo la lengua de señas y empoderando a la población sorda, de manera que puedan desarrollar su autoestima y autonomía.

Únicamente así construiremos una sociedad inclusiva, desafiando las estructuras de poder que buscan controlar y homogeneizar.

Sabemos que, aunque actualmente existe un mayor reconocimiento de sus derechos y una creciente adopción de tecnologías asistivas que facilitan la comunicación y la inclusión la implementación de estas políticas no siempre es uniforme, y los individuos con discapacidad auditiva aún enfrentan barreras significativas en su vida cotidiana.

Uno de los más significativos es la falta de capacitación y sensibilización entre los profesionales encargados de aplicar estas normativas. Ya que en lo general la sociedad carece de un entendimiento profundo sobre las necesidades específicas de esta población, o qué resulta en una atención insuficiente y perpetúa estigmas.

Además, la escasez de recursos destinados a programas de formación y sensibilización limita la efectividad de las políticas públicas. Sin un enfoque integral que incluya la educación continua de los actores involucrados, las barreras para el acceso a servicios esenciales se mantendrán, impidiendo que las leyes se traduzcan en cambios reales en la vida de la gente con discapacidad auditiva.

Ante este escenario, es evidente que la capacitación es un componente crítico para garantizar que tanto el marco legal como el ámbito médico pueda ser también un instrumento eficaz para la inclusión y el respeto de los derechos fundamentales.

Sin embargo, la pregunta clave es: ¿cómo transformar estos avances legales y tecnológicos en acciones concretas que garanticen derechos

equitativos para la comunidad sorda? El desafío radica en pasar de la teoría a la acción, donde cada persona tiene la capacidad de contribuir desafiando la falsa dicotomía entre lo *"típico"* y lo *"diferente"*. Porque, como bien se ha señalado, el único punto en común que realmente importa es que somos seres humanos diversos, pero iguales en dignidad.

Entonces ***¿Estamos dispuestos a ser agentes de cambio y construir una sociedad donde la diversidad no se limite a ser aceptada, sino que sea celebrada?*** La respuesta está en nuestras manos. El reto ahora es convertir estos casos de lucha en cambios estructurales que beneficien a toda la comunidad sorda. ***¿Te sumas?***

REFERENCIAS

1. Booth T, Ainscow M, Kingston D. Index para la Inclusión: desarrollo del juego, el aprendizaje y la participación en Educación Infantil [Internet]. Bristol: CSIE; 2000. [Citado: 3 de marzo de 2025] Disponible en: https://www.eenet.org.uk/resources/docs/Index%20Spanish%20South%20America%20.pdf

2. Organización Mundial de la Salud. Sordera y pérdida de la audición. OMS. 26 de febrero de 2025 [Citado: 3 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss

3. Ley de Canadá accesible [Internet]. Justicia.gc.ca. 2023 [citado el 17 de mayo de 2025]. Disponible en: https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/a-0.6/page-1.html

4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). A propósito del día internacional de las personas con discapacidad, cifras destacadas [Internet]. México: INEGI; 2024 [citado 2025 mar 23]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_PCD24.pdf

5. Krieger P. La deconstrucción de Jacques Derrida (1930-2004). An Inst Investig Estét [Internet]. 2004 [citado el 17 de mayo de 2025];26(84):179–88. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-12762004000100009

6. Carrascosa García J. LA DISCAPACIDAD AUDITIVA. PRINCIPALES MODELOS Y AYUDAS TÉCNICAS PARA LA INTERVENCIÓN. Rev Int Apoyo Incl Logop Soc Multicult [Internet]. 2015 abr;1(2):101-113. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/5746/574661395002.pdf

7. Brasil. Lei Nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2002 [citado el 15 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10436.htm

8. Martínez Rodríguez L. Proyecto de Ley Federal de la Cultura del Sordo. Gaceta Parlamentaria. 2001 noviembre 14. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/servicios/datorele/cmprtvs/iniciativas/Inic/291/1.htm

9. Aristizábal Gómez KV. Cuando hablamos de discapacidad, ¿de qué hablamos? Una revisión teórica y jurídica del concepto. Civilizar Ciencias Sociales y Humanas. 2020;21(40):59-72. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/1002/100270963007/html/

10. Barbosa SD, Villegas Salazar F, Beltrán J. El modelo médico como generador de discapacidad [Internet]. Rev Latinoam Bioética. 2019;19(2):111-122. [citado 2025 marzo 19]. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/1270/127063728009/html/

11. Idrovo I, Machado J. Kintsugi: La performatividad y la investigación crítica en el cuestionamiento de la normatividad. Rev Arte Contemp. 2023;(16):1-7. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9221920

12. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión; 1917. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum.htm

13. México. Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Diario Oficial de la Federación [Internet]. 2011 de mayo 30 [citado 2025 enero 25]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD.pdf

14. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. 2ª ed. México: CNDH; 2016. 4ª reimpresión, 2020. ISBN: 978-607-729-262-3

15. Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. Discriminación y falta de información sufren personas con discapacidad auditiva [Internet]. Toluca: CODHEM; 2018 nov 29 [Citado 2025 febrero 18]. Disponible en: https://www.codhem.org.mx/discriminacion-y-falta-de-informacion-sufren-personas-con-discapacidad-auditiva/

REFERENCIAS IMÁGENES

- Imagen 1. Shyva. Imagen de Tren, Niño y Triste. (foto de archivo en línea) [Internet]), 2023. https://pixabay.com/es/photos/tren-ni%C3%B1o-triste-viaje-7029130/

- Imagen 2. Popov A. Audífono de audiología para niños, [Internet]), 2021, https://www.istockphoto.com/photo/audiology-hearing-aid-for-child-gm1336413764-417679878

- Imagen 3. Moondace E. Imagen de Lenguaje de señas, Profesor de lenguaje de señas y Profesor de lengua inglesa. (foto de archivo en línea) [Internet]), 2012. https://pixabay.com/es/illustrations/lenguaje-de-se%C3%B1as-7096466/

- Imagen 4. Arnau X. Familia sorda poniéndose al día durante una videollamada en una computadora portátil, [Internet]), 2022, https://www.istockphoto.com/photo/deaf-family-catching-up-during-video-call-on-laptop-gm1408686774-459471515?utm_source=pixabay&utm_medium=affiliate&utm_campaign=sponsored_photo&utm_content=srp_topbanner_media&utm_term=personas+sordas

Conflicto de intereses:
"Los autores declaran que no existen conflictos de interés personales, comerciales, financieros ni de otra índole que puedan influir en el contenido, resultados o interpretación del presente artículo".

Financiamiento: Este trabajo no recibió apoyo financiero de ninguna fuente pública, privada ni institucional.

CC BY

OPEN ACCESS

¡Convocatoria Abierta!

PUBLICA EN NUESTRA REVISTA

CONSULTA LOS LINEAMIENTOS

→ *AQUÍ*

www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/revista.php

CONAMED
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Av. Marina Nacional #60, Piso 14, Alc. Miguel Hidalgo,
Colonia Tacuba, 11410, Ciudad de México
Teléfono 5554207000
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/revista.php

Salud
Secretaría de Salud
CONAMED
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.