



Horizonte Sanitario

ISSN: 1665-3262

horizontesanitario@ujat.mx

Universidad Juárez Autónoma de
Tabasco
México

Paz Bautista, Juan Carlos

La ética en el entorno de la atención al paciente diabético

Horizonte Sanitario, vol. 7, núm. 1, enero-abril, 2008, pp. 6-13

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Villahermosa, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457845072001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La ética en el entorno de la atención al paciente diabético

Juan Carlos Paz Bautista*
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

ENSAYO

Fecha de recibido: 10 de enero de 2008

Fecha de aceptación: 06 de marzo de 2008

RESUMEN

La Diabetes Mellitus es una enfermedad que presenta desgaste físico y psicológico, y en sus manifestaciones tardías deterioro invalidante, además de riesgo de muerte durante su evolución. Existen elementos que permiten su control a través de la atención médica, el tratamiento con medicamentos y de forma prioritaria la educación sanitaria, siendo en esta última donde la intervención de los equipos de salud presentan su mayor impacto y donde la praxis debiese resolver una serie de problemas inherentes al quehacer médico que se dirimen fundamentalmente en torno a la relación médico-paciente.

En este trabajo se discuten los aspectos éticos y sociales de la atención al paciente diabético, la responsabilidad ética de los profesionales de la salud y los problemas desde el punto de vista de lo cotidiano que repercuten en la salud del individuo.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus, Paciente Diabético, Ética

Dirección para recibir correspondencia:
Dr. Juan Carlos Paz Bautista
Hércules numero 142 Colonia PRI-Cachón,
Mineral de la Reforma, Hidalgo, México.
juancpaz@uaeh.edu.mx
Teléfono y fax: 7 717 143 472

* Médico Cirujano, Maestro en Salud Pública,
Profesor Titular Investigador "A",
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
Servicios de Salud de Hidalgo, México

La ética en el entorno de la atención al paciente diabético

Juan Carlos Paz Bautista*
Horizonte Sanitario

SUMMARY

The Mellitus Diabetes is a disease that displays physical and psychological wearing down, and in their delayed manifestations invalidante deterioration, in addition to death risk during their evolution. Elements that allow their control through the medical attention, the treatment with medicines and of high-priority form the sanitary education, being in this last one exist where the intervention of the health equipment presents/displays their greater impact and where praxis had to solve a series of inherent problems to the medical task which they fundamentally dissolve around the relation doctor-patient. In this work the ethical and social aspects of the attention are discussed to the diabetic patient, the ethical responsibility of the professionals of the health and the problems from the point of view of the daily thing that repel in the health of the individual.

Key words: Mellitus diabetes, Diabetic Patient, Ethical

“El hombre vale por lo que sirve, no por lo que sabe, y menos por lo que tiene”

Dr. Manuel Velasco Suárez

Introducción

Reconocer la importancia de meditar en relación a las conductas médicas frente a los desafíos que plantea el avance de las tecnologías actuales o ante los dilemas que se plantean, como someter a un paciente a diálisis o la decisión de amputar una pierna.

Si se tiene clara conciencia que los que atienden la salud de la población son parte integrante de la sociedad, que son seres humanos semejantes con la diferencia en la preparación académica, que no son los que tienen la verdad absoluta en cuestiones de la atención de las enfermedades, entonces será inevitable cuestionarse genuinamente si es posible asumir una ética particular, si se adopta una ética institucional, o si ante la crisis generacional de pérdida de valores sociales se está a merced de ella.

¿Habrà que acostumbrarse a ver el maltrato a los pacientes? O por el contrario, ¿Habrà que indignarse al observar el egoísmo, abuso y corrupción en que incurren algunos profesionales de la salud?

Ante tales disyuntivas se hace necesario reflexionar algunos aspectos éticos en el entorno de la atención del paciente diabético.

Mejorar la calidad del control de la diabetes en todos los niveles, sobre todo en la atención primaria, se ha convertido en un reto y en la oportunidad para reducir el efecto de las complicaciones agudas y crónicas, los costos directos e indirectos por la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes.

El grado de satisfacción de los usuarios en las instituciones de salud, lleva a analizar la atención recibida, la que incluye los elementos que permiten conciliar prioridades de un padecimiento crónico degenerativo que basa su control a través de la atención médica oportuna y adecuada, otorgamiento de medicamentos, y educación para la salud. Estos elementos determinan la calidad de vida futura del paciente diabético.

Es posible considerar, que no siempre la formación médica actual incluye persuadir el espíritu humanista

y altruista que caracterizaba al médico de antaño. También hay que reflexionar en los avances de la ciencia y la tecnología que durante su uso o abuso implican dilemas morales, desde la perspectiva bioética.

Los valores que caracterizan al médico de estos tiempos están más expuestos a la manipulación de las transnacionales y a las políticas neoliberales que afectan la atención a la salud en los países en desarrollo.

La ética médica se basa en el quehacer médico que se dirime fundamentalmente en la relación médico–paciente, donde el rol del médico debe caracterizarse por “evitar la existencia indigna de vivir”, de prioridad a la autonomía del ser humano y del empoderamiento del paciente diabético en el rol de su padecimiento.

La medicina en el sector público de la salud

Habrà que cuestionarse, si se ha llegado al término de la medicina como una profesión de servicio social; si la atención en salud como empresa social llegó a su fin, si la medicina como ciencia y como profesión se terminó. La mejor garantía de calidad en la atención sanitaria, es el profesionalismo de quienes trabajan en el sector salud.

Ese profesionalismo ha de estar caracterizado por el conocimiento, adquirido en años de estudio y perfeccionado día a día en una permanente y continua educación en salud; la autonomía intelectual que permite llegar a un diagnóstico y, en consecuencias, a una toma de decisión sobre el procedimiento terapéutico más adecuado; realizarse en el desarrollo de actividades que constituyan un verdadero servicio social y contar con una verdadera capacidad de autorregulación.

Las normas y la implementación en muchos países del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud tienden a pulverizar el profesionalismo y, por lo tanto, a menoscabar, en forma notable, aquello que sus cultores proclaman como el eje fundamental de la atención en salud: la calidad. ⁽¹⁾

Sin lugar a dudas, la desregulación del sector Salud ha privilegiado la ética privada sobre la pública, existiendo un gran sesgo ideológico cuando se sostiene que todo lo que genera fracaso en manos del estado, es exitoso en manos de la empresa privada, operando la medicina privada con criterios de

rentabilidad desmedida, incrementando su costo para el país y los individuos.

La medicina pública utiliza veladamente la misma lógica, las personas tienen que costearse los tratamientos y exámenes especializados. Lo que se garantiza es el acceso a una atención residual que se ocupa de las prestaciones básicas a los enfermos que no están socialmente reconocidos.

El argumento de peso esgrimido para justificar la privatización y la mercantilización ha recaído en el estado de bienestar, el cual ha generado gastos sociales totalmente improductivos.

Se hace obligatorio repensar la salud como derecho y como bien social sin trampas discursivas, bajo claras y precisas reglas de regulación definidas desde el sector público, con el propósito de consolidarlo y un sector privado trabajando coordinadamente en beneficio del colectivo.⁽²⁾

La diabetes mellitus

En 1995 el panorama mundial con respecto a diabetes mellitus reportaba 135 millones de casos. De seguir la tendencia, se calcula que para el año 2025 el mundo tendrá alrededor de 300 millones de casos.⁽³⁾

Al convertirse en un problema mundial de salud por la elevación de la prevalencia, la incidencia y la mortalidad, y también por la magnitud de las complicaciones crónicas como causa de sufrimiento personal y colectivo, el control de la diabetes ha cambiado: de ser una enfermedad poco frecuente que podían tratarla especialistas en hospitales de tercer nivel a un problema social en el que muchos pacientes no reciben la atención de los médicos generales.⁽⁴⁾

En los Estados Unidos Americanos en el sur de Texas, hay médicos que no quieren ver pacientes con diabetes, aunque forme parte de su trabajo normal, y a estos se les obliga a hacerlo, con los resultados esperados. Algunos factores importantes por lo que la atención al paciente diabético no se realiza de la forma adecuada, es el tipo de práctica, la localidad donde el médico trabaja, el sistema de salud al que pertenece y las características del paciente.⁽⁵⁾

Están bien definidos los obstáculos para mejorar la atención de la diabetes en México y también en el mundo, la falta de cobertura genera desigualdad, la

Federación Internacional de Diabetes promulgó el año 2006 como el año para la atención de las personas pobres y marginadas.

En los Estados Unidos Americanos, según datos del Centro de Control de Enfermedades, la persona con más riesgo de tener diabetes es una mujer de una minoría étnica de más de 40 años, que vive sola o abandonada y no tiene trabajo, por tanto se hace clara una estigmatización de la enfermedad sustentada en los denominados determinantes sociales de la salud.

La preparación para atender la diabetes sobre todo como enfermedad crónica sigue siendo deplorable y los educadores en diabetes siguen estado fuera del modelo de atención en muchas partes del mundo. En el estado de Hidalgo, México, se han incluido estos al modelo de atención, pero en el primer nivel adolece de problemas de organización que genera repetición y desperdicio, el paciente tiene que ir con varias personas para recibir la atención adecuada, los recursos ante este crecimiento están siendo cada vez menores y hay intereses creados para defender el modelo tradicional de atención como el adecuado.⁽⁵⁾

Los médicos de familia necesitan desarrollar un profesionalismo en atención primaria que lidere los cambios y sustente un renovado contrato social. Se necesita también que los gerentes abandonen el papel de capataces que han ejercido hasta ahora y se transformen en auténticos directivos, líderes, facilitadores de los cambios necesarios. Los médicos tienen la obligación de comunicar a los ciudadanos las circunstancias que les impidan o dificulten incumplir con los términos del contrato social que tienen con la ciudadana para no perder o recuperar la confianza de los pacientes.⁽⁹⁾

La medicina como negocio en la atención del paciente diabético

Equidad significa acceso igual a los servicios para toda la población basado únicamente en la necesidad y nunca en la capacidad para pagar, por lo que se hace necesario reflexionar en cuanto al problema de la medicina como negocio.

No se trata de debatir el derecho de los profesionales de la medicina por el cobro de sus servicios en la práctica privada, sino cuando estos son excesivos y desproporcionados con el servicio ofrecido. Si bien lo anterior es muy cuestionable peor aun es la deshonestidad de ofrecer y hacer procedimientos

médicos, de diagnóstico o quirúrgicos innecesarios o “fantasmas”, actos verdaderamente indignos de una profesión destinada al servicio de la humanidad.

¿Quién determina o regula cuanto cobrar por los servicios de atención médica privada? ¿El que cobra más es el que más sabe o es el que cree ser mejor?

El mercado es el supremo rector y sobre esa base se construye la justificación de toda acción humana, es una ética muy particular que margina o aniquila valores y conocimientos que le son incómodos. La condición del paciente, se subordina a un supuesto saber supremo: el de la ganancia.

En la situación descrita los pacientes diabéticos, tienen características que les hacen más vulnerables, como lo es el hecho de que su padecimiento se encuentra dentro de los llamados crónico degenerativos, esto implica un padecimiento de larga evolución que se va complicando durante el deterioro de alguno o de varios órganos o sistemas.

Si se toma en consideración que la esperanza de vida en México es de 75 años, y que los pacientes diabéticos transitan a esta expectativa de edad con una evolución prolongada de su padecimiento, entonces, cada momento de su vida, es un acercamiento a las complicaciones o la muerte temprana, transitando a ellas con una dudosa calidad de vida.

De acuerdo a la evolución natural de la enfermedad, las repercusiones de su padecimiento tienen que ver con el tratamiento de diferentes disciplinas médicas y paramédicas, además de médicos generales, enfermeras y trabajadores sociales, los endocrinólogos, médicos internistas, cardiólogos, podólogos, oftalmólogos, nutriólogos, angiólogos, psicólogos, nefrólogos, y en la actualidad los diabetólogos.

El tránsito de estos pacientes diabéticos en la consulta diaria hospitalaria, sean estas en instituciones de gobierno o particulares, se convierte en un verdadero suplicio, cuando el propósito de la especialización es aumentar el bienestar.

En muchas instituciones de salud de México, el tiempo que transcurre entre la consulta con el médico familiar y la atención por algún servicio de especialidad resulta vergonzosa. Transcurren meses entre uno y otro servicio, el ir y venir durante los exámenes de laboratorio, de gabinete y la citas

médicas de control, hacen que el familiar o el paciente se presenten a la fecha indicada como cita durante las primeras horas del día (casi siempre, antes de la llegada a laborar del personal de salud) sólo para el hecho de apartar el lugar que les correspondía desde su cita anterior. Todo esto repercute en el paciente que se siente maltratado, olvidado y denigrado.

Ante estas situaciones, a los pacientes se les oferta el tratamiento en el medio privado, donde son atendidos con prontitud y excelencia por su médico, pero un eslabón más de esta cadena los espera: iniciar ahora el recorrido por laboratorios o gabinetes de apoyo diagnóstico, los cuales son puntualmente precisados y recomendados por él, como lugares “de confianza” ya que en la mayoría de los casos realizan una retribución económica al médico que le “confió” a sus pacientes.

Hay que tomar en cuenta también las nuevas “boutiques de diabético” que ofrecen alimentos y golosinas propias para estos pacientes, así como equipo portátil de diagnóstico muy eficiente y relativamente a buen precio, para el autocontrol de los niveles de glicemia, pero que encierran otra trampa económica al necesitar comprar cintas reactivas y lancetas específicas para cada modelo, las que cada vez son más costosas.

Las situaciones antes descritas, han hecho de los pacientes diabéticos entes vulnerables y potencialmente convenientes para el mercado como “supremo rector”, sin tomar en cuenta también las citas subsecuentes frecuentes por tiempos prolongados, cirugías de lentes intraoculares, amputaciones de pie diabético, diálisis peritoneales o trasplantes de riñón, además de los gastos inherentes a la hospitalización tales como medicamentos, días estancia, honorarios, derechos de quirófano entre otros.

¿Se llegará al punto de que la supuesta mejor atención es para quien puede pagarla? Quien no tiene con que pagar ¿se condena a no gozar de los beneficios de la medicina moderna?

Aunque en algunas partes del mundo el concepto de “empoderamiento” ha llegado a ser un término común, en países en vía de desarrollo todavía significa toda una revolución por venir. En la región latinoamericana, muchas personas con diabetes toman un papel pasivo en el tratamiento y colocan la responsabilidad de auto-manejo en las manos del

médico o bien con el deterioro de su estado de salud les traspasan a sus familiares su derecho de autonomía.

Responsabilidad ética de los profesionales de la salud frente al diálogo roto en la relación médico-paciente

Otro problema es la "desaparición del diálogo", la inexistencia de una comunicación entre médico y enfermo. "El médico está aceptando un status de superioridad para sí y no identifica en el paciente a un ser humano con igualdad de derechos. En la práctica, se evidencia cuando no se pone la atención debida a la queja del paciente, cuando se desautoriza con arrogancia sus creencias, cuando no se explica con detalle lo que se conoce sobre su padecimiento, cuando se procede sin su autorización o pleno conocimiento, y sobre todo, en el caso extremo, desafortunadamente observable, el maltrato que lastima la dignidad del paciente, pero además denigra al médico, lo hace inepto para ejercer su profesión".⁽⁷⁾

Es común encontrar una diferencia notoria no justificable, demostrada en el trato personal, entre la práctica de la medicina en el consultorio privado y el consultorio institucional, donde el personal argumenta falta de tiempo y sobrecarga de trabajo. Sin embargo, en el consultorio privado, aun cuando estos argumentos pudiesen ser iguales, la reacción es totalmente distinta, al tratar con cortesía y esmero a quien le pagará la consulta y ahora es dueño de su tiempo.

El acto médico requiere, para ser eficaz y moralmente aceptable, una sólida formación técnica y científica que permita la pericia y el honesto reconocimiento de las limitaciones que induzcan a la búsqueda de la intervención de otro más calificado. Esta verdad, es reconocida por todos, sin embargo, es necesario enfatizar en las condiciones en que se establece la relación médico-paciente donde adquiere relevancia el principio de autonomía, ya que es el afectado quien debe decidir por sí mismo, sobre la conveniencia y oportunidad de actos que atañen sus intereses y por lo tanto, le corresponde decidir sobre sus riesgos y consecuencias.⁽⁷⁾

Sin la palabra, sin comunicación, no hay autonomía, no hay libertad, no hay respeto en la relación médico-paciente.

La desaparición de la palabra en el paciente diabético

La tendencia del comportamiento de la diabetes mellitus en el mundo reporta una tendencia de incremento acelerado de casos nuevos y de pacientes que la padecen y se encuentran aun sin diagnóstico. Esto refleja el número de pacientes diabéticos que se atienden en los consultorios médicos privados.

La cotidianidad de los pacientes ha creado en el personal de la salud una confianza casi enfermiza en la atención de las necesidades de los pacientes diabéticos y el diálogo no existe, se atiende a los pacientes de manera robotizada. Se ofrece la atención de acuerdo a puntos establecidos en las normas oficiales de salud, casi como una "canasta básica" de mínimos servicios, pero no con el carácter personalizado de su atención, canalizando al paciente en virtud de sus complicaciones a las otras especialidades y/o laboratorios. Poco o nada se hace para explicarle los motivos de desenlace de sus manifestaciones clínicas que cada vez son más graves.

La desaparición de la palabra con el paciente diabético lleva implícito otro problema aun de mayor impacto social, y es el referente al tratamiento de su padecimiento. Si bien se sabe que este padecimiento no tiene curación y que para su control es necesaria la aplicación permanente de medicamentos, también hay que reconocer que la comunicación del equipo de salud con el paciente y sus familiares debiera ser lo más elocuente y explícita, pero lamentablemente no es así.

Se debe también reconocer que el tratamiento de la diabetes es complejo y sus resultados dependen, en gran medida, del nivel de comprensión, destreza y motivación con que el paciente afronta las exigencias terapéuticas. Es por ello que cuidado y educación deben constituir un binomio integral en los servicios de diabetes. Aún resulta difícil encontrar un servicio o a un médico que ponga igual énfasis en los aspectos educativos que en los cuidados clínicos y es muy frecuente que en los programas de educación en diabetes no existan o se reduzcan a ofrecer información clínica, sin tener en cuenta ni el nivel de comprensión ni las barreras percibidas por el paciente. Este concepto sobre capacitación para el auto-manejo de la diabetes, empieza a introducirse al

mundo hispano bajo el término "empoderamiento", del que ya se habló con anterioridad. ⁽⁸⁾

Es indudable que las barreras de comunicación entre el médico o el equipo de salud y su paciente, en el caso del diabético, facilite el deterioro tanto en su economía como en su salud, ya que de una u otra forma se dejará de hacer énfasis en el cuidado de la explotación de los nuevos mercados farmacéuticos o la incursión en tratamientos ineficaces de dudosa procedencia proporcionados por charlatanes.

Corresponde a los profesionales sanitarios educar sobre como han de ejercer los derechos los diabéticos y familiares al proporcionarles información sobre su padecimiento, sin importar la situación económica o social.

La participación del médico en la ética de lo cotidiano

En los últimos años, los cambios en el desarrollo de estrategias de salud han permitido a los médicos de atención tener participación activa y expresar las necesidades por el mejoramiento en las condiciones institucionales donde otorgan sus servicios.

Es la necesidad de que, como parte de su función social, el médico participe en la lucha por su adecuación de las condiciones institucionales para mejorar los servicios. Cuando el médico guarda silencio por complicidad o desaliento, cuando se carece de análisis crítico y propuestas, cuando no se exige y refuerza la disciplina dentro de la institución y no se tiene la solidaridad que requiere el paciente ⁽¹³⁾ entonces no está participando para abogar por las transformaciones que se requieren para ofrecer una atención digna.

Al tomar decisiones y llevar a cabo acciones, la gerencia necesita tener estándares éticos bien establecidos, los cuales deben ser aplicados en el contexto de la filosofía y la cultura de las instituciones de salud para las cuales trabajan. Dotar a las unidades de salud y su personal del equipamiento y los recursos requeridos para ofrecer los servicios con calidad, contribuye a aumentar la autoestima y la satisfacción del médico y su equipo, a la vez que posibilita aumentar la exigencia por el cumplimiento de su labor, a que la ética en la atención al paciente, forme parte de la cultura organizacional, de la forma de vida de la institución.

La compatibilidad entre los estándares éticos personales, su aplicación en el desempeño de la gerencia y la cultura de sus organizaciones, es importante y ambas deben ser construidas sobre principios éticos como el respeto por la autonomía de los demás, justicia, beneficencia y la intención de la buena praxis. Como menciona Engels "La ciencia no es solamente un proceso de acumulación de conocimiento de verdades, sino también un proceso que conoce errores". ⁽⁹⁾

Una estrategia de atención al paciente diabético sustentada en la ética.

La diabetes no conoce fronteras. Personas de muchas razas y religiones, de profesiones y estatus socio-económicos distintos son afectadas por la enfermedad. Lamentablemente, enfrentan constantemente discriminación, debido a desinformación y mitos alrededor de la enfermedad, pero por la misma razón, son personas claves en la lucha para incrementar la conciencia pública. Empoderar al paciente diabético es una inversión que beneficiará a toda la sociedad.

El consumidor juega un papel activo en la educación. Tradicionalmente, con excepciones honorables, los médicos no hacen muchos esfuerzos para educar a sus pacientes sobre la diabetes. Sin embargo, los consumidores deberían ser más que receptores de información y asumir un papel activo en la educación de otras personas. A medida que crezca su conocimiento y su experiencia alrededor de la diabetes, crece también la responsabilidad ante su enfermedad y la capacidad y la motivación para asumir una posición de liderazgo.

La calidad de la atención de los pacientes diabéticos, desde hace muchos años, se ha basado en los resultados obtenidos de instrumentos aplicados a los prestadores de los servicios de salud, es reciente que las estrategias de mercadotecnia se han colocado en estos escenarios y se le da énfasis a la percepción de los usuarios, donde el elemento esencial es la satisfacción de los usuarios a quienes se les deben las mismas instituciones.

Para propiciar un enfoque ético en la atención al paciente diabético que permita solucionar o al menos reducir los problemas anteriormente expuestos, resultaría beneficiosa una estrategia que sustentará que los profesionales de la salud propiciaran una mejor calidad de vida de las personas con diabetes y los que están en riesgo de contraerla.

La estrategia debe contemplar los aspectos siguientes:

- Lograr que el uso de términos de la ética fluyan en la conciencia a la par del discurso médico y de las profesiones del equipo de salud, así como propiciar los principios éticos en beneficio de los pacientes, tanto en los profesionales de la salud como educadores, compañías farmacéuticas, otras organizaciones que trabajan por la causa de la diabetes, los enfermos y sus familias.
- Reforzar la capacitación a los equipos de salud en relación a los principios de la ética, bioética y ética médica, tanto en entidades educativas como en las propias instituciones de salud e inducir al respeto de los códigos de la ética profesional a través del ejemplo.
- Formar grupos de diabéticos y familiares de ellos con profesionales de la salud, con la intención de fortalecer el liderazgo entre las personas con diabetes y sus familias, de esta manera contribuir a fortalecer el desarrollo de su autonomía y hacer uso del empoderamiento en el control de su salud.
- Valorar en los pacientes y sus familiares la experiencia de vivir las 24 horas con la diabetes, por lo tanto reconocer sus necesidades, derechos y responsabilidades con énfasis en el libre derecho de la autonomía y de esta manera propiciar el empoderamiento de las personas con diabetes.
- Animar a los pacientes con diabetes y sus familias para que se constituyan en personas claves en la lucha contra la diabetes en la sociedad, tales como los clubes de diabéticos.
- Luchar por el derecho de cada persona con diabetes y su familia de capacitarse a través de la educación sobre la diabetes con el fin de poder realizar con responsabilidad, empoderamiento y autonomía, el manejo diario de su diabetes, propiciando tal conocimiento que se manejen autónomamente en la prevención de nuevos diabéticos en su entorno familiar y social.
- Realizar nuevas investigaciones sobre la diabetes y las percepciones de los pacientes diabéticos, tanto en el entorno urbano como rural que permitan perfeccionar los programas y servicios de atención.

Los gerentes de la salud, deben lograr que las personas reciban un entrenamiento de liderazgo dentro de las asociaciones de diabetes considerando que ellas representan recursos imprescindibles en el control y la lucha contra la diabetes y de esta manera se podrá contribuir a mejorar la salud pública en México.

Referencias

1. Cuellar Montoya Zoilo. Hacia una modificación del Sistema General de Seguridad Social de Salud, Médico-Legal Revista Colombiana, para los profesionales de la salud, año X, núm. 2, 2004, http://www.medicolegal.com.co/ediciones/2_2004/editorial.htm
2. González, María Cristina, La salud ¿derecho o bien social?, vol. 5, n° 2, año 2001, <http://servicio.cid.uc.edu.ve/fcs/vol5n2/3sal.pdf>, Departamento de ciencias sociales, escuela de medicina núcleo Aragua. Facultad de ciencias de la salud. Universidad de Carabobo. Venezuela.
3. Vargas Cortés M.: Propuesta para la prevención y control de la diabetes: Rev. Higiene, Sociedad Mexicana de Salud Pública: Octubre 2000
4. Rodríguez Saldaña Joel, Mesa redonda XI E96 Hacia un modelo eficiente de atención al paciente diabético en México, Diabetes en el primer nivel de atención: un modelo alternativo de atención, *salud pública de México* / vol. 49, edición especial, XII congreso de investigación en salud pública.
5. Rodríguez Saldaña Joel, presentación ante la Federación de Sociedades y Colegios Médicos en el Estado de Hidalgo, octubre 2006.
6. **Simó Miñana Juan**, Plataforma 10 Minutos, publicado, 3 de abril de 2007, [www.svmfyc.org](http://www.svmfyc.org/Revista/23/Revista23.pdf) Revista Valenciana de Medicina de Familia, N23 <http://www.svmfyc.org/Revista/23/Revista23.pdf>
7. García Naval J.: Código de Ética y Deontología Médica, Universidad de Navarra, España. [Http://est.unileon.es/medicina/temas/#](http://est.unileon.es/medicina/temas/#)
8. Carnota Lauzan O.: CD. Gerencia en Salud. Biblioteca off line para formación post graduada. MINISAP, 2003, Cuba.
9. Núñez J.: Interpretación Teórica de la Ciencia, la Habana 1985