



NUESTRO MUNDO HOSPITALARIO

De la ternura
a la *ciencia*:

TERAPIA
asistida con
animales



Vitalmex®
Logística Médica

Cuidamos la logística,
tú cuidas la vida

Vitalmex es tu **aliado estratégico logístico** en el sector salud, ofreciendo un modelo de servicio y operativo que **garantiza desde la recepción de materiales hasta la entrega final al cliente**. Nos sumergimos en tus desafíos para ofrecer **soluciones a la medida**, con el respaldo de certificaciones de calidad y un compromiso con la **sostenibilidad**.



Escanea aquí para
más información



Nuestro Mundo Hospitalario

EDICIÓN 22
OCTUBRE 2025

Nuestro Mundo Hospitalario es la revista de vinculación oficial de la Asociación Nacional de Hospitales Privados pensada para que todos los actores del sector se reconozcan, conecten y compartan. Un espacio de análisis, investigación y difusión de las mejores prácticas en salud. Integra experiencias, indicadores y voces innovadoras del rubro hospitalario en México. Su objetivo es inspirar calidad y humanidad en la atención médica.

¡Conoce nuestras versiones impresa y digital!



Índice

- | | | | | | |
|----|--|----|--|----|--|
| 6 | EDITORIAL 22
de Nuestro Mundo Hospitalario | 19 | TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES:
un aliado en la salud | 27 | LA FORMACIÓN MÉDICA DE PREGRADO EN HOSPITALES PRIVADOS:
Más allá de la clínica |
| 9 | LA HUMANIZACIÓN DE LA UTI
como clave en el Plan Estratégico en Calidad de Atención | 23 | NECESITAMOS UN NUEVO CONTRATO SOCIAL
Reflexiones desde Minouche Shafik y Jean-Jacques Rousseau | 33 | CUANDO LA IA PIENSA DIFERENTE:
la promesa y la paradoja en la medicina |
| 13 | CONVERSANDO CON LOS EXPERTOS:
Ley Silla | | | | |

Directorio

Asociación Nacional de Hospitales Privados

Presidente	Lic. Álvaro López Aldana Centro Médico ABC
Vicepresidente	Lic. Jesús Ruiz López Hospital Angeles Health System
Tesorera	Mtra. Mónica Rendón Bonilla Corporativo Hospital Satélite
Secretario	Lic. Gerardo R. Ríos Zamudio Grupo Hospitalario Dalinde San Angel Inn
Vocal	Dr. Jorge Azpiri López Grupo TecSalud Dr. Carlos Dueñas García Hospital San Javier Dr. Juan O. Galindo Galindo Sistema de Salud Christus Muguerza Dr. Víctor Ramírez González Hospital Angeles Health System C.P. Leticia Ramírez García Sanatorio Florencia C.P. José Testas Antón Sociedad de Beneficencia Española
Nuestro Mundo Hospitalario Comité Editorial	Lic. Arturo Álvarez Aguirre Fundación Hospital Nuestra Señora de la Luz Dr. Fredy Chablé Montero Hospital San Ángel Inn Universidad Act. Miguel Ángel Hernández Rodríguez Director Ejecutivo de la ANHP Lic. María Rosalina León López Hospital San Javier Dra. Irene Emmita Maulén Radován Hospital Ángeles Lomas Ing. Arq. Juan Armando Monroy López Beneficencia Española (Tampico) Lic. Gerardo Ramón Ríos Zamudio Grupo Hospitalario Dalinde San Ángel Inn Lic. Leticia Rojas Rodríguez Sistema de Salud Christus Muguerza
Diseño y Formación Editorial	Lic. Jessica Cecilia Aguilar Cruz
Diseño Digital	Meredith Marketing
Dirección Editorial	Dr. Bruno Chávez Mtra. Beatriz de Alba Islas

En portada

Terapia con animales del Hospital Christus Muguerza MTY Sur



Esterilización rápida y segura con **V-PRO™ maX 2**

Los esterilizadores V-PRO™ representan un avance significativo en el reprocesamiento de dispositivos médicos, ofreciendo ciclos rápidos y eficientes.



Con la tecnología de peróxido de hidrógeno vaporizado (VH_2O_2), garantizan la esterilización terminal en tan solo **16 minutos** para endoscopios flexibles sin lumen, siempre que estén validados y preparados correctamente.

Una de sus principales ventajas es que no requieren período de enfriamiento, lo que permite que los dispositivos puedan ser utilizados inmediatamente después de cumplir con las políticas y procedimientos de autorización establecidos. Esto se traduce en mayor agilidad para los equipos de salud, optimización del flujo de trabajo y, sobre todo, seguridad para los pacientes.

OBTENGA MÁS INFORMACIÓN EN [HEALTHCARE.STERIS.COM/ES-MX/MX](https://www.healthcare.steris.com/es-mx/mx)

EDITORIAL 22 DE NUESTRO MUNDO *hospitalario*

Lic. Omar Silerio Martínez
Director General de Hospitales Puerta de Hierro.

“

La medicina es siempre una práctica que se transforma y que requiere de innovación, ética y humanidad”.



C

ada número de Nuestro Mundo Hospitalario es una invitación a reflexionar sobre la salud desde la perspectiva clínica y con profundidad ante los retos humanos, incluyendo los factores sociales e históricos. En esta edición 22 hemos querido reunir temas que, aunque parecen

diversos, se entrelazan en una misma misión: comprender que la medicina es siempre una práctica que se transforma y que requiere de innovación, ética y humanidad.

Comenzamos con un viaje al pasado. El 20 de octubre de 1833, Valentín Gómez Farías impulsó la creación del Establecimiento de Ciencias Médicas, hecho que cambió la historia de la enseñanza médica en México. No se trató de una simple institución educativa: fue el inicio de una ciencia moderna, metódica y laica que rompió con los moldes escolásticos dominados por la memorización y la influencia religiosa (Gutiérrez Álvarez, 2010). Este acontecimiento sentó las bases de la Facultad de Medicina y es el motivo por el que cada 23 de octubre celebramos el Día del Médico en nuestro país. Recordarlo hoy nos permite valorar que la innovación y la técnica han sido siempre las palancas de transformación en salud.

Ese mismo espíritu de transformación es el que inspira discusiones actuales, como la entrada en vigor de la Ley Silla en junio de 2025. Aunque pueda parecer un detalle administrativo, dicha reforma a la Ley Federal del Trabajo simboliza un cambio cultural: reconocer que la dignidad laboral, la ergonomía y el derecho al descanso forman parte de la salud ocupacional (STPS, 2024). No es una concesión, es un derecho humano básico. En hospitales, clínicas y centros de salud, la implementación de la Ley Silla se vuelve un reto doble: garantizar condiciones seguras para médicos, enfermeras y personal operativo sin afectar la atención al paciente. Al mismo tiempo, es una oportunidad estratégica para demostrar que cuidar de quienes cuidan no es un gasto, sino una inversión en calidad y seguridad (Organización Internacional del Trabajo, 2019).

Pareciera que el mundo de la salud no debe equilibrar sus alcances hacia terrenos pantanosos porque la interseccionalidad disciplinaria no paga tan bien como debería; sin embargo, somos testigos de modificaciones que fortalecen el factor de pertenencia a un gremio que, por antonomasia, ha sido pionero en presentar hallazgos que en otras épocas hubieran sido sueños o vivencias irreales. Por ello, esta edición abre espacio a nuevas formas de humanización de la atención: las terapias asistidas con animales. La evidencia señala que la interacción con animales mejora parámetros fisiológicos como la presión arterial y el ritmo cardíaco, además de reducir ansiedad y dolor en hospitalizaciones prolongadas (Marcus, 2013; Kamioka et al., 2014). Este tipo de intervenciones nos recuerdan que la medicina también se construye desde la empatía, el vínculo humano-animal y la creatividad en el cuidado.

En un contexto en el que los sistemas de salud enfrentan presiones crecientes (enfermedades emergentes, transformaciones tecnológicas, demandas sociales), reflexionar sobre la humanización de la atención no es un ejercicio académico aislado: es una brújula. La enseñanza científica de 1833, la defensa de la dignidad en el trabajo y la innovación en terapias no farmacológicas son parte de un mismo contrato social en salud: el de poner a las personas en el centro.

Una reflexión necesaria: el Día del Médico y su proyección global

La conmemoración del Día del Médico reconoce el esfuerzo cotidiano del gremio en México y es recordatorio universal del compromiso que los profesionales de la salud mantienen con la vida y el bienestar de la sociedad. En países como Cuba (3 de diciembre, en honor al natalicio de Carlos J. Finlay), Estados Unidos (30 de marzo, National Doctors' Day) e India (1 de julio, en honor a Bidhan Chandra Roy), esta fecha se celebra con ceremonias académicas, reconocimientos institucionales y actividades que refuerzan la identidad del gremio como pieza clave en los sistemas de salud.



“

La medicina también se construye desde la **empatía**, el vínculo humano-animal y la creatividad en el cuidado”.

En México, la elección del 23 de octubre conecta con la historia de la enseñanza científica de 1833, pero nos obliga, con nostalgia y remembranza, a conectar con la necesidad de renovar constantemente nuestro contrato social en salud. Celebrar al médico es celebrar la investigación, la enseñanza, la innovación y, sobre todo, la vocación de servicio.

Así, buscamos tender puentes entre pasado, presente y futuro. La memoria histórica nos recuerda de dónde venimos; las reformas laborales nos obligan a pensar en el bienestar integral del personal de salud; y las terapias asistidas con animales nos enseñan que la medicina también puede sanar desde la ternura y la compañía. Los artículos que acompañan los ejes temáticos del número tienen como el llamado a mejorar la salud gracias a que en los procesos jurídicos, históricos e investigativos, los médicos, las enfermeras, el personal de apoyo y todos los que hacemos girar los mundos público y privado del sector hospitalario, hemos actuado con miras a un futuro de coyunturas tecnológicas que observan a los humanos como entes complejos y no solo como lienzos en donde los científicos aprenden.

Fotografía y humanización: un testimonio visual

Un aspecto especial de este número es la aportación visual, un esfuerzo que va más allá de reflejar una serie de imágenes: es un testimonio que fortalece las relaciones interinstitucionales de la ANHP y abre conversaciones profundas sobre cómo los hospitales innovamos, transformamos y sumamos al cuidado de la salud. La fotografía se convierte, así, en un vehículo de diálogo y memoria colectiva. Muchos de los asociados trabajan ya en caminos alternativos que deben destacarse y promoverse para entendernos como un órgano conjunto que tiene varias ramas en favor de los pacientes, sus familiares y, por supuesto, todos los que participamos del sector salud.

La 22 de Nuestro Mundo Hospitalario es un número vibrante que representa la invitación a repensar la medicina como ciencia, como práctica laboral y como experiencia humana. Al recorrer sus páginas, descubrirán que celebrar al médico es también celebrar a la persona, al trabajador, al investigador y al innovador. Porque cuidar de la salud en México, ayer, hoy y siempre, significa conjugar historia, derechos y humanidad en una misma misión.

“

La memoria histórica nos recuerda de dónde venimos; las reformas laborales nos obligan a pensar en el bienestar integral del personal de salud; y las terapias asistidas con animales nos enseñan que la medicina también puede sanar desde la ternura y la compañía”.



LA HUMANIZACIÓN DE LA UCI

como clave en el Plan Estratégico en Calidad de Atención

Dr. Luis Roberto Jiménez Bautista*

*Toda opinión aquí presente es responsabilidad absoluta del autor

La primera Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se inauguró en Copenhague en diciembre de 1953 como respuesta a la epidemia de poliomielitis. En aquel momento, la mortalidad por insuficiencia respiratoria o parálisis bulbar alcanzaba cifras entre el 80 y 90%. La gravedad de la situación y el rápido crecimiento de la epidemia hicieron imprescindible la creación de este espacio especializado (Kelly, Fong, Hirsch, & Nolan, 2014).

La apertura de estas unidades significó esperanza para miles de pacientes atrapados en un vaivén de diagnósticos complejos, al tiempo que permitió mejorar la supervivencia en enfermedades previamente mortales. Además, consolidó un nuevo perfil de médicos especializados en cuidados críticos. Sin embargo, la labor de estos profesionales no se limita a diagnosticar y tratar: también debe integrar compasión, empatía y comunicación como ejes centrales de su práctica.

En los últimos años, la formación de intensivistas se ha orientado hacia un modelo de medicina más humana, que trascienda el ámbito estrictamente técnico. Ya en 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades”. Esta concepción introduce implícitamente la necesidad de humanizar la atención, entendida como el conjunto de acciones, medidas y actitudes destinadas a garantizar la dignidad y el bienestar del paciente y su familia.

La humanización en los servicios hospitalarios no se limita a la relación médico-paciente; también involucra factores ambientales y sociales que configuran la experiencia hospitalaria. Desde el mobiliario hasta la interacción con técnicos, enfermeras, médicos y familiares, todo forma parte de un entramado que debe orientarse a generar un entorno multidisciplinario favorable, capaz de restaurar la salud y contribuir al bienestar integral del individuo.

A nivel internacional, un referente clave en este camino es el proyecto “Humanising Intensive Care Research Project – Proyecto Hu-CI”, creado en febrero de 2014. Esta iniciativa surgió con la intención de transformar la perspectiva de “centrarse en el paciente” hacia la de “cuidar a las personas”, abarcando no solo al enfermo crítico, sino también a los familiares y al personal de salud (Heras La Calle, Oviés, &

“

La *humanización* también involucra factores ambientales y sociales que configuran la experiencia hospitalaria”.

Tello, 2017). Un año más tarde, en 2015, el Ministerio de Salud de Madrid solicitó que el Proyecto Hu-CI se presentara como un plan formal para humanizar las UCI, con estrategias claras y pasos específicos para su implementación.

En México, el modelo ha comenzado a consolidarse. Hasta hoy, al menos tres hospitales han obtenido la certificación en Buenas Prácticas de Humanización en Cuidados Intensivos (HUCI-AENOR), todos en el sector privado. La incorporación de este enfoque se ha convertido en una estrategia integral para elevar la calidad de la atención. Los resultados han sido contundentes: mejoras clínicas tangibles, incremento significativo en la experiencia del paciente y sus familiares, y un impacto positivo en el bienestar del personal de salud.

Nuestro actuar profesional se orienta al servicio del paciente y su familia, considerándolos

en todas las dimensiones de su vida. Procuramos brindar una asistencia integral que combine calidez, seguridad y calidad de atención, respondiendo de manera integral a necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Reconocemos que cada paciente es único y que preservar su dignidad y valores debe ser el eje de todo el proceso de atención.

Por ello, el **modelo de humanización de la UTI se estructura en ocho líneas estratégicas** principales:

1. UTI de puertas abiertas

Se promueve flexibilidad en los horarios de visita, ajustándolos a las necesidades y preferencias de pacientes y familiares, con el fin de favorecer el acompañamiento continuo.

2. Comunicación

Se impulsa una comunicación efectiva y de calidad entre el equipo multidisciplinario, el paciente, sus

familiares y acompañantes. Esta práctica ha demostrado reducir conflictos y fortalecer la confianza en nuestro personal de salud.

3. Bienestar del paciente

El cuidado integral incluye una valoración clínica continua, control adecuado del dolor, programas de sedación dinámica, manejo del delirium agudo y atención sistemática a necesidades emocionales, espirituales y sociales

4. Presencia y participación de la familia

Los familiares son integrados activamente en el proceso de atención, lo que facilita la cercanía afectiva y mejora la comunicación durante todo el tratamiento.

5. Cuidado del personal de salud

Toda institución debe "cuidar a sus cuidadores". Por ello, se implementan acciones precautorias y terapéuticas para preservar el bienestar físico y



emocional de nuestro personal, reconociéndolo como elemento central en la humanización de la atención.

6. Prevención y seguimiento del síndrome post-UTI

La disponibilidad de un equipo multidisciplinario especializado permite reducir la incidencia de este síndrome y mitiga su impacto en los pacientes que lo desarrollan.

7. Infraestructura humanizada

Se han implementado mejoras arquitectónicas, estructurales y ambientales que generan entornos más confortables, seguros y adaptados a las necesidades del paciente y su familia.

8. Cuidados al final de la vida

Constantemente, se desarrollan planes de cuidados paliativos integrales que acompañan tanto al paciente como a sus seres queridos, priorizando el alivio del sufrimiento y el respeto a la dignidad (Gálvez Herrero, Gómez García, Martín Delgado, & Ferrero Rodríguez, 2017).

En la actualidad, pacientes, familiares y acompañantes demandan competencias integrales en los profesionales de salud. Esta exigencia nos obliga a adoptar modelos holísticos que combinen confianza, empatía y respeto a la dignidad de la persona, siempre fundamentados en la mejor evidencia científica. La implementación del Hu-CI eleva la calidad de atención y fortalece el vínculo entre pacientes, familias y el equipo de salud (Rojas, 2019).

Si bien en México diversas UTI han incorporado prácticas orientadas a la atención centrada en el paciente y la familia, éstas suelen desarrollarse de forma aislada, sin constituir un estándar formal de cuidado. Así, la adopción de un proyecto internacional con lineamientos claros representa la estrategia más sólida para lograr la verdadera humanización de los cuidados intensivos.

La aceptación de semejantes lineamientos ha requerido charlas y talleres dirigidos a todo el personal, materiales informativos, boletines internos y espacios de reflexión colectiva. Apostamos por la capacitación continua, fomentando habilidades en comunicación efectiva, empatía y manejo del clima emocional. Asimismo, la designación de champions o mediadores ha sido clave: ellos actúan como referentes, facilitadores del cambio y promotores de la mejora continua, recopilando además propuestas que enriquecen nuestros procesos. Tales líneas de acción nos ofrecen siempre oportunidades de crecimiento y consolidan el compromiso de nuestra



institución con una atención verdaderamente humanizada.

Referencias:

- Gálvez Herrero, M., Gómez García, J. M., Martín Delgado, M. C., & Ferrero Rodríguez, M. (2017). Humanización de la sanidad y salud laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 63(247), 103–119. <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2017000200003>
- Heras La Calle, G., Oviés, Á. A., & Tello, V. G. (2017). A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Medicine*, 43(4), 547–549. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4670-y>
- Kelly, F. E., Fong, K., Hirsch, N., & Nolan, J. P. (2014). Intensive care medicine is 60 years old: The history and future of the intensive care unit. *Clinical Medicine*, 14(4), 376–379. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.14-4-376>
- Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 120–125. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.03.002>



Dispositivos médicos fabricados 100% en México

Accesibilidad • Confianza en el Servicio • Cobertura Nacional
Calidad en nuestra fabricación • Disponibilidad de producto

¡Lo hecho en México, está bien hecho!

Contacto:



+52 55 5682 8201

+52 55 5975 6060



Tata Vasco 79, Coyoacán, CDMX



contacto@corporativodl.com.mx

www.corporativodl.com.mx



CONVERSANDO CON *LOS EXPERTOS*: LEY SILLA

Conversando con los expertos de esta edición me llevó a una tranquila calle de Guadalajara, donde pude encontrarme con nuestro querido y siempre amable Alejandro Iván Rodríguez Manzano, quien es licenciado en Derecho por el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente y cuenta con estudios en Derecho Sanitario por la Universidad Anáhuac. Iván actualmente coordina la Comisión de Derechos Sanitarios de la Barra Mexicana del Colegio de Abogados en Jalisco y, en esta ocasión, con su tono siempre reflexivo, nos compartió información por demás relevante acerca de un tema que ha llamado mucho la atención últimamente y que tiene una amplia aplicación en todas las empresas, sin importar si son públicas o privadas: la Ley Silla.

Así que, con la intención de entrar en materia, lo primero que le pedí a Iván fue que, mientras llegaban nuestras tazas de café, me explicara el origen de esta ley y su justificación. Al respecto, me comentó que esta tiene sus raíces en el reconocimiento de la importancia de la salud ocupacional, particularmente en aquellos trabajos en los que los colaboradores permanecen de pie o durante períodos prolongados en un

“

Trata de la *obligación patronal* de dotar a los trabajadores de sillas con respaldo y de garantizar espacios adecuados para los descansos periódicos, procurando reducir riesgos de lesiones y mejorar las condiciones laborales”.

espacio determinado. Su origen se remonta a antecedentes constitucionales y normativos en materia de seguridad e higiene laboral, además de reformas específicas a la Ley Federal del Trabajo en diciembre de 2024.

Destacó de manera importante que, aunque el concepto ha existido desde hace más de una década en normativas de seguridad y salud, fue en diciembre de 2024 cuando estas disposiciones adquirieron carácter de reforma obligatoria en la Ley Federal del Trabajo, con vigencia a partir del 17 de junio de 2025. La finalidad principal de esta ley es promover ambientes laborales ergonómicos, seguros y que respeten la dignidad y la salud de los empleados, con

especial atención a aquellos en condiciones de mayor riesgo, busca principalmente proteger el derecho de los trabajadores a sentarse durante su jornada laboral.

Mencionó también tres aspectos entre los fundamentos de la ley, los cuales están vinculados a los siguientes temas:

Salud ocupacional de los colaboradores de las empresas, pues quienes, de acuerdo con sus funciones, deben permanecer de pie durante su jornada de manera prolongada, pueden ahora gozar de descansos periódicos. En este sentido, la ley busca velar por su salud y lograr una mejora en sus condiciones laborales.

Dignidad laboral, que influye en el tema organizacional, pues el cumplimiento de la ley permitirá una mayor satisfacción en los colaboradores durante el desenvolvimiento de sus actividades, lo que seguramente se manifestará en una mejor atención y servicio a los clientes.

Equidad de género, ya que la mayoría de los puestos de trabajo que requieren permanecer de pie de manera prolongada son desempeñados por mujeres.

Esta ley, nos aclaró también el Lic. Rodríguez, aunque coloquialmente se identifica como Ley Silla, corresponde además a modificaciones que se hicieron necesarias durante la pandemia de COVID, cuando surgió el trabajo en casa y el patrón tenía que facilitar recursos que apoyaran ergonómicamente a los colaboradores para el cumplimiento de sus funciones.

Trata, de forma específica, de la obligación patronal de dotar a los trabajadores de sillas con respaldo y de garantizar espacios adecuados para los descansos periódicos, procurando reducir riesgos de lesiones y mejorar las condiciones laborales. Todo esto debe quedar establecido de forma obligatoria y no solo como recomendaciones para el trabajador. Por esta razón, debe incorporarse en el reglamento interno de trabajo, tal y como se establecen ciertas certezas jurídicas, por ejemplo, aquellas relacionadas con la hora de entrada y de salida.

Esta ley es aplicable a todas las empresas y, si se enfoca de manera específica en los hospitales, Iván nos menciona que se pueden resaltar algunos de los puestos donde debe ponerse especial atención en su cumplimiento. Por ejemplo: personal de informes, médicos de guardia, seguridad, valet parking, camillería, enfermería y servicios generales, por mencionar algunos. Es importante reforzar que no basta con que los colaboradores puedan sentarse; también es aplicable, en cumplimiento de la ley, que se respeten ciertas condiciones ergonómicas. Esto significa que puedan estar sentados cómodamente y que su posición sea segura, de manera que se prevengan lesiones lumbares o cervicales.



¿A partir de qué fecha el cumplimiento de esta ley es de carácter obligatorio?

Ante este cuestionamiento, Rodríguez Manzano nos confirma que su publicación en el Diario Oficial de la Federación fue el 19 de diciembre de 2024, y se consideraba que entraría en vigor 180 días naturales después de publicada, es decir, el 17 de junio de 2025. Para ello era necesario que la Secretaría del Trabajo y Previsión Social emitiera las normas correspondientes sobre los factores de riesgos de trabajo y las disposiciones respectivas a más tardar el día 10 de enero de 2025.

La realidad es que fue hasta el 17 de junio de 2025 cuando dichas disposiciones se dieron a conocer públicamente y, con ello, se aclararon los lineamientos que podrían evaluarse durante una visita o inspección de la autoridad.

“

De manera complementaria, se habla de los *manuales operativos* y de las descripciones de puesto, en las cuales, al enlistar las actividades y roles de cada colaborador, se deben incluir los descansos correspondientes”.

¿Qué puede suceder en una visita de inspección?

Ante la publicación de las disposiciones, profundiza Iván en nuestra conversación aclarando que, en una visita de inspección, hay criterios que van más allá de lo ya comentado (la existencia de las sillas, sus características ergonómicas, el conocimiento de los colaboradores sobre su derecho a los periodos de descanso y los espacios dispuestos para ello). Además, hace recomendaciones muy claras y contundentes acerca de cómo prepararse de forma adecuada para una visita.

Lo primero es, evidentemente, conocer esta reforma a la Ley Federal del Trabajo, ya que en ella se establecen cuestiones muy específicas sobre los cambios que deben hacerse en temas documentales que incluyen el reglamento interior de trabajo y los contratos, donde deben especificarse los periodos de descanso y los lugares asignados. También, de manera complementaria, se habla de los manuales operativos y de las descripciones de puesto, en las cuales, al enlistar las actividades y roles de cada colaborador, se deben incluir los descansos correspondientes.

Este respaldo documental se vuelve sumamente importante, pues permite constatar el cumplimiento de estas disposiciones y validar las fechas a partir de las cuales el hospital o la empresa cumple con lo indicado en la norma. Otros documentos que pueden resultar muy útiles en una visita son las actas de recorridos de verificación de las Comisiones de Seguridad e Higiene. Por ello, la constitución de estas comisiones mixtas para la verificación y vigilancia cobra gran relevancia en la operación diaria.

Se deben analizar también los niveles de riesgo de todos los puestos de trabajo, y son estos documentos los que acreditan ante la autoridad el cumplimiento real de lo solicitado por la norma en caso de cualquier posible reclamo de un colaborador.

Otro aspecto de gran ayuda, añade Iván, es el desarrollo de políticas internas de salud ocupacional, confirmando en el documento la fecha en que fueron emitidas, lo cual será solicitado ante cualquier citatorio. Se trata de contar con todo documento probatorio que avale el cumplimiento de las disposiciones de la norma. La incorporación de estos documentos con fecha cierta, mediante firmas digitales o inscripciones oficiales, asegura su validez y otorga un respaldo sólido ante cualquier revisión de la autoridad.

Asimismo, realizar chequeos médicos periódicos a los trabajadores, así como un examen médico inicial que determine riesgos o enfermedades previas a la fecha de ingreso al centro de trabajo, ayuda a deslindar responsabilidades y definir si el padecimiento del colaborador se originó con anterioridad a su arribo a la empresa.

No puede olvidarse que también debe trabajarse en el aspecto cultural. Se requiere generar en la conciencia del colaborador que ya no estamos hablando de recomendaciones, sino de una obligación legal. Para ello, debe comunicarse claramente en qué consisten los cambios, tanto en actividades como en documentos, y enfatizar que todo el cumplimiento busca su beneficio. Más que limitarse a capacitar o informar, es fundamental crear consciencia de que el objetivo es mejorar las condiciones laborales de todos quienes forman parte de los hospitales o empresas.

¿Quién puede solicitar o atender una visita de verificación?

Ya está quedando más armado el tema del cumplimiento de esta ley, pero aquí quise saber a quién deben responder las empresas, es decir, quién realiza estas visitas de inspección. Iván me aclara que podemos recibir visitas de inspección por parte de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), tanto federal como estatal, así como del IMSS, en materia de salud ocupacional, riesgos de trabajo o enfermedades de trabajo, derivado de alguna queja o demanda del trabajador por denuncias de incumplimiento por parte del patrón y también por faltas en materia laboral.

En caso de incumplimiento, las empresas deben enfrentarse a multas u otro tipo de sanciones por faltas en cuestiones formales, relacionadas principalmente con documentación. Estas multas se aplican por cada punto de no cumplimiento, por lo que las cantidades pueden incrementarse considerablemente y, en caso de reincidencia, incluso se puede llegar a la suspensión temporal de actividades.

¿Dónde encontrar más información?

Para finalizar la entrevista, le pedí a Iván que nos recordara aquellos medios de consulta a los que podemos dirigirnos para obtener más información sobre este tema. Su respuesta fue que hay que revisar

el Diario Oficial de la Federación, ya que ahí se publican todas las reformas a las leyes, poniendo especial atención en la reforma a la Ley Federal del Trabajo publicada el 19 de diciembre de 2024, así como en la del 17 de julio de 2025, donde se emitieron las disposiciones complementarias por parte de la Secretaría del Trabajo.

Su recomendación como abogado es estar atentos a los criterios que vaya emitiendo el Poder Judicial de la Federación a través de la jurisprudencia, tesis o criterios obligatorios, pues ahí se reflejarán las controversias que se presenten y las resoluciones que dicten los tribunales en interpretación de estas disposiciones. Esto permitirá ajustar de manera adecuada los documentos corporativos de las empresas.

Ya para despedirnos, Iván, en su cierre, hizo una invitación a quienes representan la parte patronal a mantener una actitud proactiva y preventiva, anticipándose a las revisiones y promoviendo un ambiente laboral ergonómico y respetuoso de los derechos laborales. Mencionó que la inversión en cultura de seguridad no solo evita sanciones y multas, que pueden alcanzar cifras elevadas, sino que también fortalece la imagen institucional y el bienestar de los colaboradores.

“

La inversión en cultura de seguridad no solo evita sanciones y multas, que pueden alcanzar cifras elevadas, sino que también *fortalece* la imagen institucional y el bienestar de los colaboradores”.

Acciones clave para el cumplimiento de la Ley Silla:

1

Documentación formal: Contratos de trabajo, reglamentos internos, manuales operativos y actas de recorridos de verificación deben reflejar las condiciones laborales, los periodos de descanso y las medidas ergonómicas adoptadas.

2

Evaluación de riesgos: La autoridad laboral, a través de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, ha establecido lineamientos para evaluar los factores de riesgo en cada puesto, incluyendo aspectos técnicos referentes a las sillas, mesas y espacios de trabajo, con parámetros específicos sobre altura, capacidad de ajuste y ergonomía.

3

Capacitación y cultura interna: Es fundamental promover una cultura preventiva, donde los colaboradores conozcan la importancia de respetar los periodos de descanso y las condiciones ergonómicas, generando conciencia sobre su bienestar y el cumplimiento de las obligaciones laborales.

4

Verificación y auditorías: Las inspecciones pueden realizarse en cualquier momento, revisando las actas, contratos, manuales y espacios físicos, para constatar que se cumplen los requisitos que las condiciones de trabajo son seguras y saludables.





mWear : Monitoreo portátil de grado médico

- Diseño mejorado
- Cómoda experiencia de uso e Interconexión inalámbrica completa
- Monitoreo de grado médico
- Monitoreo multiparámetro y Parámetros de salud innovadores
- Sensor de SpO2 tipo anillo
- Movimiento normal de la mano con mayor comodidad
- Diseño confiable
- IP22 a prueba de agua y resistente a 48 tipos de desinfectantes

Terapia asistida con animales:

un aliado en la salud

Autor: Staff, CHRISTUS MUGUERZA



Fotografías por: *Sandra Bessudo Sulkin*

Aunque hoy parece una innovación, las primeras experiencias de terapias asistidas con animales surgieron a mediados del siglo XX. En 1956, en el Hospital Ann Harbor de Michigan, un grupo de médicos implementó una forma temprana de terapia asistida con animales para proporcionar consuelo a niños hospitalizados, permitiéndoles interactuar con cachorros, gatos, patos y conejos. Esta iniciativa buscaba aliviar el estrés y la ansiedad en los pacientes, mucho antes de que la terapia asistida con animales se convirtiera en una práctica común y reconocida.

Desde entonces, el camino ha estado lleno de aprendizajes, ajustes metodológicos y evidencia científica. Actualmente, la intervención asistida con animales forma parte de programas de humanización hospitalaria en varios países, adaptándose siempre a las necesidades y características de cada centro de salud. Cada vez son más los nosocomios en el mundo que abren sus puertas a esta práctica y, detrás de estas iniciativas, existen protocolos rigurosos, estudios científicos y la convicción de que la salud no solo depende de la eficacia de un tratamiento, sino también del bienestar emocional de los pacientes (Flores-Castro & Sosa-Rubí, 2018).

Existen tres tipos principales de intervenciones asistidas con animales:

- Terapia Asistida por Animales (TAA): Implica la participación de un animal en un proceso terapéutico con objetivos específicos y medibles. Un profesional de la salud, como puede ser un fisioterapeuta, psicólogo, entre otros, lidera la sesión.
- Actividades Asistidas por Animales (AAA): Son encuentros informales y recreativos cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida. No tienen metas clínicas específicas, pero ofrecen momentos de alegría y relajación a los pacientes.
- Educación Asistida por Animales (EAA): Se utiliza en entornos educativos para motivar y facilitar el aprendizaje.

Los animales más utilizados en estas terapias son aquellos con características de docilidad,



Katta se retirará en diciembre de 2026 tras **11** años de servicio.

empatía y alta capacidad de entrenamiento. Estos atributos les permiten conectar con los pacientes de maneras que superan las barreras de la comunicación verbal. Entre ellos se encuentran caballos, gatos, delfines, conejos, aves y, sin duda, los más empleados: los perros. Su naturaleza social, su capacidad de obedecer órdenes y su instinto de ofrecer afecto incondicional los convierten en aliados ideales.

Los caninos como co-terapeutas

La elección de los perros que se convierten en co-terapeutas no depende de la raza, sino de su temperamento y disposición emocional.

“Buscamos perros que disfruten ser abrazados, que se sientan cómodos en ambientes desconocidos y que transmitan calma”, explicó Francesc Ristol, Director del Centro de Terapias Asistidas con Canes (CTAC), pionero en la implementación de programas de intervención asistida con perros en hospitales en Barcelona, España.



“A partir de ahí, se les somete a un proceso de socialización en entornos hospitalarios y a un entrenamiento específico en obediencia y habilidades de interacción” (Ristol & Doménec, 2015; IAHAIQ, s.f.).

A diferencia de lo que ocurre en la relación cotidiana entre una persona y su mascota, en la terapia hospitalaria el lazo emocional se establece desde el paciente hacia el animal. “El perro es un profesional más del equipo. Está allí para trabajar en un formato estructurado, pero no puede cargar con [el bagaje] emocional de cada paciente. De lo contrario, comprometeríamos su bienestar” (20minutos.es, 2023).

En el hospital, el animal cumple un rol definido y siempre está acompañado por un técnico en intervenciones asistidas, quien guía su conducta, protege su salud y garantiza la seguridad del paciente.

El modelo de mayor eficacia en hospitales es el formato triangular, conformado por:

1. El médico o profesional de la salud, quien determina las necesidades terapéuticas.
2. El paciente o receptor, quien obtiene los beneficios emocionales, motivacionales o físicos.
3. La unidad de intervención, compuesta por el animal y su técnico especializado.

“El perro nunca entra solo a una habitación.”

Siempre lo acompaña su técnico, que le transmite seguridad y maneja la interacción con el paciente. Pensemos que no todos los entornos hospitalarios son agradables para los animales: hay ruido, estrés ambiental, olores. Su presencia está cuidadosamente planeada”, aclara Ristol. Este esquema permite controlar cada detalle: desde la selección del perro hasta la manera en que se gestiona el contacto físico, que en muchos casos no es imprescindible, ya que también es posible establecer un vínculo emocional a distancia.

La “carrera profesional” de un perro de terapia también tiene límites. Ellos se jubilan cuando pierden interés en trabajar o muestran señales de estrés. “A diferencia de los humanos, no están obligados a llegar a los 65. Su bienestar es la prioridad”, enfatiza el especialista.

¿Cómo puede la terapia implementarse en un hospital?

Llevar un perro a una sala hospitalaria no es tan simple como abrir la puerta y dejarlo entrar. El trabajo exige protocolos de prevención de infecciones y zoonosis, estricta higiene y revisiones veterinarias periódicas (Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, UNAM, 2020).

La planeación debe incluir:

1. Análisis del entorno, considerando el tipo de pacientes y sus problemáticas.
2. Definición de objetivos, como reducir ansiedad en salas de espera, disminuir percepción del dolor o mejorar habilidades de comunicación.

3. Desarrollo de protocolos y procedimientos: acceso de animales, criterios de inclusión y exclusión, documentación y trazabilidad de resultados.
4. Determinación de si la iniciativa será piloto, eventual o un programa permanente.

La implementación comienza en un área reducida (una planta pediátrica, una sala de espera, un hospital de día) y se expande conforme se comprueba su eficacia. Los pacientes son evaluados según su viabilidad: quienes tengan alergias graves, fobias profundas o restricciones culturales o religiosas no son elegibles.

Todo se gestiona con consentimiento informado, con participación activa de médicos, enfermeras y familiares. Cada interacción se documenta: desde la reacción del paciente hasta el procedimiento en que intervino el animal. Estos datos permiten evaluar la efectividad y garantizar calidad y seguridad.

En México, aún no existe un marco legal federal que regule explícitamente la intervención de animales en hospitales; por ello, las instituciones desarrollan sus propios protocolos internos. A pesar de ello, hospitales como CHRISTUS MUGUERZA han dado pasos firmes en esta dirección, con programas exitosos de terapia asistida con perros en Monterrey, Nuevo León.

“

La terapia asistida con perros *humaniza la atención* hospitalaria”.



Una experiencia cercana:

El caso *Yamile*

Entre quienes han vivido de cerca los beneficios de este programa está Yamile, paciente oncológica que encontró en Tyler, un golden retriever entrenado, un apoyo fundamental durante sus sesiones de quimioterapia. Ella recuerda que al inicio llegaba con ansiedad, sin saber qué esperar, y que la incertidumbre le generaba estrés. Con el tiempo, la presencia de Tyler antes de cada sesión se convirtió en un momento de calma que le permite enfrentar el proceso con mayor serenidad.

“Yo venía muy estresada, porque no sabía cómo me iba a ir en las quimioterapias. En la primera no sabía a qué venía. En la segunda ya sabía qué esperar, pero aun así era difícil. Antes de cada quimioterapia, convivir con Tyler me relaja mucho”.

Para Yamile, cada encuentro con Tyler transforma un día difícil en una oportunidad de sentirse acompañada y reconfortada. “Les digo a las enfermeras que siento un hormigueo muy bonito, una sensación increíble. Me encanta esta experiencia en el Muguerza”, compartió, a quien le restan seis sesiones, todas acompañadas por los doctores.

Un programa en crecimiento

La iniciativa se desarrolla en alianza con la Asociación Manada K9, fundada hace 15 años y colaboradora de CHRISTUS MUGUERZA. Actualmente, seis caninos entrenados forman parte del programa: Katta, Bruno, Nube, Tyler, Enya y Bonnie.

- Bonnie, a quien se le dio una segunda oportunidad al ser rescatada del abandono, hoy es la más joven del equipo.
- Katta, de 10 años, es la más experimentada y se encuentra en proceso de retiro gradual, que concluirá con una ceremonia especial en 2026.

Todos permanecen al cuidado de su técnico y cuentan con supervisión veterinaria de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia de la UANL. El camino de formación de estos doctores es largo y meticuloso.

22 NO. 22



Requiere entrenamiento dual: el perro aprende control y adaptación, y el técnico aprende a leer y guiar su comportamiento. Tras un periodo de socialización de entre año y medio y dos años, los caninos están listos para ingresar a un hospital.

La experiencia y buenas prácticas de este sistema de salud sirven como modelo para otros hospitales que buscan implementar estas iniciativas. A pesar de su complejidad, el potencial para humanizar y mejorar la atención hospitalaria es enorme. Invertir en su implementación no es solo una decisión de vanguardia, sino un compromiso con una atención integral y centrada en el paciente (Rivas-Cedeño et al., 2021; Secretaría de Salud, 2019).

Referencias:

- CTAC Group (2023, 26 de mayo). La sanidad pública aún no tiene recursos para mantener las terapias asistidas con perros [entrevista a Francesc Ristol]. 20 minutos.
- Flores-Castro, R., & Sosa-Rubí, S. (2018). Intervenciones asistidas con animales en la salud: Perspectiva desde México. *Revista Mexicana de Medicina Veterinaria y Zootecnia*, 49(2), 75–83. Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, UNAM. (2020). Guía de buenas prácticas para intervenciones asistidas con animales en México. UNAM.
- Marcus, D. A. (2013). The science behind animal-assisted therapy. *Current Pain and Headache Reports*, 17(4), 322.
- Kamioka, H., Okada, S., Tsutani, K., Park, H., Okuizumi, H., Handa, S., ... & Mutoh, Y. (2014). Effectiveness of animal-assisted therapy: A systematic review of randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Medicine*, 22(2), 371–390.
- IAHAIO (s.f.). Board of Directors - Members. Recuperado de IAHAIO website, CTAC es miembro pleno con Francesc Ristol en la junta.
- Secretaría de Salud. (2019). Lineamientos para programas de humanización hospitalaria en México. Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
- Rivas-Cedeño, A., Martínez, L., & Ortega, G. (2021). Beneficios de la terapia asistida con perros en pacientes pediátricos oncológicos en México. *Revista Médica del Hospital General de México*, 84(3), 213–220.
- Ristol, F., & Doménec, E. (2015). *Terapia asistida con animales: Técnicas y ejercicios para intervenciones asistidas con perros* (2ª ed.). Barcelona: CTAC Group

LIC. RAFAEL MARTÍN DEL CAMPO

NECESITAMOS UN NUEVO CONTRATO SOCIAL

Reflexiones desde Minouche Shafik y
Jean-Jacques Rousseau

Nemat (Minouche) Shafik nació en Egipto y emigró con sus padres a los Estados Unidos, donde cursó su educación básica y universitaria. Posteriormente, viajó al Reino Unido para realizar estudios de posgrado y obtener un doctorado en Economía. Su trayectoria ha sido notable: a los 36 años se convirtió en la vicepresidenta más joven del Banco Mundial y, en la actualidad, dirige la London School of Economics and Political Science (LSE).

La LSE ha sido, históricamente, un espacio de reflexión sobre la relación entre economía y sociedad. Shafik, con amplia experiencia en el ámbito académico y político, señala que conoce de primera mano los efectos de la pobreza en las zonas marginadas de Londres. En entrevistas y conferencias ha afirmado que “la crisis climática, la pandemia mundial, las migraciones y otros cambios económicos ponen de manifiesto hasta qué punto nuestro contrato social vigente se ha deteriorado y ya no funciona” (Shafik, 2021). Su pregunta central es: ¿qué nos debemos unos a otros como sociedad?

Este cuestionamiento es particularmente relevante para la Asociación Nacional de Hospitales Privados (ANHP), pues la diversidad de sus asociados refleja el entramado complejo de la vida social. Por ello, resulta oportuno revisar los orígenes del contrato social y reflexionar sobre sus implicaciones actuales.

Rousseau y el contrato social

El concepto de contrato social fue desarrollado por Jean-Jacques Rousseau (1712–1778), filósofo suizo, hijo de un relojero y marcado por una infancia difícil tras la muerte temprana de su madre. A los 16 años huyó del hogar paterno y del país, iniciando un camino autodidacta en medio de una Europa dominada por el absolutismo monárquico.

En Francia, la figura de Luis XIV encarnó esta visión del poder absoluto con su célebre frase: “L’État, c’est moi” (“El Estado soy yo”), que justificaba el gobierno por derecho divino, avalado además por la Iglesia Católica como forma de consolidar un poder paralelo al del monarca (Rousseau, 1762/2012). En su obra *El contrato social*, Rousseau planteó que la sociedad se fundamenta en un pacto entre ciudadanos libres, quienes ceden parte de sus libertades individuales para asegurar la protección colectiva y la convivencia pacífica. En palabras modernas, esto se traduce en el cumplimiento de normas comunes (como un reglamento de tránsito) a cambio de seguridad, justicia y equilibrio social.

Rousseau intentó publicar su obra en París, pero la censura social consideró que el autor era contrario a los intereses de la monarquía y de la Iglesia. Fue entonces perseguido y obligado a refugiarse en el Principado de Neuchâtel (Prusia). Finalmente, un editor holandés publicó el texto en la primavera de 1762. La visión del filósofo, adelantada a su tiempo, se convirtió en un referente que inspiraría transformaciones políticas durante los dos siglos siguientes (Rousseau, 1762/2012). Vigencia del contrato en el siglo XXI

Han transcurrido más de 250 años desde la primera edición de la obra. Aunque las legislaciones y tecnologías han tenido avances indescritibles e increíblemente rápidos, los desafíos actuales, la crisis climática, las migraciones masivas, el uso de la inteligencia artificial, las desigualdades económicas y las transformaciones en los mercados, entre otras, plantean de nuevo la pregunta central: **¿qué características debe tener un “contrato social” para funcionar en el siglo XXI?**

El contrato social contemporáneo no se limita a la relación entre ciudadanos y Estado; incluye también la interacción con organizaciones privadas, comunidades locales y, de manera fundamental, con la familia. Un acuerdo renovado exige la maduración de la sociedad civil y de los legisladores, quienes deben representarnos con dignidad, dejando de lado intereses personales o ideologías extremistas (Shafik, 2021).

El mínimo de atención sanitaria

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido un paquete esencial de atención sanitaria de disponibilidad universal, que incluye la atención prenatal, los programas de inmunización, los tratamientos contra enfermedades transmisibles y el acceso garantizado a personal médico y medicinas (World Health Organization, 2010). La mayoría de los países en desarrollo han adoptado esta definición como referencia.

Para lograr esta cobertura mínima, la OMS recomienda que los gobiernos destinen al menos el 5% del Producto Interno Bruto (PIB) a la salud (World Health Organization, 2010). Esto supone

no solo un compromiso financiero, sino también un marco de equidad en la distribución de los recursos entre generaciones, de manera que los costos sean compartidos de forma justa entre jóvenes y adultos mayores.

En números futuros de Nuestro Mundo Hospitalario se abordará este tema desde el ángulo de la salud, pues sin salud no hay desarrollo posible y sin educación no hay salud sostenible. La revisión del contrato social en clave contemporánea no es únicamente un debate filosófico, se traduce en una guía práctica para repensar nuestras obligaciones mutuas, fortalecer el tejido social y garantizar que la atención sanitaria se convierta en un derecho accesible para todos.

Referencias:

Rousseau, J. J. (2012). El contrato social (M. Vargas, Trad.). Editorial Losada. (Obra original publicada en 1762).

Shafik, M. (2021). What we owe each other: A new social contract. Princeton University Press.

World Health Organization. (2010). World health report: Health systems financing: The path to universal coverage. World Health Organization.

Medtronic

NUEVO SISTEMA DE **DENERVACIÓN RENAL** POR RADIOFRECUENCIA

Medtronic, líder global en tecnología médica, presenta en México una nueva alternativa para **atender a pacientes que no logran controlar su hipertensión arterial** con tratamientos convencionales.

Tratamiento de la hipertensión arterial no controlada o resistente



Procedimiento mínimamente invasivo que usa radiofrecuencia para desactivar los nervios renales.

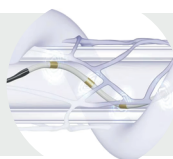


Ayuda a reducir hormonas, revertir la retención de líquido y sal, y disminuir la estimulación eléctrica en el sistema nervioso simpático.



Ensayos clínicos con más de 10 años de seguimiento han demostrado que la terapia es segura y efectiva.¹

Sus características de última generación:



El catéter flexible **desactiva los nervios renales** de manera uniforme y completa.



El generador usa un algoritmo en tiempo real para monitorear la **distribución de la energía y temperatura** de los electrodos.

Para reducir la presión arterial, el Sistema administra energía de radiofrecuencia para frenar la hiperactividad de los nervios que conectan el riñón y el cerebro.



Asociación Nacional de Hospitales Privados

Le damos la bienvenida a



HOSPITAL CENTRO DE
ESPECIALIDADES MÉDICAS
Esmeralda

Atizapán de Zaragoza, Estado de México

Juntos fortalecemos nuestro compromiso con la salud y el bienestar

Hoy somos más asociados... y seguimos creciendo. ¡Súmate a la ANHP!



55 5545 3501 y 55 1560 7112



hospitales@anhp.mx

OCTUBRE ROSA

TÓCATE
para que
NO TE TOQUE

**MES DE LA PREVENCIÓN
DEL CÁNCER DE MAMA**



Asociación Nacional de Hospitales Privados

PiSA[®] Farmacéutica:

80 Años Promoviendo la Salud y la Vida

Este 2025, PiSA[®] celebra 80 años de compromiso inquebrantable con la calidad, la salud y el bienestar de las personas. Fundada en 1945, la empresa mexicana se ha consolidado como un pilar fundamental en la industria farmacéutica, destacándose por su innovación, la producción de medicamentos de alta calidad y su esfuerzo constante por mejorar el acceso a tratamientos que promuevan una vida más saludable.

A lo largo de estas ocho décadas, PiSA[®] Farmacéutica ha construido un legado que va más allá de ofrecer productos farmacéuticos: ha impulsado una cultura de prevención y cuidado, contribuyendo al fortalecimiento del sistema de salud.

Desde sus inicios, su misión ha sido clara: proporcionar productos de alta calidad que mejoren la salud de la población mexicana. Con una fuerte apuesta por la investigación y el desarrollo, ha ampliado significativamente su portafolio de medicamentos y servicios, consolidándose como un referente en el sector.

El compromiso con los más altos estándares de calidad se refleja en la implementación de procesos y certificaciones que garantizan seguridad, eficacia y confiabilidad, entre ellas:

- **ISO 9001:2015**
- **ISO 13485:2016**
- **NOM-451-SSA1-2012**
(Buenas Prácticas de Manufactura)
- **INVIMA**
- **ESR Empresa Socialmente Responsable**

Más allá de la producción de medicamentos, su visión se basa en un genuino compromiso con la vida y la salud de las personas. Esto se refleja no solo en sus productos, sino también en su responsabilidad social empresarial.

En su 80 aniversario, PiSA[®] celebra no solo el crecimiento de una empresa mexicana, sino su dedicación constante a la salud y la calidad de vida. Con más de 30 mil colaboradores, su misión va mucho más allá de la fabricación de medicamentos: busca contribuir significativamente al bienestar de los pacientes, poniendo a su alcance productos y soluciones de la más alta calidad.





M.C. Esp. Diego Alberto Arredondo Meza

Médico Cirujano por la UNAM.

Especialista en Gestión de la Salud y el Bienestar Corporativo por la Universidad Anáhuac.

Profesor de la Carrera de Médico Cirujano en FES Iztacala. UNAM.

diego_arredondo@iztacala.unam.mx

La formación médica de pregrado en hospitales privados:

Más allá de *la clínica*.

Introducción

La formación médica en hospitales constituye uno de los pilares más sólidos y tradicionales de la educación en ciencias de la salud. A diferencia del aula, el entorno hospitalario representa un espacio dinámico, real y complejo, donde los estudiantes se enfrentan directamente a los pacientes, interactúan con

equipos interprofesionales y se exponen a las múltiples variables que caracterizan la práctica clínica cotidiana.

No obstante, este modelo también ha sido objeto de cuestionamientos y propuestas de transformación, sobre todo cuando se le asocia con la reproducción de rutinas acrílicas, desvinculadas de los fundamentos científicos, éticos y sociales que deberían sustentar la medicina contemporánea. Repensar el papel del hospital en la formación

médica requiere revisar no solo su función docente, sino también la articulación entre el aprendizaje clínico, la investigación, la colaboración entre disciplinas y el compromiso social. En las siguientes líneas realizaremos un análisis formal sobre las variantes que acompañan a tan compleja realidad de la práctica médica cotidiana.

La dimensión pedagógica del hospital

Durante décadas, la educación médica ha valorado la inmersión temprana del estudiante en el ambiente hospitalario bajo la premisa de que el contacto directo con casos clínicos reales favorece el desarrollo de habilidades prácticas de forma más eficaz. Sin embargo, este supuesto ha llevado, en muchos contextos, a considerar que el hospital enseña por sí solo, omitiendo que el

“

La MBE debe concebirse como un recurso que **enriquece** el criterio médico y **promueve** la independencia profesional desde los inicios de la formación, no como un protocolo inflexible”.

aprendizaje clínico exige planificación, estructura y, sobre todo, una supervisión adecuada. El médico en formación no puede limitarse a ser un espectador; debe convertirse en un agente activo del proceso educativo, capaz de formular preguntas, analizar decisiones clínicas y participar en la construcción del conocimiento.

A su vez, los nosocomios deben entenderse como áreas formativas con tensiones inherentes: entre la atención clínica y la función docente; entre la urgencia del servicio y la necesidad de reflexión; entre la rutina operativa y la innovación pedagógica. En ausencia de una política educativa clara, la enseñanza hospitalaria corre el riesgo de volverse mecánica, acrítica y centrada en la repetición de procedimientos, en lugar de fomentar una comprensión profunda de los procesos clínicos. El reto consiste en equilibrar las exigencias asistenciales con los objetivos formativos, reconociendo que ambas dimensiones son igualmente fundamentales para una educación médica de calidad.

Juicio clínico, ética y contexto: más allá de la técnica

La formación médica en el ámbito hospitalario debe trascender la mera adquisición de habilidades técnicas. El juicio clínico —entendido como la capacidad de tomar decisiones pertinentes mediante la integración de conocimientos científicos, valores éticos, experiencia práctica y comprensión contextual— constituye una competencia esencial del médico en formación.

Esta capacidad no puede cultivarse a través de una enseñanza reducida a la repetición de esquemas diagnósticos o algoritmos terapéuticos. Se requiere de un acompañamiento docente que promueva la reflexión crítica, el razonamiento argumentativo y la toma de conciencia sobre las implicaciones éticas inherentes a cada intervención médica.

Asimismo, es fundamental reconocer que la práctica clínica no se ejerce en un vacío, sino en contextos sociales, culturales y económicos específicos. Bajo esta perspectiva, el estudiante debe ser formado desde un enfoque biopsicosocial que le permita identificar los determinantes sociales de la salud, las inequidades en el acceso a servicios, las limitaciones estructurales del sistema



sanitario y las oportunidades de transformación desde su propio quehacer profesional. Este enfoque implica una formación crítica, comprometida y sensible al entorno, capaz de vincular el acto clínico con una comprensión integral del proceso salud-enfermedad-atención.

La integración de la investigación en la formación clínica

Uno de los retos persistentes del modelo hospitalario tradicional radica en la escasa vinculación entre la docencia clínica y la investigación. En muchas ocasiones la formación médica se limita a la transmisión y repetición de contenidos, dejando de lado el fomento de una actitud científica y de habilidades investigativas. Esta desconexión resulta paradójica, considerando que la medicina contemporánea se fundamenta en la evidencia científica y en el análisis riguroso de datos.

Integrar la investigación en la formación clínica no implica convertir a todos los estudiantes en científicos, sino brindarles herramientas para desarrollar pensamiento crítico, formular preguntas relevantes, analizar información con criterio y tomar decisiones clínicas bien fundamentadas. Para lograrlo, la enseñanza de la metodología de la investigación debe incorporarse desde los primeros años de la carrera médica, articulándose

de forma activa con la práctica hospitalaria. Todos los proyectos fortalecen el desarrollo ético, profesional y humano del futuro médico.

El papel del docente clínico y las condiciones institucionales

El docente clínico transmite conocimientos técnicos y modela actitudes, valores y prácticas clínicas. Su presencia activa representa un nexo entre la teoría y la aplicación del conocimiento científico sobre contextos fehacientes y comprobables.

Uno de los retos fundamentales para estos formadores es ejercer su función en instituciones que, con frecuencia, no brindan condiciones adecuadas para la enseñanza. La sobrecarga asistencial, la escasez de tiempo y la falta de reconocimiento formal del trabajo docente dentro de los hospitales limitan el potencial educativo de muchos escenarios clínicos. La situación se complica cuando no existen incentivos ni estructuras claras que respalden la labor académica; esta circunstancia genera un círculo vicioso de desmotivación y ausencia de formación docente continua.

A pesar de ello, algunos espacios logran transformar sus dinámicas con base en iniciativas de liderazgo clínico, innovación pedagógica y trabajo colaborativo entre profesionales de la salud. En estos contextos, la enseñanza no solo se sostiene, sino que se reinventa con nuevas herramientas como la retroalimentación formativa, el aprendizaje basado en problemas e incluso el uso de simulación clínica. Como afirma Lifshitz (1995): *"La práctica de la medicina ha sido siempre la mejor maestra, y el hospital, el aula por excelencia"*.

Esta idea –tan clara como vigente– reafirma que la experiencia clínica, cuando está bien orientada y acompañada, es uno de los pilares más sólidos para el aprendizaje médico. Por lo anterior, la incorporación de la Medicina Basada en Evidencias (MBE) cobra especial relevancia: formar estudiantes con capacidad crítica para interpretar literatura científica, tomar decisiones clínicas informadas y aplicar protocolos actualizados es parte esencial de la docencia clínica contemporánea. La MBE debe concebirse como un recurso que enriquece



el criterio médico y promueve la independencia profesional desde los inicios de la formación, no como un protocolo inflexible.

La enseñanza clínica en hospitales privados: oportunidades tangibles y el rol del médico

En el panorama actual, caracterizado por numerosos desafíos en el sistema de salud, los hospitales privados han emergido como entornos propicios para la instrucción clínica, gracias a sus condiciones ventajosas. A diferencia del sector público, donde la carga asistencial suele ser abrumadora y limita tanto el tiempo como la disposición para la docencia, en el sector privado, la favorable proporción paciente-médico ofrece a estudiantes, internos y residentes mayores oportunidades de participar activamente en cirugías, exploraciones y decisiones clínicas. Sin embargo, es innegable que, independientemente de la institución, la enseñanza médica requiere de una actitud activa por parte del médico. Aunque el hospital privado ofrece ventajas logísticas y operativas, si el médico no tiene interés en enseñar o no ha adquirido herramientas pedagógicas para hacerlo, las oportunidades se diluyen. Por el contrario, cuando el médico asume con responsabilidad su papel docente, el potencial formativo de estos espacios se multiplica de manera extraordinaria.



Enseñar medicina va más allá de tiempo y recursos; implica aprender a instruir. Formar futuros profesionales de la salud exige compromiso, actualización continua y la capacidad de comunicar el conocimiento de manera clara, crítica y reflexiva. El hospital privado, con sus características propias, puede ser un entorno óptimo para una enseñanza clínica valiosa si quienes poseen la experiencia desean compartirla conscientemente.

Modelos integrales para la formación médica en hospitales: una propuesta transformadora

La transformación de la enseñanza médica en el entorno hospitalario requiere más que ajustes aislados; exige ideas pedagógicas integrales que reconozcan la complejidad del proceso formativo. Diversas propuestas han apuntado hacia modelos que integren docencia, investigación y trabajo en equipo desde etapas tempranas de la carrera, con el fin de formar médicos no solo técnicamente competentes, sino también reflexivos, críticos y comprometidos socialmente.

El modelo de la Universidad de McMaster en Canadá, pionero en la Educación Médica Basada en Problemas (PBL), ha sido muy influyente. Este enfoque se centra en el aprendizaje activo, la resolución de problemas prácticos y el desarrollo gradual de habilidades. En América Latina, diversas adaptaciones se han inspirado en la PBL para fomentar la participación estudiantil e integrar los conocimientos básicos y clínicos en situaciones reales. Por otro lado, propuestas como la de Tuning para América Latina sugieren una formación basada en competencias, con énfasis en la autonomía del estudiante, la responsabilidad social del médico y la formación interprofesional. Estos marcos promueven una educación centrada en el aprendizaje y no solo en la enseñanza, con metodologías activas, evaluación formativa y acompañamiento tutorial.

Para que estos arquetipos sean viables, es indispensable la formación pedagógica de los médicos docentes, el fortalecimiento de las políticas institucionales de educación médica y la creación de estructuras de apoyo académico al interior de los hospitales. La formación integral del médico no se logra con improvisaciones, sino



con proyectos educativos bien estructurados, sólidos, sistemáticos y evaluables, alineados con las necesidades sociales y sanitarias de cada contexto.

Transformar la enseñanza clínica en México implica atender tanto la práctica educativa cotidiana como las políticas institucionales y nacionales que la enmarcan. Es necesario reconocer al hospital como espacio formativo y garantizar que la docencia sea valorada, estructurada y acompañada con recursos y programas específicos. En esa misma línea, Frenk (1984) señala que: "La educación médica no puede concebirse como una actividad aislada, sino como parte integral de un sistema de salud y de educación que interactúan de manera constante". Esta visión sistémica nos invita a construir redes colaborativas entre universidades, hospitales y autoridades sanitarias que potencien el aprendizaje y mejoren, en última instancia, la atención en salud.

Este cambio no es solo técnico, sino profundamente cultural, implica redefinir lo que entendemos por aprender medicina y por enseñar a ser médico.

Supone recuperar el sentido profundo de la clínica como un espacio de encuentro, pensamiento crítico, responsabilidad y humanidad. Solo así podremos formar médicos competentes y conscientes, comprometidos con la salud y el bienestar de las personas.

Referencias:

- Frenk, J. (1984). La atención médica, la enseñanza de la medicina y el mercado de trabajo para los médicos: el internado en México. *Educación Médica y Salud*, 18(4), 329–343. Organización Panamericana de la Salud. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3200/Educacion%20medica%20y%20salud%20\(18\),%204.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3200/Educacion%20medica%20y%20salud%20(18),%204.pdf)
- Jiménez-Bautista, G., Álvarez-Villalobos, N., & Espinosa-Rosales, F. J. (2023). Formación médica e investigación: propuesta de un modelo integral. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(3), 1–8.
- Lifshitz, A. (1995). El aprendizaje de la clínica. *Gaceta Médica de México*, 131(5–6), 571–576.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). La formación médica en América Latina y el Caribe: situación actual y tendencias. Organización Panamericana de la Salud.



Asociación Nacional de Hospitales Privados



23 DE OCTUBRE

DÍA DEL MÉDICO

Celebramos a quienes, con profesionalismo, entrega y vocación, cuidan la salud y el bienestar.

¡Feliz Día del médico!

CUANDO LA IA PIENSA DIFERENTE:

la promesa y la paradoja en la medicina.

Autor: John Nosta

Nota del traductor: El título original del artículo es When AI Thinks Differently: The Promise and Paradox in Medicine (entregado originalmente en inglés). La presente traducción académica fue realizada en septiembre de 2025 con autorización del autor.

I. REPENSANDO NUESTRO MUNDO

La inteligencia artificial (IA) nos ha llevado a reconsiderar lo que significa saber. No memoriza como nosotros. No conecta el significado con recuerdos de infancia, emociones o experiencias vividas. Procesa el mundo a través de vastas estructuras computacionales, miles de millones de parámetros que se ajustan en respuesta a patrones ocultos en el lenguaje y los datos (Bengio, Courville & Vincent, 2013).

Para los humanos, una pregunta tan simple como "¿qué es una manzana?" evoca la imagen de una fruta roja, el sabor del otoño, el mito de Eva o incluso la historia de Newton y la gravedad. Para una máquina, la misma pregunta se expande a miles de dimensiones imposibles de imaginar en términos humanos. Una manzana deja de ser una fruta para convertirse en un punto en un espacio de alta dimensionalidad (Marcus & Davis, 2019).

Esta diferencia no es trivial. Nos indica que las máquinas no piensan como nosotros, ni remotamente. Están trazando un terreno cognitivo completamente distinto. Confundir esa diferencia con inferioridad es un error, pero interpretarla como equivalencia también lo es. La IA piensa de otra manera, y es en

esa diferencia donde residen tanto su promesa como su paradoja (Floridi & Chiriatti, 2020).

La medicina ofrece una de las miradas más claras sobre esta transformación. La disciplina siempre ha estado marcada por herramientas, desde el estetoscopio hasta el microscopio. La IA es la herramienta más reciente, pero a diferencia de los instrumentos del pasado, desafía nuestras nociones sobre cómo funciona el conocimiento mismo.

II. LA MANZANA EN 12,288 DIMENSIONES

Para comprender cómo percibe la IA, la manzana es un punto de partida ideal. Un modelo de lenguaje no la concibe como una fruta roja para comer o dibujar, sino como un conjunto de patrones presentes en miles de ejemplos. En su espacio interno, "manzana" se representa en más de doce mil dimensiones, cada una describiendo rasgos imperceptibles para nosotros (Bengio et al., 2013).

El pensamiento humano es compacto: plegamos asociaciones múltiples en un símbolo simple. La palabra "manzana" porta capas de resonancia sensorial y cultural. El pensamiento de máquina es

expansivo: despliega significados en vastas estructuras matemáticas, donde la proximidad se mide por probabilidad y no por historia o sentido. Así, la diferencia no radica solo en velocidad o precisión, sino en un orden distinto de cognición. En medicina, esto abre oportunidades extraordinarias, como detectar patrones de enfermedad antes de que se hagan evidentes a los ojos humanos. Pero también introduce riesgos: la máquina puede identificar señales imposibles de verificar para el clínico, dejándonos sin certeza sobre cómo actuar (Topol, 2019).

III. INTELIGENCIA ITERATIVA

Si la manzana ilustra cómo la IA percibe de forma distinta, la práctica de la iteración muestra cómo redefine el aprendizaje humano. Durante siglos, el conocimiento se transmitió en textos fijos: Gutenberg nos dio páginas de autoridad al liberar la palabra escrita, y Google nos dio mapas de búsqueda al liberar hechos. Ambos hitos fueron monumentales, pero estáticos.

La IA generativa rompe con ese molde: permite que el conocimiento se despliegue como un diálogo, donde cada respuesta invita a una nueva pregunta y cada interacción refina la comprensión. Esto es lo que se denomina inteligencia iterativa (Nosta, 2023).

En medicina, esta cualidad es esencial: el diagnóstico y el tratamiento rara vez siguen un camino lineal. El clínico prueba hipótesis, las descarta y ajusta el análisis conforme surgen nuevos datos. Un modelo de lenguaje replica este proceso, ofreciendo una plataforma de pensamiento dinámico tanto para estudiantes como para pacientes.

IV. CENTRICIDAD DEL APRENDIZ

Este cambio implica un giro radical: de un modelo centrado en la información a uno

centrado en el aprendiz. Tradicionalmente, el médico era el guardián del saber y el paciente acudía a recibir respuestas. Hoy, con pacientes que llegan con perspectivas mediadas por IA, el papel del clínico se transforma en facilitador del aprendizaje, corrigiendo malentendidos y construyendo comprensión compartida (Shneiderman, 2020).

Esto también se aplica al médico: ya no depende solo de textos finitos, sino que puede usar la IA para poner a prueba hipótesis y explorar conexiones novedosas. La educación se convierte en un proceso perpetuo y adaptativo.



El pensamiento de máquina es expansivo: *despliega* significados en vastas estructuras matemáticas, donde la proximidad se mide por probabilidad y no por historia o sentido”.

V. EL DOCTOR SÍ LO ENTENDERÁ AHORA

Una de las promesas más subestimadas de la IA en medicina es su capacidad para ayudar a que los pacientes se sientan comprendidos. Gran parte de la atención clínica depende de la traducción: los pacientes tienen dificultades para describir su dolor o miedo, y los médicos para interpretarlos. La IA puede servir de intermediaria, reconociendo patrones en el lenguaje que aclaran significados y descubren matices (Topol, 2019). El resultado no es que la máquina empatee, sino que

ayude al médico a empatizar mejor. Un sistema sin emociones puede, paradójicamente, expandir el alcance de la empatía.

VI. AUMENTANDO LO FAMILIAR

Cuando pensamos en IA, solemos imaginar máquinas completamente nuevas. Sin embargo, algunos de los avances más significativos surgen de herramientas que ya usamos. El electrocardiograma, con más de un siglo de uso, hoy puede revelar con IA riesgos tempranos de miocardiopatía o insuficiencia cardíaca. En oftalmología, la IA potencia las imágenes de

retina para detectar retinopatía diabética antes de que se manifieste clínicamente (Abràmoff et al., 2018). Los instrumentos no cambian: lo que cambia es la capa interpretativa. La IA no reemplaza lo conocido, lo enriquece.

VII. EL ROBOT LO VERÁ AHORA

Existe también la posibilidad de que la IA se convierta en el primer punto de contacto: en triaje, programación y evaluación inicial. Millones de personas que carecen de acceso a médicos podrían recibir orientación en segundos.

El riesgo está en que los médicos sean desplazados de las etapas iniciales de evaluación, erosionando habilidades basadas en la observación y la escucha clínica (Shneiderman, 2020). El reto es equilibrar eficiencia y presencia humana.

VIII. EL EFECTO REBOTE DE LA IA

Aquí emerge lo que puede llamarse efecto rebote de la IA: cuando los humanos dependen demasiado de ella, su desempeño no regresa a la línea base al retirarla, sino que cae por debajo. Un radiólogo que confía en exceso en los informes de la máquina puede perder precisión; un clínico que delega decisiones puede fallar cuando deba decidir solo (Topol, 2019).

Esto no significa rechazar la IA, sino diseñar su uso con cuidado. Es indispensable entrenar también sin ella, como hacen los pilotos con fallos de motor simulados.

IX. ANTI-INTELIGENCIA COMO DIFERENCIA

Para sostener la promesa y la paradoja de la IA, se requiere claridad conceptual. Aquí surge la noción de anti-inteligencia: la fluidez de la máquina no implica comprensión. El ser humano ancla significados en memoria, narrativas y experiencia vivida. La máquina solo genera en función de probabilidades (Floridi & Chiriatti, 2020).

Confundir fluidez con comprensión es el verdadero peligro. Una explicación persuasiva puede carecer de toda verdad. Por ello, la capacidad crítica del humano se vuelve indispensable.

X. PSICOSIS MEDIADA POR IA

En los márgenes de la cognición, los riesgos se intensifican. Ya existen casos donde individuos vulnerables caen en estados parecidos a la



psicosis, alimentados por las alucinaciones de la IA (Nosta, 2023). La psiquiatría siempre ha reconocido cómo señales externas moldean la patología interna. La IA introduce una nueva señal: habla con autoridad, pero sin responsabilidad. Aún no es generalizado, pero constituye una advertencia.

XI. MANZANAS E IA [UNA REFLEXIÓN FINAL]

Una manzana no es solo una fruta: para los humanos, es memoria, mito y sensación; para las máquinas, coordenadas en miles de dimensiones. Esa diferencia resume tanto la promesa como la paradoja de la IA en medicina. El futuro de la medicina no pertenecerá al hombre o a la máquina, sino al diálogo entre discernimiento humano y fluidez artificial.

Referencias

- Abràmoff, M. D., Lavin, P. T., Birch, M., Shah, N., & Folk, J. C. (2018). Pivotal trial of an autonomous AI-based diagnostic system for detection of diabetic retinopathy in primary care offices. *NPJ Digital Medicine*, 1(1), 39. <https://doi.org/10.1038/s41746-018-0040-6>
- Bengio, Y., Courville, A., & Vincent, P. (2013). Representation learning: A review and new perspectives. *IEEE Transactions on Pattern Analysis and Machine Intelligence*, 35(8), 1798–1828. <https://doi.org/10.1109/TPAMI.2013.50>
- Floridi, L., & Chiriatti, M. (2020). GPT-3: Its nature, scope, limits, and consequences. *Minds and Machines*, 30(4), 681–694. <https://doi.org/10.1007/s11023-020-09548-1>
- Marcus, G., & Davis, E. (2019). *Rebooting AI: Building artificial intelligence we can trust*. New York: Pantheon.
- Shneiderman, B. (2020). Human-centered artificial intelligence: Reliable, safe & trustworthy. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 36(6), 495–504. <https://doi.org/10.1080/10447318.2020.1741118>
- Topol, E. (2019). *Deep medicine: How artificial intelligence can make healthcare human again*. New York: Basic Books

Ambu

UCIN médica

HD
SYSTEM

Ambu

Seguridad,
precisión
y eficiencia en
broncoscopía.



dun & bradstreet



www.ucinmedica.com

f @ in v