

■ *Editorial* ■ *Editorial*

Calidad: Suma de voluntades y talentos
Quality in health: sum of wills and talents
Héctor Robledo Galván

■ *Artículos Originales* ■ *Original Articles*

La queja médica; tema de análisis y reflexión actual
Medical complaint; a current theme for analysis and consideration
Héctor Robledo Galván, Teresa Aguilar Romero, Germán Fajardo Dolci, José Meljem Moctezuma

La percepción de los odontólogos ante el conflicto medico-paciente
Dentists' perception in view of the doctor-patient conflict
Roberto Gómez García, Sergio González Barrón, Héctor Robledo Galván, David Olvera López, Miriam R. Carreño de la Vega

El Sistema de Gestión de Calidad, una ventaja competitiva para el hospital Durango
Quality Management System, a competitive advantage for the Durango hospital
Ricardo Martínez Molina, Rafael Rodríguez, Irene Borges Carrete, Rubén Hernández Centeno, Héctor Robledo Galván, David Olvera López

■ *Artículos de Revisión* ■ *Review Articles*

De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud
The step from idea to concept regarding quality in healthcare services
Héctor Robledo Galván, José Meljem Moctezuma, Germán Fajardo Dolci, David Olvera López

El Sistema de Gestión de Calidad en la CONAMED, a 12 años de su implantación
CONAMED Quality Management System, 12 years after implementation
Ricardo Martínez Molina, Rafael Rodríguez, Héctor Robledo Galván, Germán Fajardo Dolci, José Meljem Moctezuma, David Olvera López

■ *Artículo de Opinión* ■ *Opinion Articles*

El médico y la relación con la industria farmacéutica
Doctors and their relation with the pharmaceutical industry
Ingmar Buffo Sequeira, Edgar Arroyo Castelán, José Halabe Cherem, Mariana Monroy Saint Martin

■ *Caso CONAMED* ■ *CONAMED Case*

Cumplimiento de las obligaciones en la atención médica y comunicación efectiva
Accomplishment of obligations in medical care and effective communication
Esther Vicente González, Francisco Vicente Venegas Páez, Dante A. Barrón Saldaña, Guadalupe Consuelo Palomo Monroy, Jorge Martínez López



CAEMEC

Centro Académico de Educación Médica Continua
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

CURSO

PREVENCIÓN DEL CONFLICTO DERIVADO DEL ACTO MÉDICO

11 al 15 de febrero de 2013

**Sede: Auditorio "Fernando Ocaranza" de la Facultad de Medicina de Ciudad Universitaria
9:00 a 15:00 hrs.**

2 de abril al 2 de mayo de 2013

martes y jueves

Sede: CONAMED

15:00 a 18:00 hrs.

OBJETIVO GENERAL

Analizar la vinculación de los principios éticos y legales en la regulación de la práctica de la medicina y su influencia sobre la Lex Artis, como fundamento para comprender la génesis de los conflictos derivados del acto médico, los mecanismos para solucionarlos y prevenirlos.

DIRIGIDO A

Médicos generales y especialistas, abogados institucionales, odontólogos, licenciados en enfermería y personal de salud a nivel licenciatura.

ACREDITACIÓN

Constancia con valor curricular.

30 horas presenciales y 10 horas de trabajo autónomo.

CUPO

Máximo 80 personas. Cierre de inscripciones al completar el cupo.

INFORMES

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)

Dirección General de Difusión e Investigación

Mitla 250, esquina eje 5 sur Eugenia, 8° piso, Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C. P. 03020, México D. F.

Teléfonos: 5420-7148, 5420-7093, 5420-7103.

Correo electrónico: smartinez@conamed.gob.mx, crojano@conamed.gob.mx, dgdi@conamed.gob.mx

CONTENIDO

Editorial

Calidad: Suma de voluntades y talentos147-148
Héctor Robledo Galván

Artículos Originales

La queja médica; tema de análisis y reflexión actual149-155
Héctor Robledo Galván, Teresa Aguilar Romero, Germán Fajardo Dolci, José Meljem Moctezuma

La percepción de los odontólogos ante el conflicto medico-paciente156-164
Roberto Gómez García, Sergio González Barrón, Héctor Robledo Galván, David Olvera López, Miriam R. Carreño de la Vega

El Sistema de Gestión de Calidad, una ventaja competitiva para el hospital Durango165-171
Ricardo Martínez Molina, Rafael Rodríguez, Irene Borges Carrete, Rubén Hernández Centeno, Héctor Robledo Galván, David Olvera López

Artículos de Revisión

De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud172-175
Héctor Robledo Galván, José Meljem Moctezuma, Germán Fajardo Dolci, David Olvera López

El Sistema de Gestión de Calidad en la CONAMED, a 12 años de su implantación176-181
Ricardo Martínez Molina, Rafael Rodríguez, Héctor Robledo Galván, Germán Fajardo Dolci, José Meljem Moctezuma, David Olvera López

Artículo de Opinión

El médico y la relación con la industria farmacéutica182-186
Ingmar Buffo Sequeira, Edgar Arroyo Castelán, José Halabe Cherem, Mariana Monroy Saint Martin

Caso CONAMED

Cumplimiento de las obligaciones en la atención médica y comunicación efectiva188-192
Esther Vicente González, Francisco Vicente Venegas Páez, Dante A. Barrón Saldaña, Guadalupe Consuelo Palomo Monroy, Jorge Martínez López

CONTENTS

Editorial

Quality in health: sum of wills and talents147-148
Héctor Robledo Galván

Original Articles

Medical complaint; a current theme for analysis and consideration149-155
Héctor Robledo Galván, Teresa Aguilar Romero, Germán Fajardo Dolci, José Meljem Moctezuma

Dentists' perception in view of the doctor-patient conflict156-164
Roberto Gómez García, Sergio González Barrón, Héctor Robledo Galván, David Olvera López, Miriam R. Carreño de la Vega

Quality Management System, a competitive advantage for the Durango hospital165-171
Ricardo Martínez Molina, Rafael Rodríguez, Irene Borges Carrete, Rubén Hernández Centeno, Héctor Robledo Galván, David Olvera López

Review Articles

The step from idea to concept regarding quality in healthcare services172-175
Héctor Robledo Galván, José Meljem Moctezuma, Germán Fajardo Dolci, David Olvera López

CONAMED Quality Management System, 12 years after implementation176-181
Ricardo Martínez Molina, Rafael Rodríguez, Héctor Robledo Galván, Germán Fajardo Dolci, José Meljem Moctezuma, David Olvera López

Opinion Articles

Doctors and their relation with the pharmaceutical industry182-186
Ingmar Buffo Sequeira, Edgar Arroyo Castelán, José Halabe Cherem, Mariana Monroy Saint Martin

CONAMED Case

Accomplishment of obligations in medical care and effective communication188-192
Esther Vicente González, Francisco Vicente Venegas Páez, Dante A. Barrón Saldaña, Guadalupe Consuelo Palomo Monroy, Jorge Martínez López

Registrada en: PERIÓDICA IMBIOMED CUIDEN LATINDEX DIALNET ARTEMISA BVS-MÉXICO EBSCO LILACS **MÉXICO**

Los artículos de la Revista CONAMED versan sobre seguridad del paciente, calidad de la atención médica, ética profesional, error médico y su prevención, así como temas relacionados con los medios alternos de solución de conflictos, derechos humanos y otros afines al acto médico.

Editor

Dr. José Mejlem Moctezuma

Editor Adjunto

Dr. Javier Rodríguez Suárez

Editor Invitado

Dr. Héctor Robledo Galván

Consejo Editorial

Dr. Luis Alberto Villanueva Egan

Lic. Juan Antonio García Villa

Dr. Héctor Robledo Galván

Dr. Rafael Gutiérrez Vega

Lic. Bertha Laura Hernández Valdés

Lic. Esther Vicente González

Lic. Raymunda Guadalupe Maldonado Vera

Lic. Joseba Andoni Gutiérrez Zurita

Dra. Mahuina Campos Castolo

Comité Editorial

Dr. David Kershenobich Stalnikowitz

Academia Nacional de Medicina, México

Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo

Academia Mexicana de Cirugía

Dr. Jesús Tristán López

Academia Nacional de Pediatría, México

Dr. Miguel A. Rodríguez Weber

Academia Nacional de Pediatría, México

Dr. Enrique Luis Graue Wiechers

Facultad de Medicina, UNAM, México

Mtra. Dolores Zarza Arizmendi

Escuela Nacional de Enfermería y

Obstetricia, UNAM, México

Dr. Romeo Rodríguez Suárez

Secretaría de Salud, México

Mtro. Severino Rubio Domínguez

Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A. C

Dr. Rafael M. Navarro Meneses

Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE, México

Dr. Heberto Arboleya Casanova

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca

Secretaría de Salud, México

Dr. Maximiliano De León González

Asociación Mexicana de Editores de

Revistas Biomédicas, México

Dr. Carlos Jiménez Gutiérrez

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, México

Dr. Pedro Gutiérrez Castellón

Instituto Nacional de Pediatría, México

Dra. Aurora Del Río Zolezzi

Centro Nacional de Equidad de Género y

Salud Reproductiva, México

Dra. Viridiana Gorbea Chávez

Instituto Nacional de Perinatología, México

Dr. Bremen De Mucio

Centro Latinoamericano de Perinatología, Uruguay

Martie Hatlie

Asociación para la Seguridad del Paciente, E.E.U.U

Dr. José Antonio Supo Condori

Sociedad Peruana de Bioestadística, Perú



www.dgb.unam.mx/index.php/catalogos



<http://dialnet.uniroja.es/>



www.imbiomed.com.mx



www.artemisaenlinea.org.mx



www.index-f.com/busquedas.php



<http://bvs.insp.mx>



www.latindex.org



www.ebsco.com

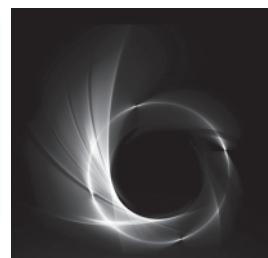


<http://lilacs.bvsalud.org/es/>

Certificado
ISO 9001-2008



Agradecemos la traducción de
nuestros abstracts a



ELITE Translations, S.A de C.V.
ventas@elite-translations.net
Tel. (0155) 90-00-19-31



Miembro de la Asociación
Mexicana de Editores de
Revistas Biomédicas

Diseño y Producción

Lic. Gloria Flores Romero
Berta Bermúdez Aguilar

Procedimiento Editorial

Dra. Mahuina Campos Castolo
Lic. Araceli Zaldivar Abad

Diseño original de portada

LDG. Mónica Sánchez Blanco

Calidad: Suma de voluntades y talentos

Quality in health: sum of wills and talents

Este número pareciera estar dedicado a la Calidad de la Atención a la Salud, sin embargo, al leer los artículos, encontramos que en conjunto evocan la importancia de la calidad como una forma de trabajo, una forma de conducirse en lo que hacemos. La calidad no debe ser vista como un fin en sí mismo, sino como una característica constante e inherente a los procesos. El punto de partida es identificar qué debemos entender por calidad y de todas las definiciones encontradas la que sobresale es la de Phil Crosby que señala que calidad es cumplir con lo comprometido, con los requisitos, con lo establecido, simplemente eso, no se requiere más. Ahora bien, no es tan etéreo el concepto, si los requisitos implican tener todo a tiempo, sin faltantes (sin sobrantes), sin retrasos (puntualidad, sin tiempos de espera), de las características especificadas (material de curación, quirúrgico, etc.), con la nitidez requerida (ejemplo placas radiográficas o estudios de ultrasonido) con la confiabilidad básica (resultados de laboratorio), en instalaciones adecuadas (funcionales, limpias, ordenadas) y de manera particularmente relevante, con trato digno y respetuoso (amabilidad, gentileza, interés). Este último punto es particularmente importante cuando se considera que la percepción es un componente abstracto de alto significado en la evaluación de la calidad recibida en el proceso de atención.

La calidad es un término que oscila entre la técnica y la filosofía, pues no es suficiente con disponer de todos los manuales que establecen el cómo y con que se debe trabajar, se requiere convicción por hacerlo de la mejor manera posible. La calidad es el resultado de la suma de voluntades y talentos de los actores que participan en un proyecto, proceso o encomienda; cualquiera que ésta sea, con la firme determinación de hacerlo siempre lo mejor posible.

Ante la ausencia de calidad, las organizaciones presentan diferentes tipos de alteraciones o fallas en sus

procesos, que pueden significar distintos niveles de daño. En empresas productoras de bienes o servicios, los productos de mala calidad pueden impactar desde pérdidas económicas temporales hasta el cierre de la organización. En el caso de las organizaciones gubernamentales, la mala calidad muchas veces se circunscribe al desprestigio o descrédito pero no implica pérdida económica por el modelo de organización actual.

Nos interesa impulsar la calidad en las organizaciones de atención a la salud, desde los Centros de Salud más alejados en la montaña, hasta los grandes hospitales de alta especialidad o Centros Médicos Nacionales. La calidad debe estar presente en todos los procesos de todas las instituciones. En un modelo ideal, debe homologarse la calidad de la atención en todo el sector público. La pregunta es: ¿será posible homologar la calidad de la atención o es una quimera a la que debemos renunciar para evitar traumas y frustraciones?

Justamente, la Conamed está relacionada con la calidad de manera inversa, es decir, a mayor calidad de la atención en los servicios, menor intervención de la Institución en los procesos de orientación, asesoría especializada, gestión inmediata o atención de la queja médica. En la medida que el servicio en las unidades sea adecuado, oportuno y cumpla con lo establecido de acuerdo a las características y capacidades de resolución definidos para el centro de salud, clínica, sanatorio, hospital o instituto; habrá menos situaciones de inconformidad, menos eventos adversos o centinela y finalmente menos quejas. En otras palabras, la presentación de las quejas es la consecuencia de la mala o nula calidad en los servicios, es decir, la queja médica es motivo de análisis y reflexión.

Por lo anterior, no es suficiente con registrar la queja médica, llevar una estadística impecable y tener las cifras al día con precisión y oportunidad; es indispensable retroalimentar al sistema haciendo del conocimiento a

los directivos de las unidades donde se presentan las incidencias, los errores médicos y los eventos centinela, de las causas o circunstancias que detectamos que están aconteciendo en dicha unidad.

Registrar la queja médica, al igual que las actividades realizadas en materia de orientación, asesoría especializada, gestión inmediata o las quejas médicas de manera metódica es imprescindible, sin embargo es la mitad del proceso. Esto sirve para saber qué está pasando y dónde, pero solamente es el registro de lo acontecido y de lo que debe corregirse.

Lo valioso es utilizar la información para tomar decisiones que impacten en la modificación de procesos para que disminuyan o mejor aún, no se repitan los errores, los eventos adversos y los centinela; las incidencias y que la organización aprenda de las lecciones pasadas.

Al final las diferentes veredas van convergiendo a grandes vías de comunicación y sistematización de acciones, es decir a las mejores prácticas en todos los ámbitos: el diagnóstico, el terapéutico, el rehabilitatorio o el paliativo y no menos importante es el gerencial administrativo. Esas mejores prácticas deben formar parte de la cultura de la mejora continua que de soporte a la filosofía de operación organizacional.

La convergencia se sistematiza en un Sistema de Gestión de Calidad que ha mostrado sus frutos y bondades. Cuando las cosas se hacen bien y a la primera, no importa si es porque ese día está inspirado el equipo de salud o si es porque acatan el proceso al pie de la letra como está descrito en el manual respectivo. Lo importante es que no sea eventual sino, bien, a la primera y siempre, hasta que se encuentre una manera de hacerlo mejor. Modelos como éste, son de aplicación válida tanto para el sector público como privado y en ambos casos, los pacientes son los principales beneficiarios de su implementación.

Un reto que no debe soslayarse es la importancia de expandir el modelo al mayor número de unidades posibles. En el caso de la iniciativa privada es natural que de manera propia se interesen por acreditar la calidad de sus

servicios, trato e instalaciones. El reto está en el sector público, donde deben impulsar más y mejores políticas públicas en la materia, que instauren leyes, normas, reglamentos ó lineamientos que perfilen a las instituciones a establecer modelos de operación como el que proponen los Sistemas de Gestión de Calidad y otros conceptos que entran, por ejemplo, en la certificación ISO 9001:2008.

Entre los elementos de las políticas públicas, cabe destacar el concepto de evaluación de los resultados, ya que solo por éste medio podremos comparar lo alcanzado con lo comprometido. Finalmente, para que una organización se acredite como aquella donde el servicio o sus productos son de calidad, requiere que ésta sea característica inherente a cada uno de los procesos de la organización y no sólo como una propiedad del producto o servicio final. Para que haya calidad en cada proceso, se requiere que se le considere como una filosofía de trabajo en la empresa; un valor apropiado por todos los integrantes del equipo de salud. Lo importante es sistematizar los procesos, establecer la forma de hacer las cosas bien, a la primera y siempre.

Finalmente, se puede implementar la cultura de la calidad en la organización pero el riesgo es que se considere como un concepto temporal, de moda o efímero. Para evitar que sea transitorio, se requiere implementar una estrategia de monitoreo y evaluación permanente de los resultados. Una de las formas idóneas adoptada por muchas instituciones es la acreditación de la unidad y la certificación periódica del personal, tanto por organismos nacionales como internacionales, propiciando así la credibilidad e imparcialidad del proceso y el consecuente prestigio de la institución.

Dr. Héctor Gabriel Robledo Galván
 revista@conamed.gob.mx

La queja médica; tema de análisis y reflexión actual

Medical complaint; a current theme for analysis and consideration

Héctor Robledo-Galván,¹ Teresa Aguilar-Romero,¹ Germán Fajardo-Dolci,² José Meljem-Moctezuma³

RESUMEN

Introducción. La CONAMED es una instancia para que los pacientes expresen su inconformidad cuando perciben que la atención médica fue deficiente.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de los asuntos concluidos en CONAMED durante el periodo 2007 a 2011, para conocer el tipo de servicio ofrecido, modalidad de conclusión, instituciones médicas y especialidades relacionadas con las inconformidades.

Resultados. Se concluyeron 70,588 casos en las siguientes modalidades: orientaciones 48%, asesorías especializadas 33%, quejas 12%, gestiones inmediatas 5% y dictámenes 2.3%. Las instituciones con mayor número de quejas fueron IMSS 54.3% y servicios privados 24.5%. Especialidades más frecuentes: urgencias 17%, traumatología y ortopedia 16% y ginecoobstetricia 15%. Hubo evidencia de mala práctica en 27% de los casos analizados.

Conclusiones. El modelo de CONAMED ha mostrado sus bondades, ya que 85.2% de los casos se resolvieron mediante orientación, asesoría especializada y gestión inmediata.

Palabras clave: Calidad, queja médica, calidad de la atención médica, calidad de los servicios de salud.

ABSTRACT

Introduction. CONAMED is an instance for patients to express their dissatisfaction when they perceive that the medical care was poor.

Material and methods. Retrospective analysis of cases concluded in CONAMED during the period 2007-2011, by type of service provided, type of conclusion, medical institutions and related specialties disagreements.

Results. 70,588 cases were concluded in the following ways: guidance 48%, 33% Specialized counseling, complaints 12%, 5% immediate management and opinions 2.3%. Institutions with the highest number of complaints was 54.3% IMSS, and private services 24.5%. Most common specialties: emergency 17%, trauma and orthopedics 16% and obstetrics and gynecology 15%. Evidence of malpractice in 27% of the cases analyzed.

Conclusions. CONAMED model has shown its advantages, since 85.2% of cases were resolved through guidance, expert advice and immediate management.

Key words: Quality, medical complaint, medical assistance quality, healthcare services quality.

¹ Dirección General de Calidad e Informática de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Secretaría de Salud

² Subsecretaría de Integración y Desarrollo, Secretaría de Salud.

³ Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, Secretaría de Salud.

Folio 202/12 Artículo recibido: 17-10-2012 Artículo reenviado: 30-10-2012 Artículo aceptado: 05-12-2012

Correspondencia: Dr. Héctor Robledo Galván, Director General de Calidad e Informática, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Secretaría de Salud. Mitla 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C. P. 03020, México D. F. Correo electrónico: hrobledo@conamed.gob.mx.

INTRODUCCIÓN

En el Plan Nacional de Desarrollo,¹ se establecen las estrategias y líneas de acción en materia de salud que se vinculan al Programa Sectorial de Salud² y los Programas de Acción Específicos;³ con ello, las acciones a realizar entre las dependencias que integran el Sistema Nacional de Salud (SNS) se orientan a dar atención a problemas prioritarios de salud. El conjunto de estas acciones, deben incidir también en la calidad de la atención médica⁴ y en el cumplimiento de los derechos de los médicos y pacientes.^{5, 6}

Entre las estrategias implementadas por el Gobierno Mexicano para contribuir a mejorar la Calidad de los servicios de atención a la salud, se encuentra la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Su actuación a lo largo de un poco más de 16 años,⁷ le ha permitido dar atención a más de 25,000 quejas y emitir recomendaciones para la mejora de la práctica médica sobre procedimientos inherentes a las principales especialidades médicas relacionadas.

Durante el ejercicio de la profesión médica, siempre existe el riesgo para el paciente, ya sea por la naturaleza de la enfermedad, por las condiciones físicas de éste, por el tratamiento terapéutico empleado, por la técnica quirúrgica elegida, etc.

En la actualidad, los profesionales de la salud, se enfrentan a un entorno complejo en el que convergen avances científicos y tecnológicos, socio demográficos y epidemiológicos, donde la cultura de los derechos y la denuncia por la inconformidad ante un mal servicio recibido o la mala calidad de un producto, se está posicionando en la sociedad.

Son muchos los factores que pueden detonar la queja por la atención médica recibida: el tratamiento clínico o quirúrgico, el trato por el equipo de salud de la unidad, las instalaciones o tecnología empleadas o el costo de la atención. Es importante considerar que mucho de lo que el paciente o su familiar consideran de la atención recibida, está en la percepción, la cual a su vez se basa principalmente en el trato recibido y no tanto de la calidad médica recibida. Cuando la atención médica se percibe por los pacientes como deficiente o les es negada, cuentan con medios para expresar su inconformidad y que ésta sea atendida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal en dos etapas que incluyó, en la primera un total de 70,773 asuntos recibidos;⁸ de acuerdo a los problemas planteados por los usuarios, familiares o representantes, en un periodo de 5 años (de 2007 a 2011); y en la segunda, un total de 71,100 asuntos comprendidos por los

70,773 asuntos recibidos, más 927 de años anteriores, al encontrarse en proceso de atención al inicio de 2007, con base en los resultados del análisis de los casos registrados en el Sistema de Información de la CONAMED. La presentación de los datos se hace a través de gráficas de barras y de sector, por tratarse de variables cualitativas.

El objetivo del estudio es analizar las inconformidades de los usuarios de los servicios de salud, en el contexto de los procesos del arbitraje médico, recibidas y concluidas en el periodo 2007–2011. Así mismo describir su comportamiento en el tiempo y destacar aquéllos aspectos que inviten a la reflexión de este fenómeno.

El análisis se dividió en los siguientes apartados:

- Asuntos recibidos por tipo de servicio ofrecido (Orientación, asesoría especializada, gestiones inmediatas, quejas y dictámenes).
- Distribución porcentual de los asuntos concluidos.
- Distribución de las quejas por institución médica relacionada.
- Principales especialidades en las quejas concluidas.

RESULTADOS

Primera etapa: asuntos recibidos

En los últimos cinco años, se recibieron en la CONAMED un total 70,773 asuntos; de acuerdo a los problemas planteados por los usuarios, familiares o representantes; en el 48.2% de éstos, se dio orientación al usuario, en el 32.5%, asesoría especializada y en el 4.5%, se realizó la gestión inmediata para dar solución al asunto; en suma, estos servicios representan el 85.2% de los asuntos recibidos y su solución prácticamente se dio en la primera fase del modelo de atención de inconformidades que se tiene establecido.⁹ Del 14.8% restante, la gran mayoría (12.4%) corresponde a las quejas que fueron canalizadas para dirimir la controversia en la fase conciliatoria o arbitral.¹⁰

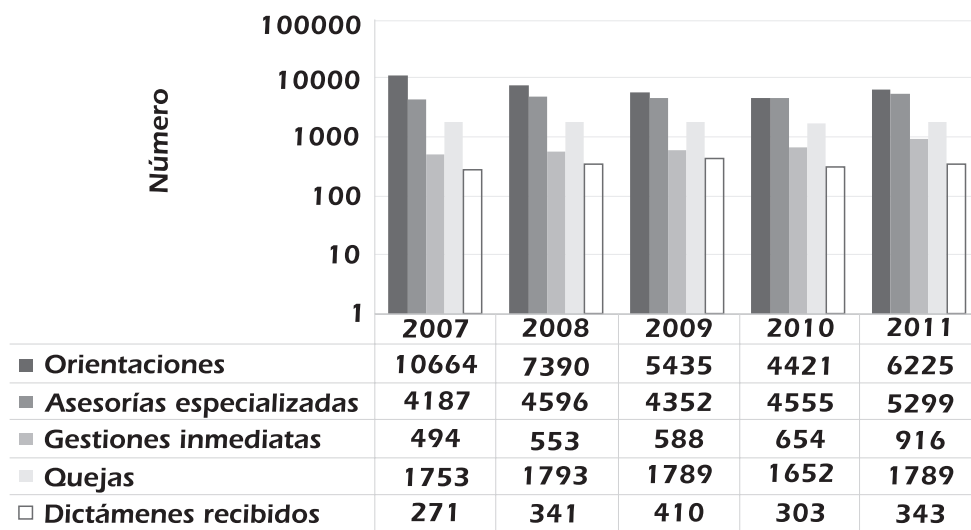
Esta fase, que tiene como objeto resolver la controversia entre las partes mediante la conciliación o la emisión del laudo, permite además conocer si efectivamente hubo irregularidades durante la prestación de la atención médica, para lo cual, son fundamentales las aportaciones documentales de los usuarios y de los prestadores del servicio, ya que éstas son insumos que se requieren para realizar el análisis y la evaluación del caso. Esta evaluación se realiza bajo el método de enfoque sistémico y considerando siempre al expediente clínico como el elemento básico de análisis.¹¹

El 2.4% restante, estuvo relacionado con solicitudes de dictamen, por parte de autoridades de procuración

o de administración de justicia, mismas que fueron turnadas para su atención al área de periciales de arbitraje médico para su dictaminación.

El primer análisis permitió observar la distribución de los asuntos recibidos, por cada año; de acuerdo al tipo de servicio ofrecido (Figura 1). Se identifica que en el periodo de estudio, el comportamiento es ascendente de las asesorías, gestiones inmediatas, quejas y solicitudes de dictamen; no así para el caso de las orientaciones, donde hasta el año 2010, se observó una disminución gradual

en las orientaciones recibidas de manera física o presencial acompañada de un aumento de las visitas a la página de Internet de la CONAMED, lo que estadísticamente mostró un comportamiento relacional e inversamente proporcional; situación que se explica porque el usuario se evita la necesidad de acudir a solicitar la orientación directamente en las instalaciones de la CONAMED.¹² En 2011 el incremento de las orientaciones se atribuye a la difusión que hubo de la Comisión por la celebración de su XV aniversario.



Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes(SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

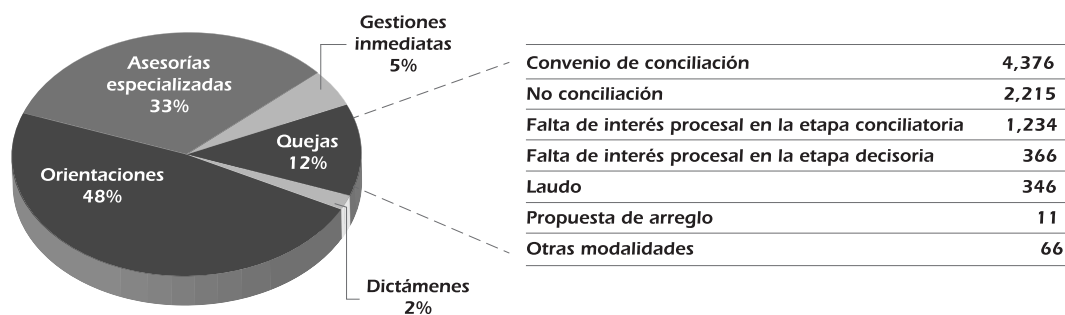
Figura 1. Asuntos recibidos por tipo de servicio ofrecido. CONAMED, 2007 - 2011.

Segunda etapa: asuntos concluidos.

Es importante mencionar que adicionalmente a los 70,773 asuntos recibidos en el periodo de 2007 a 2011, al inicio de 2007 estaban en proceso 927, lo que representó realmente un total de 71,700 casos por resolverse en ese periodo, de los cuales se concluyeron 70,588 asuntos; 34,135 fueron orientaciones (48.4%),

22,989 asesorías especializadas (32.6%), 3,205 gestiones inmediatas (4.5%), 8,614 quejas (12.2%) y 1,645 dictámenes (2.3%).

En el primer análisis de esta etapa, se observó la distribución porcentual de los asuntos concluidos, en función al tipo de servicio y modalidades de conclusión de las quejas (Figura 2).



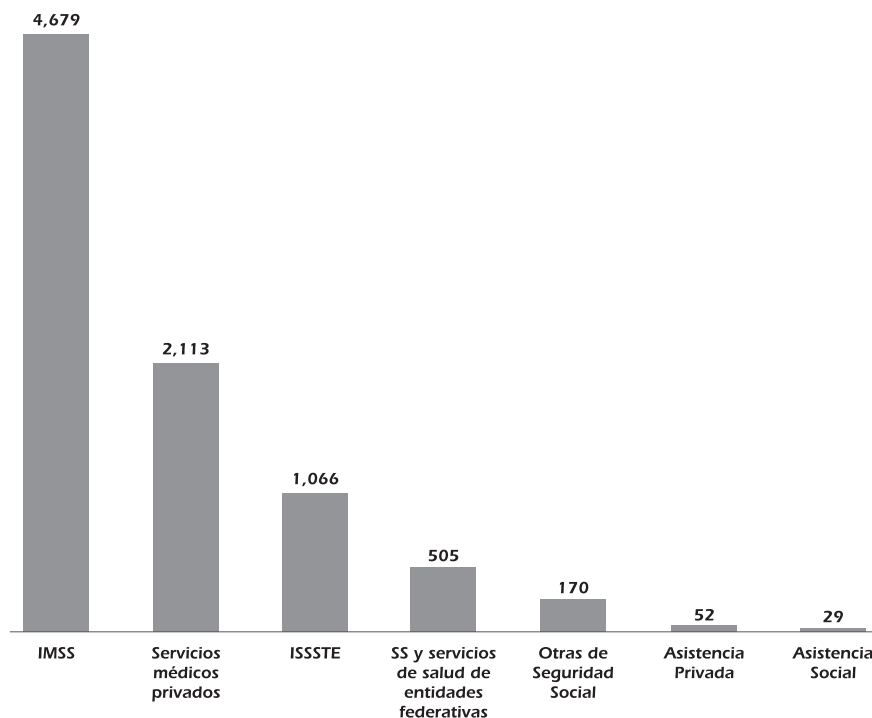
Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional

Figura 2. Distribución porcentual de los asuntos atendidos por modalidad de conclusión. CONAMED, 2007 - 2011.

El segundo análisis fue identificar el peso de las instituciones en el origen de la queja médica. Podemos señalar que el mayor número continúa relacionándose con instituciones públicas, principalmente IMSS con 54.3% y el ISSSTE con 12.4%; sin embargo los Servicios Médicos Privados representan el 24.5% de los casos. Las tres instituciones en conjunto suman el 91.2% de las quejas atendidas. La Figura 3 muestra la distribución cuantitativa de las quejas por institución médica.

En el Cuadro 1 se muestra, como el IMSS y el ISSSTE

han experimentado un crecimiento porcentual en cinco años, en el número de consultas brindadas, variando de 12.3 a 20.0 respectivamente, entre 2006 y 2011; así como también en la población usuaria de los servicios de salud, al pasar de 36,140,000 a 37,642,000 en el IMSS, y de 7,339,000 a 8,425,000 en el ISSSTE.¹³ En el caso de los servicios médicos privados, prácticamente se mantiene el volumen de consultas y se observan incrementos en intervenciones quirúrgicas y en egresos hospitalarios, con 20.1 y 7.9%, respectivamente.



Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional

Figura 3. Distribución de las quejas por institución médica relacionada. CONAMED, 2007-2011

Cuadro 1. Comparativo de servicios brindados por el IMSS, ISSSTE y Médicos Privados. México, 2006, 2011

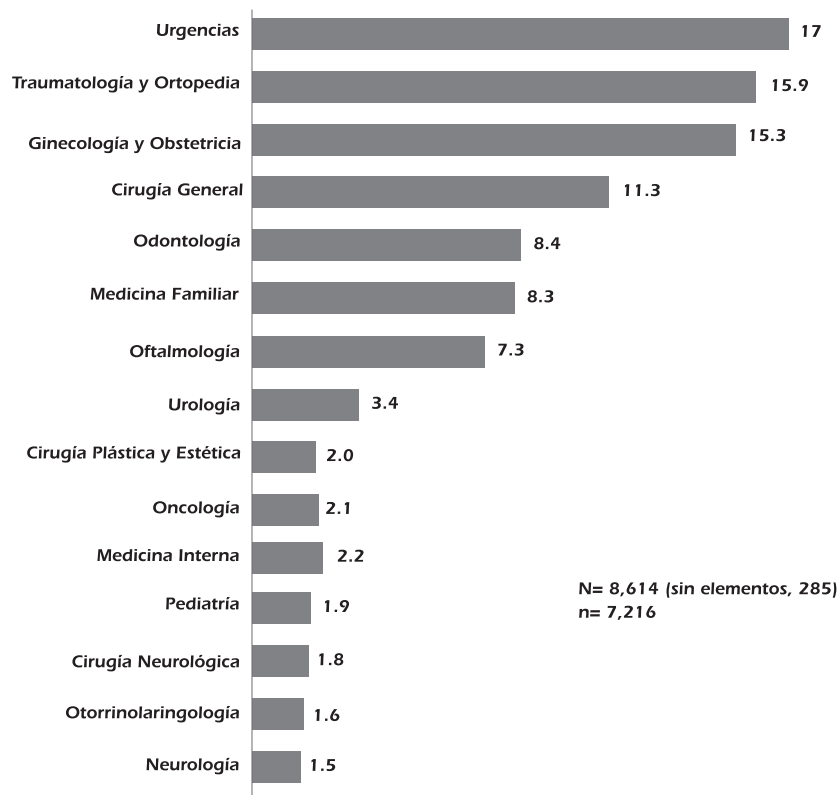
| CONCEPTO | IMSS | | ISSSTE | | SERVICIOS PRIVADOS | |
|-----------------------------|---------|---------|--------|--------|--------------------|--------|
| | 2006 | 2011 | 2006 | 2011 | 2006 | 2011 |
| Total de consultas externas | 108,958 | 122,401 | 22,831 | 27,412 | 12,081 | 11,968 |
| Intervenciones quirúrgicas | 1,403 | 1,429 | 238 | 251 | 875 | 1,051 |
| Egresos hospitalarios | 1,914 | 1,975 | 349 | 401 | 1,728 | 1,866 |
| Población usuaria | 36,140 | 37,642 | 7,339 | 8,425 | N/D | N/D |

El comportamiento de las quejas atendidas en la CONAMED entre 2007 y 2011, relacionadas con el IMSS, fluctúa entre 842 y 1,055; en el caso del ISSSTE, el máximo es de 256 y el mínimo de 161.

Al llevarse a cabo la evaluación de la atención médica, es fundamental la focalización en aquellas especialidades médicas o servicios vinculados a ésta y no necesariamente al especialista, donde se presentan los problemas que generan las quejas, de tal manera que la CONAMED pueda intervenir mediante la emisión de re-

comendaciones para contribuir a mejorar la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente (Figura 4).

Por lo anterior, el tercer análisis permitió observar las especialidades médicas o servicios de atención más frecuentemente involucrados en las quejas concluidas, que comprenden las primeras quince posiciones, lo que significa el 80.5% de los casos (sin tomar en cuenta el 3.3% donde no se tuvieron elementos documentales para identificar la especialidad).



Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

Figura 4. Principales especialidades médicas identificadas en las quejas concluidas. CONAMED, 2007- 2011

El cuarto análisis versó sobre la evaluación de la relación entre la calidad de la atención médica y las quejas, donde se identificó que la vinculación entre las dos variables no es lineal y por lo tanto su estudio no puede (ni debe) ser simple, con el modelo causa-efecto, sino que debe corresponder al análisis de modelos complejos propuesto por Edgar Morin.¹⁴ Lo anterior queda en evidencia al identificarse que sólo el 27% de las quejas fueron calificadas con evidencia de mala práctica, en el resto; 73% no hubo evidencia de mala práctica, a partir de 7,100 quejas donde si se contó con elementos sufi-

cientes para así determinarlo (Figura 5).

El desahogo de las quejas mediante la emisión de laudos, modifica la proporción de asuntos con evidencia de mala práctica, esto se debe a que se profundiza el análisis de la evaluación de la atención médica al contar con mayor número de elementos probatorios aportados por las partes. De los 346 laudos emitidos en los últimos cinco años, en 195 casos (56.4%), se observó evidencia de mala práctica; derivado de ello, el 7.7% de los pacientes sufrieron daño físico temporal, el 22.1%, daño físico permanente y el 5.1%, muerte.



Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

Figura 5. Resultado del análisis documental en las quejas. CONAMED, 2007 - 2011

En este contexto, el principio de no maleficencia, exige la prevención del daño¹⁵ y por lo tanto, la necesidad de fortalecer medidas implementadas para la seguridad del paciente.

DISCUSIÓN

Anualmente se reciben en la CONAMED entre 14,000 y 15,000 asuntos por lo que se decidió realizar esta investigación con los últimos cinco años, revisando un total 70,773 asuntos.

Por los resultados presentados, queda claro que cerca de la mitad de los asuntos se atendió brindando orientación al usuario. Esto nos debe hacer reflexionar sobre la comunicación existente en las unidades de salud, la cual debe ser más eficiente.

En cambio, una tercera parte de los casos requirió de asesoría especializada (médica y/o jurídica), para lo cual personal especializado ofreció el apoyo necesario para aclararle sus dudas o inquietudes hasta la conclusión del asunto. Un porcentaje mucho menor que no alcanzó el 5%, se resolvió con la gestión inmediata, que consiste en la intervención de un funcionario de la Comisión ante las autoridades de la unidad médica donde el paciente recibió la atención, fundamentalmente para aclarar o agilizar un trámite o proceso.

No deja de ser relevante que la suma de estos servicios representan poco más de cuatro quintas partes (85.2%) del total de los asuntos recibidos y su solución prácticamente se dio en la primera etapa del modelo de atención de inconformidades. De la quinta parte restante (14.8%), la gran mayoría corresponden a las quejas que fueron canalizadas para dirimir la controversia en la etapa

conciliatoria o arbitral.

El estudio hace manifiesto que las orientaciones –que son el gran volumen de servicios que se solicitan a la Institución- disminuirán progresivamente en los siguientes años ya que el uso del Internet por la población se está incrementando, de manera relevante. En la medida que sea más difundido este servicio, la población acudirá a las instalaciones de la Comisión por excepción y no de manera rutinaria.

Es común que se pregunte por diferentes medios (destacando el IFAI) en cuál institución se generan más quejas –en números absolutos- la respuesta es contundente: en el IMSS, sin embargo, si no vinculamos la respuesta a las proporciones de población atendida, la distorsión es evidente y la respuesta está sesgada ya que por principio en el IMSS se atiende casi al 50% de la población, a diferencia del ISSSTE que atiende a menos de la cuarta parte.

Un factor fundamental es la conciencia de derecho de recibir la atención médica, situación que se presenta en el IMSS e ISSSTE y no está igualmente posicionada a los pacientes que acuden al sistema de atención de la Secretaría de Salud, por lo que la cultura de la queja está menos presente.

Además de la emisión de recomendaciones por la CONAMED, deben instrumentarse medidas de alerta en aquellos servicios donde la estadística por especialidad del caso registra el mayor número de quejas, ya que no se presentan con igualdad o similitud de frecuencias entre los servicios de las diferentes especialidades. Baste destacar a manera de ejemplo que en urgencias, traumatología y ortopedia y gineco-obstetricia es cinco veces más frecuente que en neurología u oncología.

REFERENCIAS

1. Presidencia de la República (México). Plan Nacional de Desarrollo 2007–2012. [acceso 01-10-2012] Disponible en: <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/igualdad-de-oportunidades/salud.html>.
2. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud, 2007–2012. Diario Oficial de la Federación, 17 de enero de 2008, Tercera Sección. México. [acceso 01-10-2012] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/pro170108.pdf>.
3. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico de la CONAMED, 2007–2012. México, D. F.: SS; junio de 2008, p. 35.
4. Suñol R, Bañeres J. Calidad Asistencial. En: Rodés J, Guardia J. Medicina Interna. Volumen II. Barcelona: Masson; 2004. 8(26) 3404-10.
5. CONAMED. Carta de los Derechos Generales de los Médicos. [acceso 1-10-2012] Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/cartas/carta-medicos.php?seccion=22>.
6. CONAMED. Carta de los Derechos Generales de las y los Pacientes. [acceso 1-10-2012]. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/cartas/cartapacientes.php?seccion=22>.
7. Secretaría de Salud. Decreto de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Diario Oficial de la Federación, 3 de junio de 1996, Primera Sección. P:78-81. [acceso: 01-10-2012] Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/decreto_creacion.pdf.
8. Portal de la CONAMED. Sección de Estadística. [acceso el 06-08-2012] Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/estadistica/index_2010.php?seccion=83.
9. Fajardo-Dolci G. Modelo de atención de inconformidades por la atención médica. En: Fajardo-Dolci G, Hernández-Torres F (coeditores). El Arbitraje Médico en México a través de sus Comisiones, 15 años de experiencia. México: CONAMED; junio 2011. P. 62-71.
10. CONAMED. Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. [acceso 01-10-2012] Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/conocenos/regproc.php?seccion=78>.
11. Hernández-Torres F, Aguilar-Romero MT, Alcántara-Balderas A, Velázquez-Castillo S, Llanas-Escobedo JR, Fajardo-Dolci GE. Utilización de servicios de atención de inconformidades de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Rev CONAMED. 2011;16(3):108-113.
12. Presidencia de la República. Quinto Informe de Gobierno. Anexo Estadístico. México: Presidencia de la República; 2011. P. 306, 308-310. [acceso: 05-10-2012] Disponible en: <http://www.presidencia.gob.mx/2012/09/informes-de-gobierno/>.
13. Morin E. Introducción al Pensamiento Complejo. [acceso: 25-09-2012] Disponible en: <http://www.pensamientocomplejo.com.ar/documento.asp?Estado=VerFicha&IdDocumento=125>. P. 23.
14. Páez-Moreno R. La riqueza del principio de no maleficencia. Cirujano General. 2011;33(Supl 2):S178-S185.

La percepción de los odontólogos ante el conflicto medico-paciente

Dentists' perception in view of the doctor-patient conflict

Roberto Gómez-García,¹ Sergio González-Barrón,² Héctor Robledo-Galván,³ David Olvera-López,³ Miriam R. Carreño-de la Vega³

RESUMEN

Introducción. La especialidad odontológica representó en la CONAMED durante 2011 el 9.2% del total de quejas médicas atendidas; por tal motivo se han emitido recomendaciones encaminadas a prevenir los errores detectados en las inconformidades. El objetivo del presente estudio fue conocer el grado de conocimiento y aceptación del arbitraje médico entre los odontólogos.

Material y métodos. Se diseñó y aplicó a dentistas con ejercicio privado de las redes de las ISES Centauro y Dentegra, un instrumento que indica el grado de conocimiento en materia de Arbitraje médico y se analizaron variables como sexo, datos escolares y laborales, así como actitudes ante una queja.

Resultados. Se recabaron 699 encuestas procedentes de odontólogos de 31 entidades; con 20.1 años de ejercicio profesional en promedio, 81.5% tienen posgrados; 72.5% saben si en su estado existe una comisión estatal de arbitraje médico (CEAM), 62.1% consideran que CONAMED y las CEAM son imparciales en su actuar y 85.7% confían total o parcialmente en ellas.

Conclusiones. Se observó un elevado nivel de conocimiento y confianza sobre la actuación de las comisiones de Arbitraje Médico.

Palabras clave: Queja médica, calidad de la atención, percepción del conflicto médico-paciente, Mala práctica, práctica médica segura y de calidad.

ABSTRACT

Introduction. Dentistry represents 9.2% of all medical complaints over CONAMED in 2011, so it made recommendations aimed at preventing the errors found in the disagreements. The aim of the study was to determine the level of awareness and acceptance of dentists about medical arbitration.

Material and methods. Was designed and applied to private practice dentists with networks of ISES Centaur and Delta Dental, an instrument for measuring the degree of knowledge in the field of medical arbitration and analyzed variables such as gender, school and work data and attitudes to a complaint.

Results. 699 surveys were collected from 31 states dentists, with 20.1 years of practice on average, 81.5% have postgraduate degrees, 72.5% know if in exists a state commission of medical arbitration (CEAM), 62.1% consider that CONAMED and CEAM are impartial in his

¹ Contraloría de Seguros Centauro, Salud Especializada.

² Dirección General de Conciliación, CONAMED, Secretaría de Salud.

³ Dirección General de Calidad e Informática, CONAMED, Secretaría de Salud.

Folio 200/12 Artículo recibido: 15-10-2012 Artículo reenviado: 30-11-2012 Artículo aceptado:05-12-2012

Correspondencia: Mtro. Roberto Gómez García, Contraloría de Seguros Centauro, Salud Especializada. Av. Bosques de Duraznos 69-203, Col. Bosques de las Lomas, C. P. 11700, México D. F. Correo electrónico: rgomez@servidor.unam.mx.

actions and 85.7% trust them fully or partially.

Conclusions. We observed a high level of trust and knowledge about the Medical Arbitration Commission performance.

INTRODUCCIÓN

El 3 de junio de 1996 mediante Decreto de Creación la Comisión Nacional de Arbitraje Médico nace ante la necesidad de crear una instancia especializada que contribuyera a la resolución en forma amigable y de buena fe de los posibles conflictos derivados de la prestación del servicio médico.¹

Desde su establecimiento la CONAMED ha pretendido fortalecer el sistema de salud, a través de uno de sus objetivos, mejorar y asegurar la calidad de la atención que se brinda a los pacientes. Sin embargo ha sido una labor compleja, ya que al cierre del año 2010, CONAMED ha atendido 221,239 asuntos,² relacionados con la atención médica dentro de los sectores público, privado y social.

Como resultado del análisis de las quejas interpuestas en la CONAMED, se ha podido monitorear el comportamiento de la práctica médica por especialidad, en lo anterior ha llamado la atención los resultados obtenidos en el servicio de odontología, por su número elevado de quejas (9.21% del total de quejas médicas atendidas durante al año 2011)³, por contar en el sector privado con el mayor número de quejas⁴ y por tener mayor índice de "mala práctica" de acuerdo con la evaluación de los laudos emitidos durante el año 2011.⁵

En la CONAMED uno de los resultados de la investigación y el análisis de la queja médica es la emisión de recomendaciones que son sugerencias al gremio médico, encaminadas a corregir los errores detectados en el ejercicio de su profesión, como medida preventiva para mejorar la calidad de los servicios que se ofrecen a la población, siendo esta una de las líneas de acción de la CONAMED, que tiene la finalidad de prevenir los actos de "mala práctica".⁶

Derivado del compromiso de la CONAMED de garantizar a la ciudadanía los servicios de salud eficientes que resuelvan sus demandas; se dio a la tarea de coadyuvar la entrega del instrumento que sirvió de apoyo en la realización del estudio que permitió evaluar el grado de conocimiento y aceptación de los odontólogos del Arbitraje Médico y de esta manera inducir el cambio en la prestación de los servicios que requiere de una práctica médica segura y de calidad.

Key words: Medical complaint, service quality, perception of the doctor-patient conflict, Malpractice, secure and quality medical practice.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó una encuesta de autoaplicación con opciones múltiples enviada por correo electrónico a un universo de 3 748 dentistas que proporcionaron atención privada en todo el territorio nacional como parte de las redes de proveedores de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) "Centaurus" y "Dentegra", con la finalidad de obtener información sobre el grado de conocimiento de los dentistas y la manera de ver el Arbitraje Médico.

La encuesta se validó con la prueba Kappa de la cual se obtuvo un valor de 0.8362, mediante la doble aplicación a una muestra de 10 dentistas, los cuales fueron seleccionados por conveniencia.

El procedimiento de aplicación fue a través del envío de los cuestionarios por la CONAMED, a los diferentes dentistas afiliados; enfatizando en la importancia de su participación y el anonimato de las respuestas, para lo cual la institución ofreció soslayar las direcciones electrónicas de los remitentes, lo que se cumplió cabalmente.

Los aspectos que midió el cuestionario fueron: datos generales, datos escolares (escuela pública o privada, estudios de posgrado, ejercicio profesional) años ejercidos, trabajo en alguna institución, conocimiento sobre la Comisión de Arbitraje Médico, actitudes ante una queja.

Los resultados obtenidos se integraron en una base de datos única, de la cual se eliminaron 17 registros duplicados, y los instrumentos que carecían de respuestas suficientes para llevar a cabo el estudio, quedando un total de 699 lo que representa el 18.65%, las encuestas fueron procesadas mediante el programa de análisis estadístico SPSS versión 15.0 para Windows, haciendo énfasis en las variables sexo y carácter público o privado de la Institución de Educación Superior en donde el encuestado realizó sus estudios de Licenciatura.

RESULTADOS

Se contó con la participación de los dentistas afiliados de 95 ciudades y 31 entidades; los dentistas de la Ciudad de Colima no contestaron la encuesta, la entidad con mayor participación fue el Distrito Federal con un porcentaje de respuesta de 31.3%, las entidades con solo dos encuestas fueron Baja California Sur y Nayarit.

Del universo de encuestas obtenidas, el 51.5% corresponde a mujeres, lo cual es mayor en 2.5 puntos porcentuales con respecto a los hombres encuestados, quienes cubrieron un porcentaje de 48.5%, con respec-

to a la escuela de procedencia, el porcentaje de mujeres egresadas de escuelas privadas fue de 13.6%, y el de hombres fue 10.9%. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Dentistas encuestados por sexo y carácter de la Institución de estudio

| UNIVERSIDAD / SEXO | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL | FREC. REL |
|----------------------------|--------------|--------------|-------|---------------|
| Pública | 261 | 261 | 522 | 74.7% |
| Privada | 95 | 76 | 171 | 24.5% |
| Estudios en el extranjero | 2 | | 2 | 0.3% |
| No Especificado | 2 | 2 | 4 | 0.5% |
| TOTAL | 360 | 339 | 699 | |
| FRECUENCIA RELATIVA | 51.5% | 48.5% | - | 100.0% |

Como se indica en el Cuadro anterior, el 74.7% de los dentistas encuestados egresaron de alguna institución pública, el 24.5% de institución privada y dos mujeres estudiaron en el extranjero.

El promedio de años ejercidos de su profesión del total de encuestados es de 20.1 años, las mujeres con 17.9 y los hombres con 22.4 años.

Al analizar los estudios de posgrado realizados por los encuestados, se observa que el 18.5 % del total no ha llevado a cabo estudios después de haber concluido su licenciatura, el 29.3% tienen un diplomado, siendo ligeramente mayor el número de hombres con estos estudios 0.9 puntos porcentuales con respecto a las mujeres, en

el caso de la maestría es mayor el número de hombres y en el caso del doctorado el porcentaje obtenido es bajo 0.6% para las mujeres las cuales todas proceden de escuelas públicas y 0.3% para los hombres. (Cuadro 2)

El 19.9% de los dentistas provenientes de escuelas privadas no han realizado ningún estudio de posgrado, porcentaje ligeramente mayor en 0.9 puntos porcentuales con respecto a los egresados de escuelas públicas, la especialidad la han llevado a cabo en un porcentaje mayor (44.4%) los egresados de escuelas privadas, en la maestría y el doctorado los egresados de escuelas públicas son los que mayormente han llevado a cabo este nivel de estudios.

Cuadro 2. Estudios de posgrado realizados por los encuestados.

| ESTUDIOS POSGRADO / SEXO | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL |
|--------------------------|-------------|-------------|--------------|
| Sin Posgrado | 19.7% | 17.1% | 18.5% |
| Diplomado | 28.9% | 29.8% | 29.3% |
| Especialidad | 41.1% | 42.2% | 41.6% |
| Maestría | 9.7% | 10.6% | 10.2% |
| Doctorado | 0.6% | 0.3% | 0.4% |
| TOTAL | 100% | 100% | 100 % |

La Figura 1 muestra las especialidades estudiada por los dentistas encuestados, siendo Ortodoncia la espcia-

lidad con mayor porcentaje 23.2%, y la menos estudiada es periodoncia con un 3.10%.

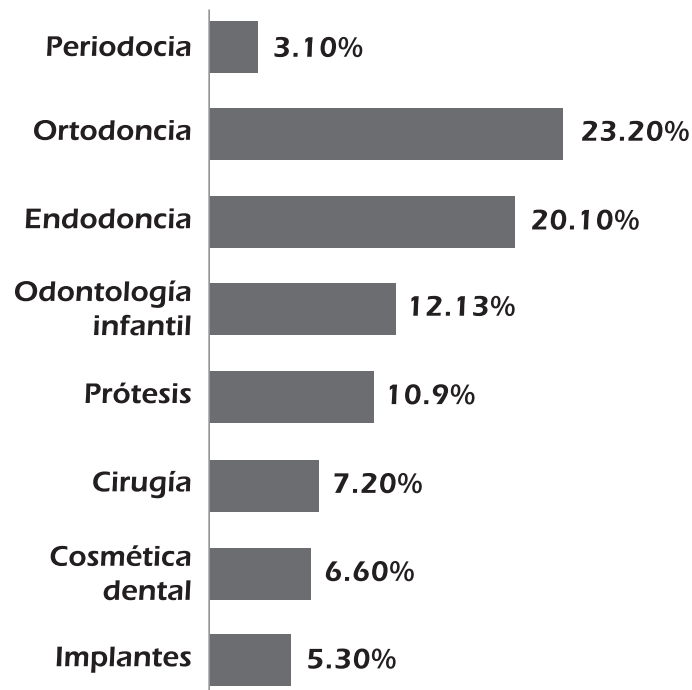


Figura 1. Especialidad de los dentistas encuestados.

El 39.1% de las mujeres encuestadas trabajan en alguna institución independientemente de su consulta privada, en el caso de los hombres es el 60.9%. (Cuadro 3)

El 72.7% de los dentistas encuestados refirieron conocer la Comisión de Arbitraje Médico de su entidad, las mujeres tienen mayor desconocimiento sobre el tema

que los hombres; en los estados de Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Quintana Roo y Zacatecas destacaron 13 dentistas que aseveraron que en sus Entidades había Comisión de Arbitraje Médico, siendo una respuesta incorrecta. (Cuadro 4)

Cuadro 3. Institución en la que trabajan los dentistas encuestados.

| INSTITUCIÓN / SEXO | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL |
|------------------------------|--------------|--------------|-------------|
| IMSS | 5 | 9 | 14 |
| ISSSTE | 3 | 7 | 10 |
| Secretaría de Salud | 2 | 5 | 7 |
| Servicios Estatales de Salud | 6 | 10 | 16 |
| Otra | 34 | 47 | 81 |
| Total | 50 | 78 | 128 |
| Porcentaje | 39.1% | 60.9% | 100% |

Cuadro 4. En su estado existe Comisión de Arbitraje Médico

| ENTIDAD | Si | No | No SABE |
|-------------------------|--------------|-------------|--------------|
| Aguascalientes | 8 | 0 | 4 |
| Baja California | 39 | 1 | 10 |
| Baja California Sur | 0 | 1 | 1 |
| Campeche | 3 | 0 | 1 |
| Chiapas | 4 | 0 | 3 |
| Chihuahua | 7 | 0 | 15 |
| Cohahuila | 11 | 1 | 9 |
| Colima | 0 | 0 | 0 |
| DF | 202 | 1 | 16 |
| Durango | 2 | 1 | 1 |
| Guanajuato | 20 | 0 | 14 |
| Guerrero | 6 | 1 | 0 |
| Hidalgo | 2 | 0 | 6 |
| Jalisco | 29 | 0 | 12 |
| México (Estado de) | 41 | 0 | 15 |
| Michoacán | 4 | 0 | 1 |
| Morelos | 7 | 0 | 3 |
| Nayarit | 0 | 0 | 0 |
| Nuevo León | 28 | 0 | 10 |
| Oaxaca | 3 | 0 | 0 |
| Puebla | 8 | 0 | 4 |
| Querétaro | 20 | 0 | 8 |
| Quintana Roo | 2 | 2 | 2 |
| San Luis Potosí | 4 | 0 | 1 |
| Sinaloa | 8 | 0 | 5 |
| Sonora | 6 | 1 | 3 |
| Tabasco | 12 | 0 | 3 |
| Tamaulipas | 10 | 1 | 11 |
| Veracruz | 17 | 0 | 15 |
| Yucatán | 2 | 0 | 4 |
| Zacatecas | 0 | 2 | 3 |
| TOTAL | 507 | 12 | 180 |
| Frec. Relativa % | 72.5% | 1.7% | 25.8% |

El análisis del Cuadro 4 denota que los dentistas de Hidalgo presentan el menor índice de conocimiento (25.0%), sobre la comisión de Arbitraje Médico de su estado, en contraste con Nayarit y Oaxaca que alcanzaron el 100%, en estos dos estados la muestra fue pequeña.

El 32.5% de los encuestados manifestaron haber conocido la comisión de su entidad por medio cursos, seminarios y conferencias, el 18.0% durante sus estudios de Licenciatura y 18.2% no contestó. (Cuadro 5)

Cuadro 5. Medio a través del cual conoció a la CONAMED.

| MEDIO | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL |
|---|-------------|-------------|-------------|
| En cursos, seminarios, conferencias, etc. fuera de la Escuela o Facultad de Odontología | 33.6% | 31.3% | 32.5% |
| En la Escuela o Facultad de Odontología | 19.4% | 16.5% | 18.0% |
| Por conversaciones con amistades, colegas, etc. | 15.3% | 13.6% | 14.4% |
| A través de los medios de comunicación: Noticias, Anuncios, Periódicos, etc. | 10.6% | 18.3% | 14.3% |
| Al acudir a dirimir algún conflicto | 1.9% | 3.2% | 2.6% |
| No contestó | 19.2% | 17.1% | 18.2% |
| TOTAL | 100% | 100% | 100% |

Sobre la actuación de las Comisiones de Arbitraje Médico los dentistas en un 62.1% consideran que es imparcial, no así el 15.3% ya que consideran que favorecen a los pacientes, el 18.2% de los encuestados no dio opinión alguna. (Cuadro 6)

Tal como se muestra en el Cuadro 6 es notorio que en mayor proporción las mujeres consideran que estas Comisiones son proclives a favorecer a los pacientes; mientras que los hombres las consideran imparciales.

Cuadro 6. Opinión sobre la CONAMED (imparcialidad).

| OPINIÓN | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL | PÚBLICA | PRIVADA |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Es imparcial | 57.2% | 67.3% | 62.1% | 62.6% | 61.4% |
| Favorece a los pacientes | 19.7% | 10.6% | 15.3% | 14.0% | 19.3% |
| Favorece al Personal de salud | 4.2% | 4.7% | 4.4% | 4.8% | 2.3% |
| No contestó o No opinó | 18.9% | 17.4% | 18.2% | 18.6% | 17.0% |
| TOTAL | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Para conocer la opinión de los dentistas con respecto a la actuación de la Comisión de sus entidades se les planteó la eventual situación de conflicto con un médico recabando sus muy personales opiniones.

Así mismo, se pudo constatar que el 42.3% de los encuestados presentarían queja ante la Comisión de Arbitraje Médico, si tuvieran un conflicto con algún médico, porcentaje que demuestra que cada vez más se presenta

una mayor cultura de la queja, el menor porcentaje presentaría una demanda penal o civil. (Cuadro 7)

En caso contrario, si como profesionista tuviera algún conflicto, el 58.2% invitaría al usuario a levantar queja en la Comisión de Arbitraje Médico, teniendo un porcentaje mayor los hombres que las mujeres, no así el 8.7% que no haría nada y el 2.4% que finalmente decidió no contestar a la pregunta.

Cuadro 7. Si como paciente tuviera algún conflicto, ¿qué haría?

| INCONFORMIDAD COMO PACIENTE | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL | PÚBLICA | PRIVADA |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Presentaría su queja en la Comisión de Arbitraje Médico | 39.3% | 45.3% | 42.3% | 41.6% | 44.0% |
| Consultaría a un Abogado para saber cómo proceder | 24.5% | 19.8% | 22.2% | 21.1% | 24.7% |
| Acudiría a la Comisión de Arbitraje Médico para asesorarse | 20.5% | 22.5% | 21.5% | 22.1% | 20.5% |
| No haría nada | 12.0% | 7.8% | 9.9% | 10.5% | 8.4% |
| Presentaría una demanda penal o civil según procediera | 3.7% | 4.5% | 4.1% | 4.7% | 2.4% |
| TOTAL | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Otra importante proporción 30.5% pediría la intermediación de un colega o amistad, principalmente las mujeres (35.3%) que los hombres (25.4%). (Cuadro 8)

Continuando con la hipótesis de un conflicto del Dentistas con un paciente, se llevaron a cabo preguntas en donde se consideraron las actitudes que estos profesionistas asumirían, así, 47.1% trataría de convencerlo para que él mismo rehiciera el trabajo, 29.2% devolvería los pagos por los tratamientos motivo de la inconformidad y casi 7% devolvería la totalidad de los pagos realizados por el paciente. No se encontraron diferencias significativas al analizar estos resultados por sexo.

Si además de este acuerdo, el paciente le solicitara un pago "por daños y perjuicios", el 54.5% de estos Profesionistas manifestó que lo rechazaría, con predominio entre los hombres con un porcentaje de 61.4%, mayor

al obtenido por las mujeres que fue de 48.3%.

Ante la invitación de la Comisión de Arbitraje Médico para acudir a dirimir el conflicto en amigable composición, el 53.4% indicó que acudiría acompañado de un Abogado, en mayor proporción las mujeres con un porcentaje de 58.9 y quienes estudiaron en una institución privada con el 60.8%. En contraparte, los hombres y quienes estudiaron en institución pública acudirían acompañados de un familiar o amigo.

El 77.0% de los dentistas indicó que no tendría problema para llevar el expediente clínico del paciente en caso de ser solicitado por la Comisión, el 16.3% tendría "un poco de problemas", éstos últimos en mayor proporción entre los egresados de instituciones privadas.

En caso que durante la reunión de conciliación no se llegara a un acuerdo con el paciente, la mayoría de

los dentistas encuestados (87.7%) externó su aceptación al arbitraje, sólo 9.4% dijo que se negaría y 2.9% no contestó a esta pregunta. Esta tendencia es homogénea

entre hombres y mujeres; así como entre quienes estudiaron en escuelas públicas y privadas.

Cuadro 8. Si como Dentista tuviera algún conflicto, ¿qué haría?.

| INCONFORMIDAD DEL PACIENTE | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL | PÚBLICA | PRIVADA |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Lo invitaría a acudir a la Comisión de Arbitraje Médico | 53.1% | 63.7% | 58.2% | 59.2% | 56.7% |
| Pediría la intermediación de un colega o amistad | 35.3% | 25.4% | 30.5% | 30.3% | 29.8% |
| No haría nada | 8.9% | 8.6% | 8.7% | 8.0% | 10.5% |
| No contestó | 2.8% | 2.4% | 2.6% | 2.5% | 2.9% |
| Total | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Finalmente, se preguntó el grado de confianza que tienen en las Comisiones de Arbitraje Médico, información que se presenta en el Cuadro 9.

En el Cuadro 9, se muestra además que el 43.1% de estos Profesionistas de la salud bucal confían "Totalmente" en las Comisiones de Arbitraje Médico, 42.6% lo

hacen "Parcialmente", 8.7% manifestó que "Poco", 2.4% "Nada" y 3.1% no contestó esta pregunta.

Es evidente que los hombres tienen mayor confianza que sus compañeras mujeres, y los egresados de escuelas públicas que quienes estudiaron en instituciones privadas.

Cuadro 9. Confianza en las Comisiones de Arbitraje Médico.

| GRADO DE CONFIANZA | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL | PÚBLICA | PRIVADA |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Totalmente | 38.1% | 48.4% | 43.1% | 45.2% | 38.0% |
| Parcialmente | 45.0% | 40.1% | 42.6% | 41.4% | 45.6% |
| Poco | 8.9% | 8.6% | 8.7% | 8.2% | 10.5% |
| Nada | 2.2% | 2.7% | 2.4% | 1.9% | 3.5% |
| No Contestó | 5.8% | 0.3% | 3.1% | 3.3% | 2.3% |
| TOTAL | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

DISCUSIÓN

Por el número y distribución de los Dentistas que respondieron la encuesta puede considerarse que son representativos del Universo de estos Profesionistas en México.

Es importante observar que la mayoría de los Dentistas ha realizado estudios posteriores a la Licenciatura, sobre todo en especialidades clínicas, que se traducen en mejor calidad de la atención técnica para los pacientes; sin embargo, debe reconocerse la necesidad de actualizar la legislación para regular y controlar los estudios de Diplomado que han proliferado en años recientes y que en muchos casos hacen creer a los Dentistas que adquieren un grado superior y similar al de Especialidad, siendo ello incorrecto y perjudicial cuando no se tiene plena conciencia de ello.

El grado de conocimiento que tienen los Dentistas sobre la existencia de Comisiones de Arbitraje Médico es elevado; pero se considera que debiera ser mayor hasta alcanzar casi la totalidad, por lo que debieran realizarse esfuerzos de difusión sobre todo en las entidades identificadas en este estudio.

Los más de 16 años de la existencia de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico debieran ser suficientes para que en todas las Escuelas y Facultades de Odontología se incluyera su estudio, a efecto de otorgar a sus egresados de las herramientas básicas para su ejercicio profesional, motivo de otro estudio por los mismos autores.

Es preocupante que sólo 62% de estos Dentistas considerara que las Comisiones de Arbitraje Médico son imparciales, porque es éste el principio fundamental de la mediación para la resolución de los conflictos entre los Dentistas y sus pacientes. Esta opinión se corrobora al detectar que menos de la mitad de estas personas acudiría como primera instancia a la Comisión de Arbitraje Médico si ellos fueran los pacientes. Más aún, sólo el 58.2% de los Dentistas invitarían al paciente inconforme a acudir a la Comisión de Arbitraje Médico para dirimir un conflicto por sus servicios.

Es también importante observar que más de la mitad de estos Profesionistas acudirían acompañados por un Abogado en caso de ser requeridos por la Comisión de Arbitraje Médico, actitud que se ha confirmado empíri-

camente en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en la que se estima que el menos en esa proporción los Dentistas acuden acompañados por Abogados, siendo ello innecesario, ya que la CONAMED y sus homólogas estatales vigilan el cumplimiento de las leyes.

Son motivo de especial atención los grados de confianza que manifestaron tener los Dentistas en las Comisiones de Arbitraje Médico, que sólo alcanzan el 43.1% de "Total confianza" y 42.6% de "Parcial", por lo que deberán buscarse nuevas estrategias para incrementarla entre estos Profesionistas y los eventuales usuarios de sus servicios.

REFERENCIAS

1. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. [Acceso 27-09-2012]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/decreto_creacion.pdf.
2. Narro-Robles J, Zepeda-Tena C. La CONAMED a XV años de su creación. Reflexiones desde la academia. *RevCONAMED*.2012;17(1):24-29.
3. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Estadística 2011. Cuadro conceptual de información estadística sobre arbitraje médico. Quejas concluidas por especialidad. [Acceso 02-10-2012]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/estadistica/pdf/SINTESIS_2011/cuadro_13_2011.pdf.
4. Tena-Tamayo C, Manuel-Lee GR (editores). Diez Años de Arbitraje en México. México: CONAMED; 2006. 656p.
5. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Estadística 2011. Cuadro conceptual de información estadística sobre arbitraje médico. Quejas concluidas mediante la emisión de un laudo por especialidad según resultado del análisis documental. [Acceso 02-10-2012]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/estadistica/pdf/SINTESIS_2011/cuadro_14_2011.pdf.
6. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Recomendaciones. [Acceso 02-10-2012]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/recomendaciones.php?seccion=82.

El Sistema de Gestión de Calidad, una ventaja competitiva para el hospital Durango

Quality Management System, a competitive advantage for the Durango hospital

Ricardo Martínez-Molina,¹ Rafael-Rodríguez,¹ Irene Borges-Carrete,² Rubén Hernández-Centeno,² Héctor Robledo-Galván,¹ David Olvera-López¹

RESUMEN

Introducción. Los hospitales que cuentan con la Certificación del Consejo de Salubridad General para aumentar su ventaja competitiva; en ocasiones, no cuentan con la certificación de la gestión que realizan. El objetivo de este estudio es identificar que la certificación de ISO 9001:2008 brinda elementos adicionales a los hospitales al permitir la mejora continua mediante la gestión enfocada a procesos de calidad internacional.

Materiales y métodos. Se revisaron 12 documentos del Hospital de su Sistema de Gestión de Calidad (SGC) y bajo el enfoque de auditoría externa tuvimos acceso a entrevistas, observación, verificación y muestreo de 13 áreas directamente relacionadas con la certificación de la atención en el servicio de urgencias.

Resultado: Observamos un compromiso excelente de la Alta Dirección con la obtención de las certificaciones tanto de la ISO 9001:2008 como del Consejo de Salubridad General y su alcance institucional, el conocimiento amplio del personal de los elementos requeridos del SGC y la apertura para atender los hallazgos y las quejas; por lo cual, percibimos un éxito para el hospital.

Conclusiones: Consideramos igual que la empresa certificadora, que el SGC con base en la norma ISO 9001:2008 es la base del éxito del Hospital para reconocer en su área crítica, las observaciones y hallazgos para, a futuro, extender la certificación al total de la institución HSD.

Palabras clave: calidad, sistema de gestión de calidad, auditoría.

ABSTRACT

Introduction. Hospitals that have the Certification granted by the General Health Council for increasing their competitive advantage sometimes do not have a certification for the management within the institution. The purpose of this study is to specify that the ISO 9001:2008 certification provides additional elements for hospitals by allowing them to have a continuous improvement by means of a type of management focused in international quality processes.

Materials and methods. Twelve documents from the Quality Management System (SGC, Sistema de

¹ Dirección General de Calidad e Informática de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

² Alta Dirección. Hospital Sanatorio Durango.

Folio 201/12 Artículo recibido: 17-10-2012 Artículo reenviado: 30-11-2012 Artículo aceptado:05-12-2012

Correspondencia: Lic. Ricardo Martínez Molina, Subdirector de Calidad de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Secretaría de Salud. Mitla 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C. P. 03020, México D. F. Correo electrónico: rmolina@conamed.gob.mx.

Gestión de Calidad) of the Hospital were reviewed, and under the external audit approach we had access to interviews, observation, verification, and sampling of 13 areas directly related to the certification for the service in the emergency room.

Result: We observed an excellent commitment on the part of the Senior Management division with the obtention of the ISO 9001:2008 and General Health Council certifications, as well as their institutional scope, insight into the staff and elements required by the SGC,

and openness to address findings and complaints; reasons why we perceive success for the hospital.

Conclusions: We consider, just as the certifying company, that the SGC based on the ISO 9001:2008 standard is the foundation for the success of the Hospital in order to recognize its critical area, the observations, and findings for extending the certification to the whole HSD institution in the future.

Key words: quality, Quality Management System, audit approach.

ANTECEDENTES

El Sistema Nacional de Salud tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud¹ consagrado en nuestra Carta Magna² donde son incluidos los servicios de los particulares debidamente acreditados que prestan atención médica a quienes así lo requieran. El Hospital Sanatorio Durango (HSD) es un ejemplo del involucramiento de la Alta Dirección por mantenerlo competitivo, flexible y con Certificaciones que permitan a los usuarios y proveedores conocer su compromiso con la calidad y la atención requerida.

La Alta Dirección del HSD analizó los cambios organizacionales que generaban desviaciones en la gestión administrativa, las quejas de los usuarios y la infraestructura, concluyendo en la necesidad de adoptar un nuevo enfoque, realizar cambios sostenidos que aportaran valor a todas las acciones del hospital, decidiendo la reingeniería en la prestación de los servicios bajo el enfoque de procesos, realizando actividades para documentar, describiendo los procedimientos, homologando criterios y definiendo un rubro; decidiendo que la norma ISO 9001:2008³ fuera la base del cambio.

Enfocada la organización a satisfacer las expectativas y necesidades de los clientes, los requerimientos legales y reglamentarios con enfoque de procesos, permitió determinar y gestionar las numerosas actividades relacionadas en la organización e identificar los recursos de entradas, el proceso, las salidas y las oportunidades de mejora. El tiempo y costo ponderados como inversión, permitió que la empresa certificadora evaluara el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) implantado, dando su anuencia para certificación, hecho que contribuyó a identificar las necesidades internacionales para lograr la alta capacidad del hospital, decidiendo contar con la certificación del Consejo de Salubridad General (CSG), resultado por el cual, el hospital mantiene un ritmo de competitividad nacional e internacional pero ante todo, una actitud integral que permite a los usuarios la seguridad

de la atención médica adecuada, oportuna, cálida y con calidad, lo que seguramente reduce el costo de atender dos veces el mismo evento o en su caso, atender quejas que se deriven de la relación médico paciente, tanto en la vía administrativa (CONAMED), como en la vía jurisdiccional de tribunales civiles o penales.

Revisar el trabajo de gestión que se lleva a cabo en el HSD permitió analizar la decisión estratégica de visualizar a ISO 9001:2008 como estándar de la gestión de la organización con las disposiciones que en materia de salud debieron cubrirse para que el Consejo de Salubridad General (CSG) les otorgara su certificación,⁴ y con ello brindar una ventaja competitiva para el Hospital; resultando importante resaltar la decisión, el trabajo y el involucramiento de la Alta Dirección en brindar flexibilidad al modelo, ya que el enfoque de procesos de la norma ISO, manifiesta el que debe cumplir, pero no indica el cómo hacerlo, ni brinda información de cómo cambiar el o los estilos de dirección, tampoco como motivar e involucrar al personal, y mucho menos como integrar tantos puntos de vista, escenarios y necesidades de los colaboradores.

Visualizar estándares internacionales, aplicarlos, alinearlos con requerimientos legales y reglamentarios en materia de salud, administrativos y de control, brinda en la actualidad un valor agregado que se siente y visualiza en la organización e indudablemente en beneficio de los pacientes que son atendidos, en los integrantes de la organización y en las empresas que han extendido su certificación tanto en procesos como en elementos legales y reglamentarios que hacen posible la prestación del servicio médico con un enfoque integral, con el conocimiento de mejora y visualización de escenarios futuros, que permitan mantener una alta posición en este mercado tan competitivo y demandante, apoyándose en "resultados positivos" por parte de los clientes motivo del servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos la lectura de procedimientos del SGC del HSD así como los reportes de revisión de la Alta Dirección relacionados con el comportamiento de los Comités instalados y los resultados obtenidos en su sistema estadístico con relación a la satisfacción de los clientes en el servicio de urgencias y su vinculación con el manejo del expediente clínico.

Participamos como observadores en la auditoría de seguimiento, realizada por su Organismo Certificador acudiendo a las unidades de procesos, urgencias, recursos humanos, biomédica, recepción, relaciones públicas, control del expediente clínico y finalmente con la Alta Dirección, con el fin de observar e identificar el grado de conformidad con la norma ISO 9001.

Acudimos, con anuencia de la Dirección Médica del HSD, y fuera del alcance de su proceso de auditoría, a las áreas de farmacia, droguería, archivo del expediente, terapia intensiva y servicio de inhalo terapia apoyándonos en la metodología de interacción humana y sin interacción humana *in situ*, manifestada en la norma 19011:2011,⁵ "Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión", indicándole al personal que realizaríamos entrevistas, muestreo, revisión de documentos con su participación, que exceptuaríamos complementar listas de verificación y en su caso observaríamos el trabajo desempeñado y visitas a las áreas relacionadas con el objeto de verificar su vinculación y conocimiento tanto de su SGC como de las normas del CSG.

Información documentada, electrónica y casos analizados *in situ*, son tratados con confidencialidad, mencionando únicamente los elementos que evidencian que las certificaciones del HSD han sido un factor de éxito, brindando confianza a clientes y un valor agregado a la organización.

RESULTADOS

La decisión de Certificar el Servicio de Urgencias bajo los requerimientos de la norma ISO 9001:2008 fue una decisión estratégica del HSD, reforzada por la disposición de revisar las acciones y documentos existentes en el servicio durante un proceso de auditoría externa por su empresa certificadora; con base en ello, fue posible apreciar la aplicación de medidas de control, normativas y reglamentarias implementadas con el fin de reducir el riesgo y aumentar el éxito en la prestación del servicio solicitado por parte del usuario de los servicios médicos.

El servicio de Urgencias, con una distribución basada en la funcionalidad y la operatividad técnica médica cuenta con una organización adecuada y funcional para el desarrollo de las actividades del personal adscrito de

acuerdo a las Guías de Práctica Clínica⁶ según proceso. Sin embargo, los elevados niveles de uso de los servicios de urgencias representan un verdadero "escaparate" de la organización y eficiencia del sistema hospitalario, hasta el punto en que, en muchas ocasiones, la percepción que el usuario tiene de la atención que ha recibido en el servicio de Urgencias marca su idea de cómo funciona todo el sistema, en especial los pacientes con problemas no urgentes, pacientes frequentadores de los servicios o personas con problemas no médicos. La calidad asistencial influida por esas condiciones, presenta un amplio margen de mejora para la gestión óptima de calidad, evitando la saturación del servicio, efectuando valoraciones periódicas de la infraestructura, equipo y personal así como el atender a la brevedad las oportunidades de mejora en la capacitación de personal y en la dotación de infraestructura, en especial a nivel preventivo y proactivo. Figura 1

El personal médico asignado a Urgencias cuenta con capacitación especializada certificada por los Consejos de sus especialidades incluyendo el conocer y aplicar las Guías de Práctica Clínica, en la toma de decisiones rápidas y precisas, además de mantener interconsultas con especialistas certificados por sus diferentes Consejos, logrando con esto un manejo integral de la problemática aguda o crónica agudizada particular de cada paciente, para mantener en condiciones de calidad los servicios del área, aplicando los aspectos normativos.

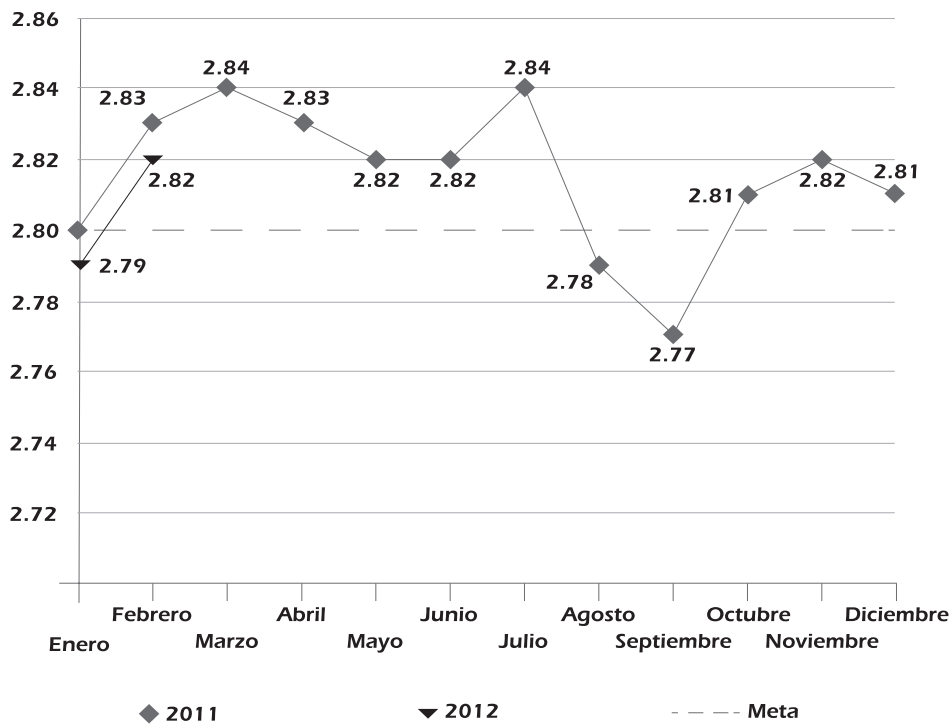
El médico coordinador de urgencias, tiene a su cargo la organización de esta área en colaboración con los servicios de cirugía y enfermería, llevando el control mediante la supervisión de actividades designadas del personal asignado. Entre sus actividades se incluye documentar y formalizar las actividades de los servicios proporcionados por el área, para que se otorguen con la calidad requerida. Asimismo, llevar a cabo una revisión de los expedientes, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones de la NOM 168 del expediente clínico⁷ para que sus registros puedan orientar, capacitar e informar a todo el personal, que guarde relación con el servicio de urgencias.

Resulta necesario reflexionar sobre el impacto que ha tenido la participación de la Alta Dirección en el HSD, ya que es la detonadora del cambio en el pensamiento de la organización, en el modo de actuar, de recoger evidencia y convertirla en oportunidades de mejora, atención y cumplimiento de requerimientos presentes, proyectado hacia el futuro de la integración coherente de diversos pensamientos y requerimientos en un solo proceso con procedimientos coordinados, flexibles y actualizados que permitan el éxito sostenido tomando como punto de partida la norma ISO 9001:2008 y, en una etapa posterior,

la certificación en su totalidad del hospital, considerando aplicar un enfoque más amplio que brinde elementos para el éxito sostenido bajo los criterios de norma de referencia ISO 9004:2009⁸ (Gestión para el éxito sostenido de una organización. Enfoque de gestión de calidad).

El valor agregado a la implantación es el compromiso medible de la Alta Dirección por brindar este mismo valor a cada acción emprendida en la organización, prueba de ellos son los argumentos del Auditor Externo, al manifestar que, si bien se cuenta con un área crítica (la relación de los usuarios del STC metro respecto a la atención oportuna e integral de sus quejas) manifestó que en

general, la gestión está lo suficientemente documentada y controlada para extenderse al total de hospital, ya que la experiencia en el servicio de urgencias y su relación con los procesos sustantivos y de apoyo, sumado a la certificación del CSG y al uso del Sistema de control de procesos proporcionado por la empresa SAP® ha brindado a la organización, homogeneidad, conocimiento y preparación para el futuro. Esta recomendación es posible gracias a la participación y revisión activa de la dirección tanto de las acciones requeridas como para la integración de un buen ambiente con el personal.



Debilidades:

- El tiempo en urgencias
- El tiempo para ser atendido por un médico
- La comodidad y privacidad del área donde lo examinaron

Fortalezas:

1. El trato y amabilidad del médico
2. Explicación del médico sobre su diagnóstico y tratamiento
3. Trato y amabilidad de la enfermera

Fuente: Comité de Calidad y Seguridad del Paciente del Sanatorio Durango, septiembre 2012.

Figura 1. Encuesta de satisfacción de urgencias 2011-2012

El tema de la administración de los recursos, es de vital importancia para cualquier empresa u organización pública o privada; ya que si bien, en la primera se cuenta con un presupuesto asignado, en la empresa privada no sucede así, aunque las acciones presupuestales se realizan con las mismas técnicas financieras y administrativas,

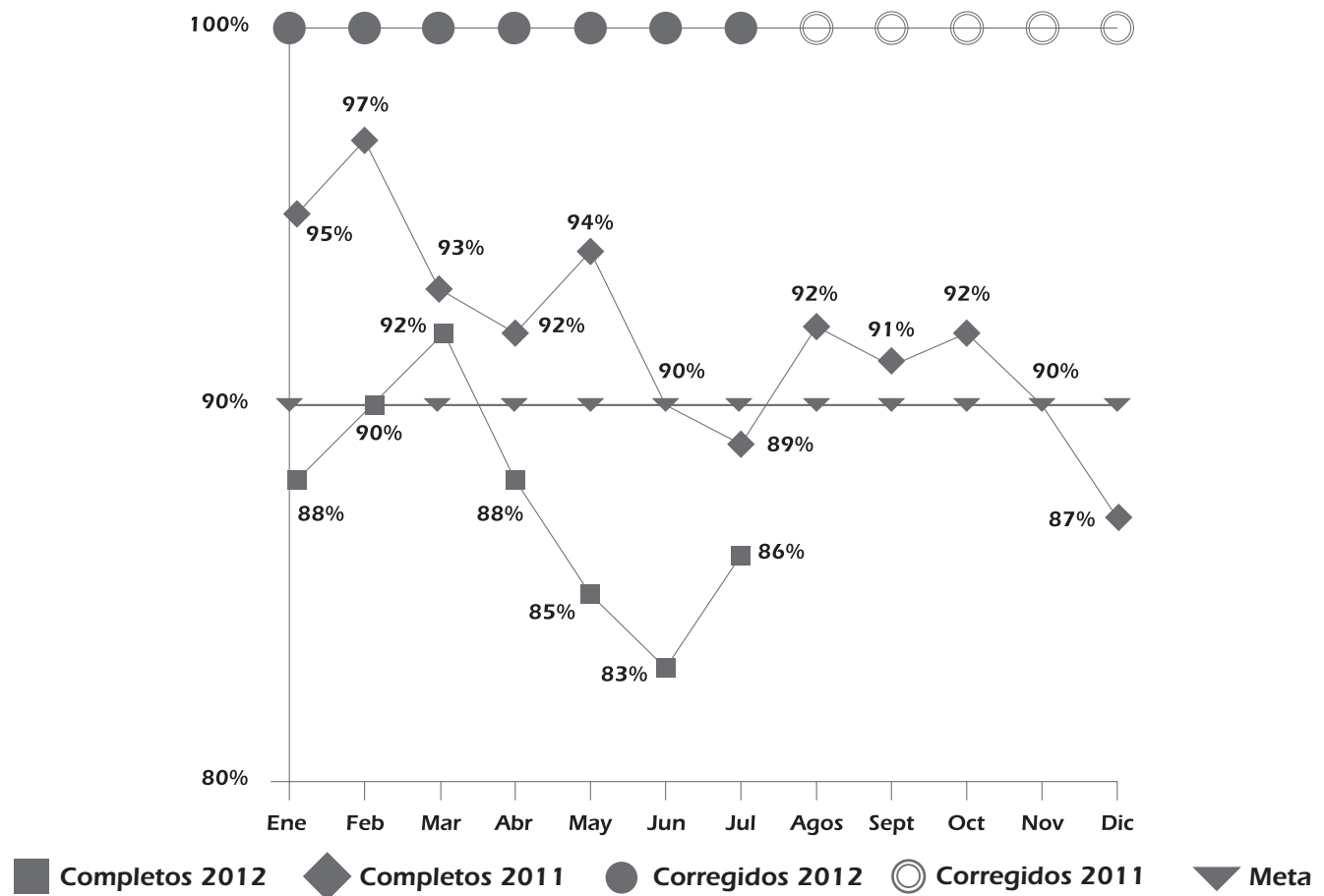
con el fin de homologar las acciones encaminadas a la satisfacción de gasto para cumplir con los compromisos de la misión organizacional, y en este ámbito de conocimiento, el HSD ha concentrado sus esfuerzos, para generar administración basada en resultados.

Lo anterior, ha de ser complementado por buenas

prácticas en el uso de tecnologías que permitan salvaguardar la información que se genera en todas y cada una de las gestiones de la organización, con el fin de dar cumplimiento a diversos ordenamientos regulados en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.⁹ Asimismo en el campo informático estadístico se presenta una oportunidad de mejora en la generación de informes ejecutivos periódicos con alertas preestablecidas y análisis guiados, para que la Alta Dirección tome decisiones en el menor tiempo posible, con base en las guías de las mejores prácticas contando como referencia el Manual Administrativo de Aplicación General

en Materia de Tecnología de Información y de Comunicación y en Seguridad de la Información,¹⁰ así como la Norma Certificable ISO 27001:2008 y sus correlativas.

En la visita al servicio de archivo del expediente clínico encontramos áreas de oportunidad en las tareas de conservación, seguridad y resguardo de los expedientes, para minimizar riesgos de pérdida de información. Ilustrados en esa misma área de la existencia del Comité del Expediente Clínico observamos que a pesar de los esfuerzos y acciones desplegados, para el llenado correcto y completo del expediente, permanece como un área de mejora en beneficio del paciente y del Hospital. Figura 2



Fuente: Comité de Calidad y Seguridad del Paciente del Sanatorio Durango, septiembre 2012.

Figura 2. Auditoria del expediente clínico en urgencias de observación 2011-2012.

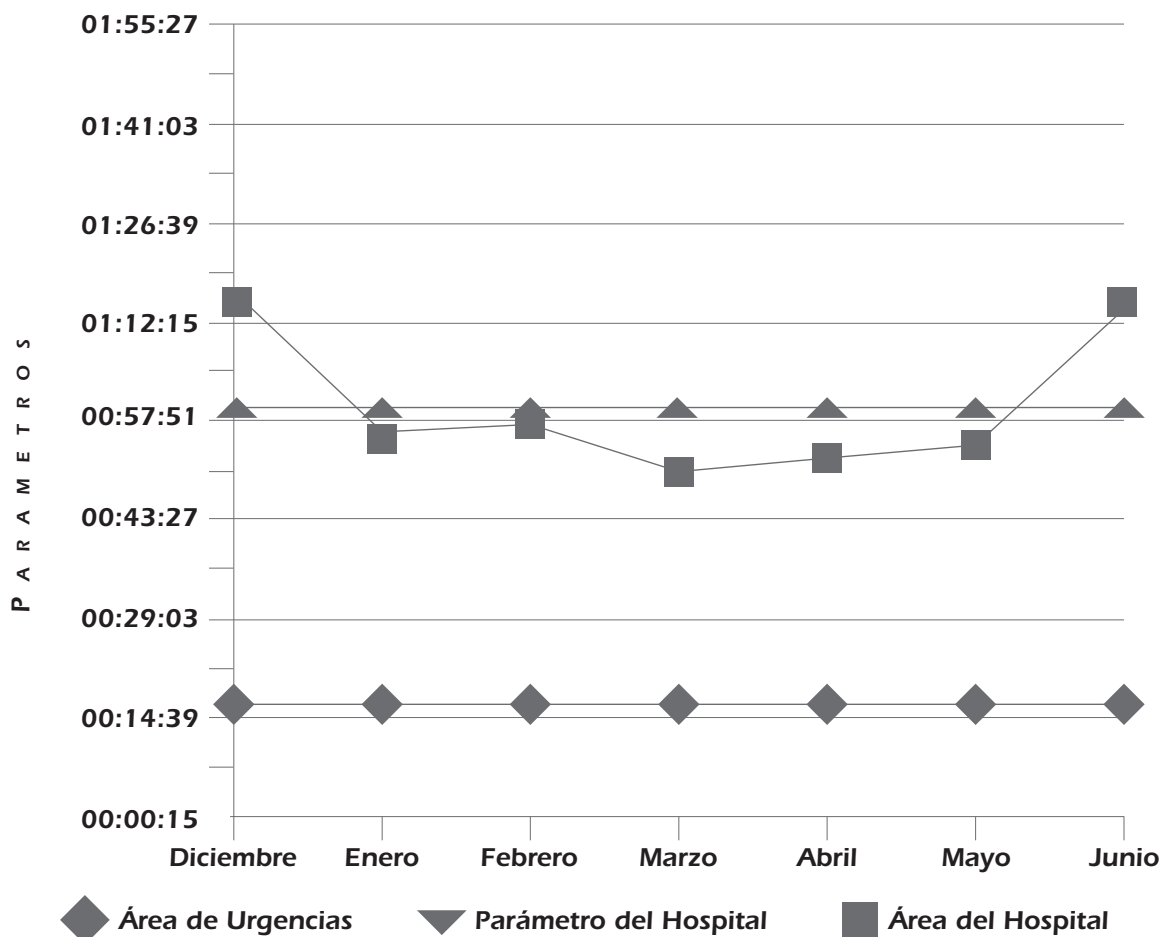
Otras secciones con relación estrecha al servicio de urgencias son la farmacia y la droguería del HSD. En ambos espacios consideramos, a la par del CSG, que es necesario ampliar el espacio de resguardo y dotarlo de mejores condiciones de conservación para evitar el aceleramiento en la descomposición de las sustancias en custodia.

Las acciones que actualmente se están llevando a cabo, para generar documentos ricos en valor agregado para el HSD, referente a la selección, contratación y mantenimiento de competencias del personal del Hospital, contiene elementos administrativos que permitirán en el corto plazo la migración de la actual administración de

actividades hacia el enfoque de funciones para dar cumplimiento a los objetivos de cada uno de los perfiles de puesto; revisando su manual de organización pudimos detectar, como hallazgo, la necesidad de implementar

un curso sobre la conformación de objetivos, funciones, perfiles, requerimientos para la administración integral del expediente laboral del personal del Hospital.

| ÁREA | DIEMBRE | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO |
|---------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Área de hospital | 01:17:00 | 00:57:00 | 00:58:00 | 00:48:00 | 00:50:00 | 00:53:00 | 01:13:00 |
| Área de urgencias | 00:19:00 | 00:18:00 | 00:16:00 | 00:15:00 | 00:17:00 | 00:14:00 | 00:21:00 |
| Parámetro hospital | 01:00:00 | 01:00:00 | 01:00:00 | 01:00:00 | 01:00:00 | 01:00:00 | 01:00:00 |
| Parámetro urgencias | 00:15:00 | 00:15:00 | 00:15:00 | 00:15:00 | 00:15:00 | 00:15:00 | 00:15:00 |



Fuente: Comité de Calidad y Seguridad del Paciente del Sanatorio Durango, septiembre 2012.

Figura 3. Tiempo de entrega de medicamentos de farmacia a hospitalización y a urgencias

DISCUSIÓN

La decisión de la Alta Dirección del HSD, al establecer un sistema de gestión de calidad y certificarlo, permite establecer líneas de comunicación jerárquica, con información que integran los resultados de todos y cada uno de los que colaboran en la organización, se respira trabajo orientado a objetivos y por lo tanto un ambiente encaminado al desarrollo de las habilidades que permitan obtener las metas trazadas. Enfocar la organización con estándares internacionales de gestión (ISO 9001) permitió sin duda homologar los procedimientos, requisitos gerenciales así como los requerimientos normativos y legales con el fin de obtener la certificación del Consejo General de Salubridad, la cual brinda un valor agregado al posicionar a los hospitales en el camino de la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar al hospital a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno, al demostrar que se cumple con estándares enfocados a la seguridad de los pacientes, la calidad y calidez en la atención, la seguridad hospitalaria, la normatividad vigente y las políticas nacionales e internacionales en material de salud.

La Certificación por lo tanto, no sólo es cumplir con requisitos burocráticos, es hacer que la organización se mantenga sana, flexible y abierta al cambio, atentos a las oportunidades de mejora y gestión, ofreciendo la prestación de servicios médicos con calidad y calidez, reduciendo el error humano, tecnológico o administrativo, con una política de calidad compartida por todos y cada uno de los trabajadores, además de contar con los mecanismos que permitan identificar las oportunidades de mejora, realizar acciones correctivas y preventivas, y sobre todo, que la Alta Dirección se comprometa con la mejora continua identificando integralmente a sus usuarios y manteniendo un compromiso por satisfacer sus necesidades y expectativas de salud.

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. Ley General de Salud. México: Diario Oficial de la Federación 07-06-2012.
2. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: Diario Oficial de la Federación; 05-09-2012.
3. Norma Española UNE-EN ISO 9001. Noviembre de 2008. Disponible: Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Dirección de Calidad.
4. Consejo de Salubridad General. Estándares para la certificación de hospitales 2012, vigentes a partir de abril de 2012. [acceso 06-10-2012]. Disponible en: <http://www.inper.edu.mx/descargas/pdf/EstandaresCertificacionHospitales2012.pdf>.
5. Norma Española UNE-EN ISO 19011. Marzo 2012. Disponible: Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Dirección de Calidad.
6. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [internet]. Catálogo de Guías Clínicas, Guía clínica de urgencias; [Acceso 07-010-2012]. Disponible en: http://www.cenetec.gob.mx/spry/v2/catalogo-GPC_v2.2.html.
7. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico. México: Diario Oficial de la Federación 30-09-1999.
8. Norma Española UNE-EN ISO 9004. Noviembre 2009. Disponible: Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Dirección de Calidad.
9. Instituto Federal de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos. Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.
10. Secretaría de la Función Pública. Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Tecnología de Información y de Comunicación y en Seguridad de la Información. México. Noviembre de 2012. [Acceso 09-10-2012]. Disponible en: http://www.normateca.gob.mx/Archivos/67_D_2934_05-12-2011.pdf.

De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud

The step from idea to concept regarding quality in healthcare services

Héctor Robledo-Galván,¹ José Meljem-Moctezuma,² Germán Fajardo-Dolci,³ David Olvera-López¹

RESUMEN

La definición de calidad en la atención a la salud no es un concepto estático ni universal, existen conceptualizaciones que enriquecen el término en función de elementos que se han agregado en el tiempo. Se presentan algunos conceptos de calidad que se han utilizado en la industria y cómo varios de ellos han dado origen a los que se emplean en los servicios de salud. Finalmente se presentan conceptos explícitos de la calidad en la atención a la salud, desde diferentes perspectivas y considerando distintos componentes.

Palabras clave: Calidad de la atención médica, historia de la calidad en los servicios de salud, evolución de la calidad en la atención médica.

ABSTRACT

The definition of quality in healthcare is not a static or universal concept; there are diverse conceptualizations that enrich the term based on the elements added as time goes by. Some of the concepts of quality that have been used in the industry are presented, as well as the way in which some of them have been the origin to the concepts used in healthcare services. Finally, detailed concepts regarding the quality in healthcare are presented from different perspectives and taking into account diverse components.

Key word: Medical assistance quality, history of quality in healthcare services, progress of quality in medical assistance.

No deja de ser interesante que siendo la calidad un término que han identificado diversas culturas en momentos históricos dispersos en la línea del tiempo, es hasta hace relativamente poco -30 tal vez 35 años- que cobra importancia relevante en materia de salud. Por ejemplo, en los tiempos de los reyes y faraones existían los argumentos y parámetros para medir la calidad, prueba

de ello es que en el Código de Hammurabi (1752 a. C.) está señalado que *"Si un albañil construye una casa para un hombre, y su trabajo no es fuerte y la casa se derrumba matando a su dueño, el albañil será condenado a muerte"*.¹ Los fenicios² por su parte, le cortaban la mano a quien hacía un producto defectuoso, aceptaban o rechazaban los productos en función de si cumplía o

¹ Dirección General de Calidad e Informática de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Secretaría de Salud.

² Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, Secretaría de Salud.

³ Subsecretaría de Integración y Desarrollo de la Secretaría de Salud.

Folio 198/12 Artículo recibido: 08-10-2012 Artículo reenviado: 10-10-2012 Artículo aceptado: 05-12-2012

Correspondencia: Dr. Héctor Robledo Galván, Director General de Calidad e Informática de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Secretaría de Salud. Mitla 250 piso 8, esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C. P. 03020, México D. F. Correo electrónico: hrobledo@conamed.gob.mx.

no con las especificaciones acordadas que incluso, en muchos productos eran de calidad y ponían en vigor las especificaciones gubernamentales. Alrededor del año 1450 a. C., los inspectores egipcios comprobaban las medidas de los bloques de piedra con un pedazo de cordel. Los mayas también usaron este método. Esta cultura, como la mayoría de las civilizaciones antiguas daban gran importancia a la equidad y justicia en los negocios así como a los métodos para resolver las quejas, aún cuando en diversas ocasiones, ello implicara condenar al responsable a la muerte, la tortura o la mutilación.³

La calidad es parte de la humanidad, sólo que no se le conocía como hoy en día, ni tampoco se evaluaba con los métodos y herramientas disponibles. La calidad era parte de los acuerdos establecidos en los intercambios comerciales y para cumplir con ella existía el crédito a la palabra; era un compromiso, entre caballeros, entre proveedores y clientes. Si bien se estableció en la época del trabajo artesanal donde se pretendía ofrecer a los compradores siempre la mejor calidad en la mercancía, fue hasta el Siglo XVIII cuando ésta tomó el matiz formal con el que la conocemos hoy en día, particularmente con el auge en los negocios y en los bienes que se producían a gran escala, en la época de la revolución industrial.⁴

Existía un interés por que el producto que generaba la máquina fuera razonablemente similar y en el mejor de los casos igual en cada mercancía. Pero fue realmente hasta finales del Siglo XIX cuando en los Estados Unidos, Frederick Taylor⁵ suprimió la responsabilidad de cuidar la tarea de calidad de los productos que estaba encomendada a los obreros y supervisada por los capataces y la puso en manos de los ingenieros industriales, quienes estaban más calificados y contaban con el conocimiento para corregir y supervisar más estrechamente el proceso de producción en serie.

A principios del siglo XX, los industriales empezaron a ver un mercado mucho más amplio, que el sólo atender a las cúpulas sociales privilegiadas; con la tecnológica disponible y el abaratamiento de costos de producción, se pudo ofertar a un número mayor de personas productos diversos que atendían múltiples necesidades. Fue en este siglo cuando Henry Ford introdujo en la producción de la *Ford Motor Company* la línea de ensamblaje en movimiento.⁶

Como podemos observar, hasta mediados del siglo pasado, la calidad era un tema eminentemente industrial y asociado a la competencia de bienes de consumo, lo que obligó a los empresarios a ofrecer mejores productos para ganar el mercado y mantenerse operando.

Fue hasta el surgimiento de la competencia entre las empresas de servicios, que inicia la cultura de la calidad al cliente en este sector. Si revisamos la historia y la evolución de la implementación de la cultura de la calidad en em-

presas de servicio al cliente, podemos observar que fue la industria turística, particularmente en las ramas hotelera y restaurantera las que la iniciaron.⁷ Si somos rigurosos en la revisión de los tiempos en los que, de manera intensa, se generó el interés por este tema en el sector servicios, podemos identificar que fue en el último tercio del siglo pasado, es decir a partir de los 60's, principalmente en los Estados Unidos y con mayor fuerza en los años 80's.

El impulso de la teoría de la calidad en los servicios de salud empezó poco después de su inicio en los Estados Unidos y algunos países de Europa. Para muchos estudiosos del tema, el Dr. Avedis Donabedian fue el pionero que realmente se ocupó de estudiar y medir la calidad en los servicios de salud en estados Unidos y casi de manera paralela y con el apoyo de él, en México se inicia una corriente encabezada por el Dr. Enrique Ruelas Barajas en el Instituto Nacional de Salud Pública en la década de los 80's.⁸

En la última década del Siglo XX se suscitó un crecimiento vertiginoso del interés por la calidad de la atención médica en México y en muchos otros países, cuyo origen es probablemente una mayor conciencia de que, en el mundo contemporáneo, la calidad se ha convertido en un requisito indispensable de sobrevivencia económica y, para algunos afortunadamente también, de responsabilidad social y de integridad moral.⁹

El concepto de calidad en la atención médica de acuerdo a la definición de Avedis Donabedian es: "el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes".¹⁰

Si bien desde la década de los sesentas el Instituto Mexicano del Seguro Social inició programas de evaluación a través de su sistema de auditorías, no fue propiamente el enfoque actual de calidad; sólo se verificaba que la institución cumpliera con la normatividad establecida para sus procesos. Siendo objetivos, una de las definiciones de calidad –la de Crosby– es justamente la que establece que *es cumplir con las especificaciones*.¹¹

Es en 1984, cuando inicia formalmente la investigación sobre calidad en el Centro de Investigaciones en Salud Pública con un programa de garantía de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología para la atención perinatal en México.

Un evento que impulsó más el desarrollo de la investigación y de la educación superior en esta materia fue la creación del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en 1987. Los estudios sobre calidad de la atención que ya se venían desarrollando, mantienen continuidad y se incorporan nuevos proyectos. A la fecha, es una de las instituciones con mayor número de investigaciones y publicaciones en calidad de la atención a la salud.

La propia Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido la calidad como “una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”.¹²

Sin lugar a dudas, la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization, JCAHCO) de los Estados Unidos, es una institución del más alto prestigio en la materia y definen la calidad de la atención de una forma muy simple: “Hacer las cosas correctas y hacerlas bien”.¹³ De manera adicional el Instituto de Medicina (IOM) de los Estados Unidos, define la calidad de la atención como: “grado en que los servicios sanitarios para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistentes con el estado actual de los conocimientos científicos”.¹⁴

Actualmente no es concebible pensar en salud sin asociar de manera simultánea, el término de calidad. La pregunta natural es... ¿qué es calidad en los servicios de salud? A lo largo de la historia el término calidad ha sufrido numerosos cambios que acompañan los conceptos y los momentos históricos en los que se ha estudiado.¹⁵ No existe un concepto universal de calidad, sin embargo una de las definiciones más claras y sencillas es la que describe que es la capacidad para que un producto (o servicio) consiga el objetivo establecido al más bajo costo posible. Esta es la definición de calidad de Phil Crosby; es la más sencilla y que en pocas palabras engloba un gran contenido (ajustarse a las especificaciones o conformidad de unos requisitos).¹⁶

Hay otras definiciones que deben tenerse presentes; la de W. E. Deming que la define en términos breves como *el grado perceptible de uniformidad y fiabilidad a bajo costo y adecuado a las necesidades del cliente*. Como puede observarse, es menos idónea para aplicar a los servicios de salud. La definición de Feigenbaum,¹⁷ señala que *todas las características del producto y servicio provenientes de Mercadeo, Ingeniería Manufactura y Mantenimiento que estén relacionadas directamente con las necesidades del cliente, son consideradas calidad*.

Un experto contemporáneo en materia de calidad es Joseph Jurán¹⁸ sin embargo, sus definiciones son mucho más orientadas a los atributos de los productos, no tanto a los servicios, por ello, para Jurán la calidad es que el bien esté en forma para su uso, desde el punto de vista estructural y sensorial; orientado en el tiempo, con base en parámetros de calidad de diseño, calidad de cumplimiento, de habilidad, seguridad del producto y servicio en el campo. Debe satisfacer las necesidades del cliente,

es decir, la calidad es aptitud para el uso.

Otra definición que anotamos, simplemente para no omitirla, es la de la Real academia Española que define la calidad como la *Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, peor o mejor que las restantes de su especie*. Por su parte la Sociedad Americana para el Control de Calidad (A.S.Q.C.) define la calidad como el *“Conjunto de características de un producto, servicio o proceso que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”*.

El Dr Germán Fajardo Dolci define la calidad partiendo de lo que el paciente espera de una adecuada atención médica, conformando el concepto como “Recibir atención médica con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos que permita satisfacer las necesidades de salud y las expectativas a un costo razonable”.¹⁹

El Dr. Héctor Aguirre Gas ha vinculado el término, de manera destacada a las expectativas de los pacientes, por ello, su definición de calidad en la atención a la salud es: “otorgar atención médica al paciente, con a) oportunidad, b) competencia profesional, c) seguridad y d) respeto a los principios éticos de la práctica médica, que le permita satisfacer sus i) necesidades de salud y sus ii) expectativas”.²⁰ Se puede identificar que este concepto incluye cuatro elementos del proceso (a,b,c,d) y dos de los resultados (i,ii); la estructura no se menciona en la definición pues se considera que es responsabilidad primaria de la institución, teniendo en cuenta que una estructura adecuada permite una atención de calidad, pero no la garantiza.

Cuando la definición de calidad la llevamos a la atención médica, es decir, al terreno de la salud, entonces debemos elegir el concepto que mejor se aplique al servicio de atención a la salud. Partamos de la definición de Crosby: *debemos asegurarnos que cada paciente reciba lo establecido para su correcta atención, incluyendo los servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para lo que motivó su consulta médica o internamiento; sin menoscabo de optimizar los costos de atención*.

En este orden de ideas: ¿cómo podemos identificar qué es lo establecido para la correcta atención? La respuesta debe ser muy concreta; *lo establecido en la atención médica se refiere a aplicar o instrumentar las mejores prácticas, universalmente aceptadas por los gremios de especialistas reconocidos por sus órganos colegiados e instituciones académicas de prestigio, tanto para el diagnóstico y tratamiento como para la rehabilitación de un paciente con un padecimiento específico*. Es decir, que cada paciente que ingrese a un consultorio u hospital, se incorpore a un protocolo de atención médica avalado por las autoridades, en apego a lo establecido por las Academias, Asociaciones, Colegios Médicos, Con-

sejos, etc. que a su vez incorporan las mejores prácticas de lo que se constata y publica en el mundo.

No perdamos de vista que el objetivo no es la calidad per se como elemento discursivo de un proceso administrativo; es lograr el mejor resultado en la recuperación de la salud con el menor riesgo posible de complicaciones o efectos iatrogénicos, con la mejor relación costo-beneficio y la mayor satisfacción del paciente.

Conclusiones

Los estudiosos del tema señalan que el concepto de calidad no es una definición estática, permanente o perene, por el contrario, evoluciona conforme maduran y avanzan por un lado la atención médica y por otro los conceptos de calidad que se aplican a las diferentes organizaciones.

La calidad en todos los contextos y en salud no es la excepción debe ser instrumentada y evaluada cada vez más con estándares internacionales. Los criterios e indicadores deben responder a las expectativas de los organismos internacionales en el concierto de las naciones.

Un tema prioritario en la agenda de la calidad, es la homologación de la misma en todos los servicios y unidades. La homologación de los procesos y procedimientos de la prestación del servicio médico, no deben ser sólo un concepto, un enunciado o un compromiso demagógico; debe ser una realidad en todo el territorio nacional.

Es inaplazable ofrecer la mayor similitud posible de calidad en la atención a la salud en los distintos municipios y en las diferentes comunidades. Es una realidad que ello no es posible en el corto plazo y que debemos trabajar para que en las próximas décadas, las brechas existentes se acorten y las diferencias se disminuyan.

El avance en la prestación de servicios preventivos, curativos, rehabilitatorios y paliativos así como los criterios para medir la calidad en la forma y en el fondo deben ser internacionales.

No es suficiente con los estándares propios que en algún momento de la historia de la medicina permitieron juzgar la buena o mala atención. Es impostergable subir todos los estándares de evaluación de la atención a lo que se reporta en el mundo, al menos en países con el mismo nivel de desarrollo que nosotros y que presenten las más altas calificaciones.

La calidad y la seguridad en la atención a la salud de los pacientes es un binomio que muestra resultados a la par. Si no hay calidad no puede haber seguridad, la calidad establece los elementos necesarios para disminuir los riesgos en la operación diaria de las unidades de atención médica y por ende, de lo que el paciente recibe en el proceso.

REFERENCIAS

1. Código de Hammurabi. México: Cárdenas; 1992.
2. Wagner CG. Historia del mundo Antiguo: Oriente: Los fenicios. México: Akal; 1989. ISBN 84-7600-332-3.
3. Rivera DM. El pensamiento religioso de los antiguos mayas. Colección: Paradigmas. Madrid: Trotta; 2006.
4. Revolución Industrial. [acceso 10-10-2012] Disponible en: <http://www.historiacultural.com/2010/07/las-revoluciones-industriales.html>.
5. Coriat B. El taller y el cronómetro. Ensayo sobre el taylorismo, el fordismo y la producción en masa. México: Siglo XXI; 1991.
6. Miranda-González F. Introducción a la Gestión de la Calidad, México: Delta Publicaciones; s/f. p. 5.
7. Ruiz-Olalla, C. Gestión de la calidad del servicio. [2005; acceso 10-10-2012] Disponible en: <http://www.5campus.com/leccion/calidadserv>.
8. Ruelas BE, Vidal LM. Unidad de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica. Salud Pública Méx. 1990;32(2):225-231.
9. Ruelas BE, Zurita GB. Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. Salud Pública Méx, 1993; 35: 235-237.
10. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Vol.1. Ann Arbor, Mich (US): Health Administration Press; 1980. P. 38-40.
11. Muñoz MA. La Gestión de Calidad Total en la Administración Pública. México: Díaz de Santos; 2007.
12. OMS. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1 Informe Técnico Definitivo, Enero de 2009. [acceso 10-10-2012] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
13. Accreditation Standards. Standards Intents. Oakbrook Terrace: JCAHO; 2000.
14. Instituto de Medicina. Medicare. Una estrategia para el aseguramiento de la calidad. Volumen I. Washington D. C: National Academy Press; 1990.
15. O'Reilly CG. Definiciones de calidad. Evolución histórica y actualidad. [16-03-2010; acceso 10-10-2012] Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia/calidad-definicion-evolucion-historica.htm>.
16. Crosby P. Quality is free. USA: Mc Graw Hill; 1979.
17. Feigenbaum AV. Total Quality Control. 4ª ed. USA: Mc Graw Hill; 1990.
18. Juran JM. Manual de Control de la Calidad. 4ª ed. España: Mc Graw Hill-Interamericana; 1993.
19. Fajardo-Dolci G. Calidad de la atención. Ética médica y medicina defensiva. Rev CONAMED 2008;13(4):3-4.
20. Aguirre-Gas H. Calidad de la atención médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo. 3ª ed. México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social-Noriega Editores; 2002. 387 p.

El Sistema de Gestión de Calidad en la CONAMED, a 12 años de su implantación

CONAMED Quality Management System, 12 years after implementation

Ricardo Martínez-Molina,¹ Rafael Rodríguez,¹ Héctor Robledo-Galván,¹
Germán Fajardo-Dolci,² José Mejem-Moctezuma,³ David Olvera-López¹

RESUMEN

La implementación de un sistema de gestión de calidad es realizada por un gran número de empresas privadas, ya que su puesta en marcha genera un valor adicional que impacta directamente en los procesos de fabricación, comercialización y distribución de los productos; así como en la prestación de sus servicios y en la imagen de la organización hacia sus clientes.

Atendiendo las disposiciones para la mejora de la gestión en la administración pública y dada la naturaleza de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (atención de inconformidades derivadas de la atención médica), resulta necesario brindar una atención acorde a los estándares internacionales, con el objeto de brindar a los usuarios una atención de calidad, honesta, justa e imparcial; y que a su vez estas experiencias retroalimenten al Sistema Nacional de Salud con elementos que contribuyan a mejorar la calidad de la atención médica.

El Sistema de Gestión de Calidad implementado en esta Comisión, da sustento a los procesos de operación, lo cual permite promover la prestación de servicios a los usuarios con calidad y hacer frente de forma exitosa a las

eventualidades que se presentan en el entorno, además de dar cabal cumplimiento con disposiciones legales y reglamentarias.

Palabras clave: Sistema de gestión de calidad, sistemas de gestión de la atención médica, proceso arbitral, modelos de gestión de calidad, satisfacción del cliente, no conformidad, hallazgos, calidad de la atención, mejora continua.

ABSTRACT

Many private companies implement a quality management system because by setting up this system they generate an additional value that directly impacts the manufacturing, marketing, and distribution processes; and this impact is also felt in their provision of services and the image the organization gives to its customers.

By addressing the dispositions for improving management in public administration and given the nature of the Medical Arbitration National Commission (attention to non-conformances derived from medical assistance),

¹ Dirección General de Calidad e Informática, CONAMED.

² Subsecretaría de Integración y Desarrollo, Secretaría de Salud.

³ Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, CONAMED.

Folio 205/12 Artículo recibido: 18-10-2012 Artículo reenviado: 30-10-2012 Artículo aceptado: 05-12-2012

Correspondencia: Lic. Ricardo Martínez Molina, Subdirector de Calidad de la Dirección General de Calidad e Informática. Mitla 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Navarte, Del. Benito Juárez, C. P. 03020, México D. F. Correo electrónico: rmolina@conamed.gob.mx.

it becomes necessary to provide a service according to international standards, with the purpose of providing the users with a quality service, that is also honest, fair and impartial; and, at the same time, it is necessary that these experiences give feedback to the Health National System, by means of elements contributing to improve the quality of medical assistance.

The Quality Management System implemented in this Commission supports the operation processes, which

allows to promote a quality provision of services to users and successfully face the contingencies that occur in its environment, apart from duly complying with legal and regulating dispositions.

Key words: Quality Management System, medical assistance management system, arbitration process, quality management models, customer satisfaction, non-conformance, findings, service quality, continuous improvement.

Los antecedentes

Hace más de dieciséis años, nuestro país tenía la necesidad de contar con un órgano especializado para conocer las inconformidades de la sociedad en materia de conflictos derivados de la relación médico paciente. Este anhelo se vio materializado con la creación, por decreto presidencial, de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) el 3 de junio de 1996, la cual cuenta con plena autonomía técnica para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos.^{1,2}

Al inicio, se realizó el tratamiento de la información derivada de la atención en las diferentes etapas del proceso arbitral, de casos tanto del Distrito Federal como de los Estados de la República.

La estructura para la atención de inconformidades estaba compuesta por las Direcciones Generales de Orientación y Gestión, Conciliación, Coordinación Regional (casos foráneos) y Arbitraje. Adicionalmente complementaban la estructura de la Comisión las Direcciones Generales de Administración, Investigación y Métodos e Investigación y Difusión.³

Inicio del enfoque en procesos. La Alta Dirección del sexenio 2000-2006 dirigió sus esfuerzos para sistematizar el proceso arbitral con el objetivo de realizar su certificación de acuerdo a los criterios de la norma ISO-9001-2000.^{4,5}

Para lograr lo anterior, se definió el procedimiento "Detección de Necesidades y Evaluación de la Satisfacción del Usuario" con el fin de: 1) Identificar requisitos de calidad claves del servicio y productos para los clientes y usuarios finales, 2) Identificar oportunidades, debilidades, fortalezas y amenazas a través de la medición de los objetivos mediante encuestas con el fin de detectar necesidades y expectativas en los siguientes rubros:

- Solución de inconformidades derivadas de la relación médico paciente.
- Solicitud de dictámenes médicos.
- Conocer Universidades e Instituciones de Educación Superior y formadores de equipos de salud afines.
- Medición del clima laboral
- Atención a las quejas de los usuarios a través del proceso arbitral.

Lo anterior permitió identificar las expectativas y necesidades con relación a los usuarios, propiciando una respuesta oportuna a sus inconformidades y solicitudes, así como una interacción más estrecha al momento de realizar la orientación y asesoría.

Adicionalmente, se inició con la notificación a los usuarios de los derechos y obligaciones en la actuación médica, ya que el conocimiento de los mismos es necesario para la fase de conciliación, a fin de dirimir la controversia con apego a mejores prácticas y seguridad de paciente.

Durante el año 2000 los resultados obtenidos, fueron utilizados para iniciar labores encaminadas a cumplir con los requerimientos establecidos en la norma ISO 9001.

El año 2001 marcó el primero de los grandes cambios en la orientación de gobierno y liderazgo en esta Comisión, los resultados obtenidos en el análisis organizacional y el proceso de detección de necesidades y expectativas de los usuarios fue fundamental para que la Alta Dirección de la Conamed tomara la decisión de documentar tanto el proceso arbitral, como los procesos adjetivos.

La Comisión contaba con la siguiente estructura: Comisionado Nacional, Asuntos Sectoriales, Comunicación Social como dependientes staff, Subcomisión "A" de las que dependían las Direcciones General de Orientación y Gestión, Coordinación Regional, Conciliación y Arbitraje y la Subcomisión "B" de quien dependían Compilación y Seguimiento, Investigación y Métodos y Administración, la cual sufrió modificaciones como lo muestra la Figura 1.

El objeto fue reorientar a la Conamed hacia la mejora continua de procesos; para esto, el equipo directivo realizó el diseño e implementación de planeación estratégica lo que permitió identificar y documentar las necesidades y expectativas de los pacientes, médicos y demás "clientes", así como el establecimiento de un sistema de medición de satisfacción, sensibilizando al personal para involucrarlo en el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) mediante capacitación y brindando las competencias para ejecutar sus funciones; documentando y rediseñando procesos, elaboración del Manual de Calidad e implantando mecanismos de inspección y monitoreo y aplicando por primera vez el

concepto de Auditoría interna del SGC^{6,7} e integrando la misión, visión y objetivos estratégicos.

Acciones específicas para elevar la satisfacción del clientes fue el cambio funcional en la atención de las inconformidades, de la forma tradicional a la modular evitando las líneas verticales de mando y sustituyéndolas por personal facultado para la atención personalizada del usuario; la atención segmentada de acuerdo a la institución involucrada fue sustituida por un proceso estandarizado; el proceso enfocado en las instituciones de servicio médico se reorientó a procesos enfocados a los usuarios (médicos, familiares e instituciones) y finalmente

la inhibición del involucramiento del personal en la toma de decisiones migró al esquema operativo flexible, autor regulable, reproducible y con trabajo colegiado con lo cual fue posible la toma de decisiones de los titulares de cada fase operativa para actuar como facilitadores, estableciendo cargas de trabajo equitativas y recepción aleatoria de casos en cada módulo, mejor aprovechamiento de recursos, soluciones colegiadas para generar referentes y criterios homologados que aseguren su calidad, evaluación de resultados con mayor transparencia en el proceso de atención de las inconformidades.

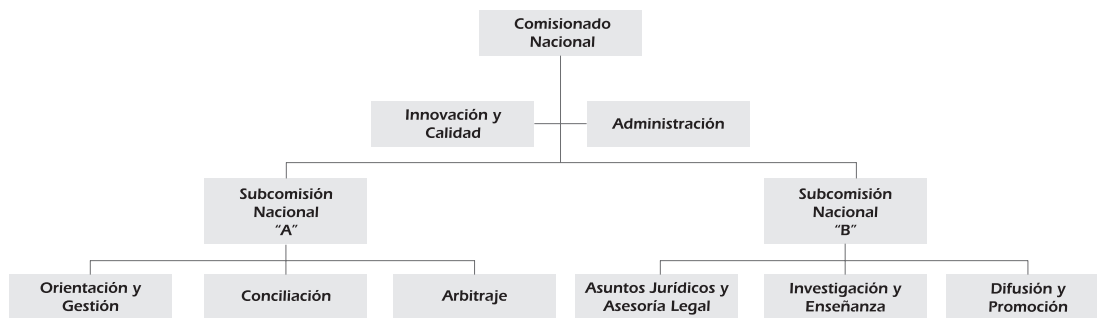


Figura 1. Estructura Conamed 2001.

El 18 y 19 de diciembre del 2001 se realizó la primera auditoría de certificación del proceso arbitral bajo los requerimientos de la norma ISO 9001:2000, obteniéndose los siguientes beneficios:

- a. Asegurar a los prestadores de servicios médicos y usuarios de dichos servicios, que la Conamed, cuenta con estándares de calidad internacional.
- b. Asegurar homologación de calidad de servicio para todos los usuarios.
- c. Mayor eficiencia y eficacia en el desempeño, así como en la racionalidad del uso de los recursos de la institución.
- d. Incrementar el impacto de la Conamed para elevar la calidad de los servicios de salud, dado

que se consolidará como mecanismo de retroalimentación más eficaz para los prestadores de servicios médicos.^{8,9}

Los años posteriores

En el 2002 formalizó la investigación de las necesidades de los usuarios identificando las características que se muestran en el Cuadro 1.

Se aplicaron 2,373 encuestas arrojando promedio de satisfacción de 97% y capacitaciones dirigidas en calidad participando 195 colaboradores.¹⁰

Durante el periodo 2002-2003 se realizaron auditorías de seguimiento para asegurar la conformidad de la norma ISO y su alineación al Modelo de Calidad INTRAGOB,

Cuadro 1. Necesidades y expectativas de los usuarios.

| PROMOVENTE | PRESTADOR | | SOLICITUD DE DICTÁMENES |
|---|--|---|---|
| | PARTICULAR | INSTITUCIONAL | |
| Atención por expertos. Interés en su caso. Rapidez en la resolución de su asunto. Actuar sin favoritismos. | Imparcialidad Rapidez en la atención y solución de su asunto. Atención por personal experto. | Imparcialidad. Trato equitativo. Atención por personal experto. Rapidez en la atención del asunto. | Claridad y precisión en las opiniones médicas. Rapidez en la respuesta. Contenga bibliografía médica. |

generado por el Gobierno Federal como herramienta orientada a que las dependencias y entidades del sector público para garantizar la satisfacción de las expectativas y necesidades de los ciudadanos y clientes de los productos y/o servicios que proporcionan, mejorando la productividad y competitividad, aplicando innovación tecnológica y dignificando la imagen del servidor público, de las entidades y dependencias.

La Comisión continuó labores para dar cumplimiento a los ocho criterios de evaluación del Modelo: Satisfacción del cliente, liderazgo, desarrollo del personal y capital intelectual, administración de la información y la tecnología, planeación, gestión por procesos, impacto en la sociedad y resultado; obteniendo el premio el día 3 de marzo.¹¹

Se aplicaron 3,199 encuestas, obteniendo 96.7% de satisfacción, generando un procedimiento para analizar el origen de los comentarios negativos (57), identificando falta de información, tiempos prolongados de espera, actuación del médico o abogado, falta de confidencialidad por parte del notificador, incumplimiento de las expectativas del usuario en cuanto a la resolución, imparcialidad del médico, trato y facilidades para comunicarse a la Comisión.¹²

Para 2004 se mantuvo el SGC, así como su compatibilidad con el Modelo INTRAGOB. Fueron aplicadas 3,546 encuestas arrojando el 97.3% de satisfacción del usuario, continuando con la identificación y tratamiento de los comentarios negativos con el fin de reforzar la gestión del personal en contrato directo con los usuarios. Se inició la medida de satisfacción de otros servicios de la Conamed obteniendo cifras significativas para la toma de decisiones en beneficio de los usuarios. Se incluyeron muestreos del nivel de satisfacción referente a la atención telefónica y gestión inmediata con oportunidades de mejora para aplicación de acciones preventivas y correctivas en atención de los correos electrónicos, asesoría u orientación, fijando como tiempo estándar de respuesta 48 horas entre la recepción y contestación.

En este año, se realizó cinco auditorías, detectando 2 no conformidades mayores, 40 menores, 88 observaciones y 46 oportunidades de mejora, atendidas en tiempo y forma, y reforzamiento de los conceptos de calidad de 137 servidores públicos; fueron evaluados los procedimientos en 712 acciones obteniendo un promedio de 88.5 % de calificación.¹³

En 2005, se formuló la transformación de la Administración Pública Federal mediante la integración de la INTRAGOB en las unidades del gobierno federal, siendo el SGC un elemento primordial para obtener 98.7% de satisfacción.

Se lograron avances significativos, muestra de ello es la relación mostrada en las atenciones telefónica, asignando una meta del 96% obteniendo 98.3%; a las gestiones inmediatas del 77% obteniendo 90.4% y finalmente a

los convenios de conciliación 68%, obteniendo 79.8% y disminuyendo los comentarios negativos procedentes al 1.9% del total de comentarios recibidos.

Se actualizaron las necesidades de los solicitantes de dictámenes médico periciales aplicando un total de 63 encuestas, identificando un aumento de satisfacción en 9.4 puntos porcentuales, ratificando como necesidades: rapidez en la emisión del dictamen, imparcialidad, claridad y precisión del documento, evaluación confiable y realizada por personal experto.

El programa de mejora de los servicios al ciudadano brindó frutos gracias a la estandarización de procesos, obteniendo logros significativos ya que durante este año fue posible lograr el 98.96% en el acuse inmediato de correos electrónicos; 96.1 por ciento en respuesta máximo de 48 horas y 93.2 por ciento en cuanto a la atención de asuntos por correspondencia. Para el logro de estos objetivos fue necesario que el personal fuera evaluado respecto al conocimiento y dominio de su propio procedimiento, aplicando 693 evaluaciones obteniéndose un total de 91 por ciento de calificación.¹⁴

En 2006, continuó el SGC alineado con el Modelo INTRAGOB obteniendo un total de 568 puntos, realizando dos auditorías de seguimiento por parte de la empresa certificadora quien manifestó su anuencia para continuar con la certificación.

Se realizaron auditorías internas con el fin de revisar 37 procedimientos, dando puntual atención a todos los hallazgos; se impartieron cuatro cursos para mantener las competencias de los auditores y reforzar las actividades de las áreas sustantivas. Cuadro 2.

Para medir la satisfacción de los usuarios del proceso pericial se aplicaron 80 encuestas arrojando el 85.6 por ciento de satisfacción, elevándose en 5 puntos porcentuales el mismo indicador.

Fueron integrados equipos de alto desempeño, otorgando reconocimientos a cinco de ellos con un total de 17 personas galardonadas por su sobresaliente desempeño y reconociendo a 16 auditores internos del SGC.

Estas actividades son el reflejo del compromiso de una Dirección con liderazgo y comprometida con el capital humano logrando en el periodo 2000-2006 transformar a la Conamed. Se realizó benchmarking con el INFONAVIT, SCT, SAT y la Clínica de Especialidades de la Mujer (SEDENA), decidiendo la implementación tableros especiales mostrando resultados de cada área respecto a sus indicadores.¹⁵

Para 2007, la Alta Dirección decidió convocar a otra empresa certificadora, realizando auditorías internas, modificaciones al Manual de Inducción con el fin de que personal de nuevo ingreso fuera capacitado en este rubro. El resultado de la auditoría externa fue la recertificación del

SGC el día 7 de septiembre de 2007, entregada durante la realización del simposio anual Conamed.

La nueva empresa certificadora proporcionó elementos para ampliar la certificación de otros procedimientos y extender la estandarización a otros espacios de la Comisión; se identificó mediante encuesta y entrevista que el personal

manifestaba que trabajaba para el sistema y no el sistema para ella, catalogando como carga adicional de trabajo, inflexible para la realización de cambios, persecutorio y aplicatorio de medidas disciplinarias, además del uso duplicado de documentos normativos y los relacionados con el SGC.

Cuadro 2. Calificación a procedimientos auditados.

| PROCEDIMIENTOS EVALUADOS | CALIFICACIÓN |
|-----------------------------------|--------------|
| Orientación y gestión | 89.5 |
| Conciliación | 83.7 |
| Arbitraje | 94.3 |
| Contratación de asesores externos | 91.4 |
| Informática | 90.1 |
| Comisiones estatales | 94.0 |
| Comunicación social | 84.8 |
| Jurídicos | 87.0 |
| Seguimiento a compromisos | 87.7 |
| Difusión e investigación | 87.7 |
| Administración | 90.2 |
| PROMEDIO GLOBAL | 89.1 |

Con el cambio de persona varios auditores internos abandonaron la Comisión presentándose déficit de auditores, motivando asignación de recurso para capacitación de nuevos auditores y conservar las competencias de los auditores restantes. Del 13 al 15 de noviembre se capacitó a 14 colaboradores como Auditores Internos durante 14 horas. Contando con un total de 20 colaboradores capacitados.

En la segunda etapa, del 10 al 14 de diciembre, se brindó capacitación a seis profesionales como Auditores Líder; rediseño de procesos, control de registros y documentos, detección de necesidades y evaluación de la satisfacción del usuario, detección, documentación y seguimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora, control de producto no conforme y finalmente el de auditoría interna.

Fue necesario adquirir las normas ISO 9000, 9001 y

19011, mismos que sirvieron de base para generar capacitación del personal que participa como auditor interno. El seguimiento a la satisfacción del cliente fue suspendido derivado de la modificación de las encuestas.¹⁶

En este año, 2008, se realizó la planeación estratégica redefiniendo la Misión, Visión, Política de Calidad y Objetivos Estratégicos. Los procesos del SGC fueron validados satisfactoriamente por la empresa certificadora, dando paso a implementar acciones en el año 2009.

Las auditorías realizadas en 2008 y 2009, permitieron identificar los siguientes cambios significativos:

- Alineación de los procesos institucionales con el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud.
- Ajustes en la planeación estratégica institucional y definición de Programas Operativos

- acordes con la Misión y Visión institucionales.
- Definición de indicadores y metas de acuerdo a la estructura programática institucional.

Con el fin de valorar el grado de cumplimiento de la Conamed con el Modelo de Calidad Total (MCT) de la Secretaría de Salud, se realizó un ejercicio de auto-evaluación con la participación del personal de la Institución, para verificar el grado de cumplimiento de los criterios que establece dicho modelo. Los resultados globales de los ocho criterios muestran un cumplimiento general de 27.28 por ciento, con un rango de 18 por ciento en liderazgo y 31 por ciento en planeación, así como en administración y mejora de procesos. Se iniciaron labores para logra la alineación al programa de "gobierno digital", decidiendo reducir el número de copias controladas del SGC, logrando reducir de 291 carpetas que había en 2008 a sólo 91 a fines del 2009.^{17, 18}

El año 2010 existió un atraso en la auditoría de recertificación con respecto a la norma ISO 9001 derivado de la autorización de la versión 2008. Fueron identificados aspectos legales y reglamentarios que afectaban el funcionamiento de la Comisión y la relacionar los manuales administrativos (organización, procedimientos y servicios al público) con la documentación generada en el SGC; mejorar el Manual de Calidad y minimizar los registros, y avanzar hacia Macroprocesos, logrando certificación en diciembre 2010 con extensión del alcance.¹⁹

En el año 2011 para determinar el grado en que la CONAMED sustentaba los requisitos en la implementación y mantenimiento del SGC, se realizó auditoría interna del 28 al 30 de noviembre, con la norma ISO 9001:2008.

El resultado de la auditoría fue enviado a las áreas, obteniendo un total de 16 hallazgos divididos como sigue: 2 conformidades mayores; 2 menores, 11 observaciones y una oportunidad de mejora.

A la fecha, el SGC es una herramienta útil para la Conamed, en beneficio de los usuarios y es un símbolo apreciado por los usuarios quienes en agosto tuvieron una satisfacción del 99.73%.

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. Ley General de Salud. México: Diario Oficial de la Federación 07-06-2012.
2. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. [Acceso 15-10-2012]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/decreto_creacion.pdf.
3. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Reglamento interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. [Acceso 15-10-2012]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/reg_interno.pdf.
4. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. [Acceso 15-10-2012]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/reglamento_de_procedimientos_2003.pdf.
5. Norma Española UNE-EN ISO 9001. Noviembre de 2008.
6. Norma Española UNE-EN ISO 19011. Marzo 2012.
7. Norma Española UNE-EN ISO 9000. Noviembre de 2005.
8. Norma Española UNE-EN ISO 9004. Noviembre de 2009.
9. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. V Informe anual de labores 2000. [Acceso 15-10-2012]. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/informe2000.pdf>.
10. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Informe anual de labores 2001. [Acceso 15-10-2012]. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/informe2001.pdf>.
11. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Informe anual de labores 2002. [Acceso 15-10-2012]. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/informe2002.pdf>.
12. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Informe anual de labores 2003. [Acceso 15-10-2012]. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/informe2003.pdf>.
13. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. V Informe anual de labores 2004. [Acceso 15-10-2012]. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/informe2004.pdf>.
14. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Informe anual de labores 2005. [Acceso 15-10-2012]. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/informe2005.pdf>.
15. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Informe anual de labores 2006. [Acceso 15-10-2012]. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/informe2006.pdf>.
16. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Informe anual de labores 2007. [Acceso 15-10-2012]. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/informe2007.pdf>.
17. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Informe anual de labores 2008. [Acceso 15-10-2012]. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/informe2008.pdf>.
18. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Informe anual de labores 2009. [Acceso 15-10-2012]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/informe2009_2.pdf.
19. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Informe anual de labores 2010. [Acceso 15-10-2012]. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/informe2010.pdf>.

El médico y la relación con la industria farmacéutica

Doctors and their relation with the pharmaceutical industry

Ingmar Buffo-Sequeira,¹ Edgar Arroyo-Castelán,¹ José Halabe-Cherem,² Mariana Monroy-Saint Martín²

RESUMEN

Actualmente entre la Industria farmacéutica y los profesionales de la salud, se presenta una relación muy estrecha y delicada que puede llevar de uno y otro extremo a conflictos de interés en el que el perjudicado final puede ser el paciente.

Este análisis pretende plantear posibles situaciones en donde interactúan intereses económicos, científicos, académicos y médicos que se prestan a controversia e identifica diversas áreas en las cuales sería deseable generar estrategias de mejora en las prácticas y conductas de las partes involucradas para transparentar la relación entre médicos y compañías productoras de medicamentos sin dejar de lado la necesidad de establecer nuevos criterios estandarizados para el país.

Palabras clave: Ética Médica, Industria Farmacéutica, Códigos de Ética.

ABSTRACT

Currently, between the Pharmaceutical industry and healthcare professionals there is a very close and delicate relationship that may lead either party to conflicts of interest in which the party that results affected in the end may be the patient.

The purpose of this analysis is to pose potential situations in which economic, scientific, academic, and medical interests that are a usual cause for controversy interact. It also identifies the diverse areas in which it would be desirable to generate improvement strategies for the practices and behavior by the involved parties in order to make clear the relationship between doctors and drug production companies without letting aside the need to establish new normalized criteria for the country.

Key words: Medical Ethics, Pharmaceutical Industry, Codes of Ethics.

La industria, la ética y el médico

Es incuestionable la importancia de las industrias farmacéuticas en el desarrollo de nuevos tratamientos, productos y medicamentos para mejorar la calidad de vida y restablecer la salud de las personas, sin embargo, no

podemos dejar de lado que éstas tienen una búsqueda netamente económica y que es el médico, el que no puede perder de vista que su compromiso es con el bienestar del paciente y no con dicha industria.

¹ Centro Médico Dalinde.

² Centro Médico ABC.

Folio 151/11 Artículo recibido: 30-08-2011 Artículo reenviado: 30-10-2012 Artículo aceptado: 05-12-2012

Correspondencia: Dr. Ingmar Buffo Sequeira. Médico Ortopedista. Torre Médica Dalinde, Tuxpan 29-518 Col. Roma Sur, Cuauhtemoc, C. P. 06760, México D. F. Correo electrónico: artroscopia@universitarios.com.

Los laboratorios farmacéuticos son grandes empresas que se han convertido en una gran fuente de empleo para todos los países del mundo, incluso en países como el nuestro, suelen invertir grandes cantidades de dinero para montar plantas gigantes de manufactura de productos y con esta derrama económica, dan empleo a mucha gente de diferentes niveles académicos, no sólo beneficiando a grandes grupos poblacionales, sino también a Estados y Gobiernos lo que contribuye también al desarrollo social.⁶

Los médicos debemos entender que el respeto a la ética médica, la decisión sobre la selección de los medicamentos y los tratamientos, es exclusivamente nuestra responsabilidad. Los laboratorios farmacéuticos son empresas establecidas legalmente y su finalidad es primordialmente comercial y económica y esto es adecuado. No fueron estas compañías las que hicieron un compromiso con el bienestar de la gente, fuimos los médicos los que lo hicimos y es deber nuestro que esto siga siendo así.³

En el transcurso de la historia, las empresas farmacéuticas han realizado prácticas con la finalidad de conseguir mayor acercamiento y mejores ventas de sus productos en los pacientes, que son en consecuencia, los consumidores finales, dejando al médico en un conflicto de intereses, que en muchas ocasiones ponen a prueba su ética.⁸

Empezando por los estudios clínicos que se llevan a cabo alrededor del mundo que no sólo son patrocinados, sino también dirigidos por laboratorios y en donde los investigadores muchas veces reciben una fuerte remuneración económica por llevarla a cabo y por lo tanto arrojan resultados de los que podríamos dudar por el conflicto de intereses que genera. Los estudios actuales muestran resultados y conclusiones diferentes en estudios iguales cuando son patrocinados por farmacéuticas que cuando no lo son.⁹

Si verdaderamente esta industria fuera totalmente independiente de estos estudios y no participara directamente en estos, podríamos pensar que se trata de estudios más confiables y por tanto de mucho mayor valor académico y científico que el que actualmente tienen.⁹

Pero si bien el desarrollo de nuevos productos nos hace dudar, la venta y la promoción de los productos comercializados nos hacen pensar todavía más. Todos los días, las llamadas "Fuerzas de ventas" de los laboratorios farmacéuticos compuestas por un sinnúmero de "Representantes", visitan consultorios y hospitales para llevar mensajes promocionales sobre ventajas y beneficios de sus productos. Si esto fuera todo, podríamos pensar que no hay conflictos de intereses, sin embargo y desde hace algunos años, estas empresas han optado por pagar viáticos, costos y becas para viajes, congresos

y cursos médicos, en teoría para "apoyar" a la educación médica continua, y esto ha generado un compromiso tácito entre el médico becado y el laboratorio patrocinador de la beca o viaje contra prescripción de su producto. Este compromiso tácito pudiera ser verificado a través de empresas externas que están dedicadas a monitorear y cuantificar el hábito de prescripción de los médicos a través de las farmacias cercanas a su consultorio y Hospital y a las que los laboratorios pagan con frecuencia para obtener estos datos con fines de observar la distribución de venta de sus productos por regiones.²

Cursos, congresos, convenciones y eventos

Una práctica común es realizar eventos como comidas o cenas, que tiene una finalidad científica aparente en la cual llevan como invitado especial a un médico denominado "Speaker", que tiene el papel de dirigir una plática cuyo objetivo es el destacar los beneficios que patrocina el evento. Dentro de tales eventos no sólo es presentado el perfil del producto maximizando beneficios y minimizando efectos secundarios, sino que es cuestionado el hábito prescriptivo de los asistentes. En México, estos ponentes, reciben una remuneración económica por cada charla, cena o reunión. Ahora bien, si un laboratorio le paga a un médico por emitir una opinión de un producto o medicamento, la confiabilidad de esta opinión se vuelve controvertida. Si por algún motivo, el ponente no hace el énfasis adecuado a los productos o no es capaz de defender los supuestos beneficios del producto, la compañía farmacéutica no lo vuelve a tomar en cuenta, haciendo de esta manera una selección garantizada de conferencistas "expertos" con opiniones parciales (speakers).

Además de estos eventos organizados por ellos, los laboratorios farmacéuticos condicionan el apoyo económico a Asociaciones, Colegios, Consejos y Sociedades, a la presencia de sus médicos ponentes en conferencia o a su participación en programas científicos y académicos de cursos o congresos; esta condición tiene la finalidad de contar con una mayor proyección de sus productos, por lo que convierte a estas actividades que debieran ser de educación continua, en verdaderos programas comerciales. Cabe mencionar que en la mayor parte de estos eventos, existe además una llamada "área comercial", es decir, un espacio en donde publicitan medicamentos y productos en locales pagados por las farmacéuticas a los comités organizadores.

Es necesario hacer notar que en muchas ocasiones, son los propios médicos quienes, al llegar a la dirección o presidencia de alguna Asociación, Colegio, Consejo o Sociedad, permiten que los laboratorios farmacéuticos

establezcan los programas científicos o académicos y en la mayor parte de los casos, son ellos quienes solicitan esta participación de las farmacéuticas.

Los laboratorios farmacéuticos llaman “médicos potenciales” a todos aquellos que, por el volumen de su consulta o el tipo de pacientes que acuden a ella, son susceptibles de recibir sus productos y por tanto, también son susceptibles de ser “invitados” a cenas, comidas o reuniones o bien son “becados” para cursos o congresos, mientras que los “médicos no potenciales” no reciben estos beneficios, evidenciando así que la preocupación de estas compañías es aumentar la venta de sus productos y no el beneficio de la educación médica continua.

Estas acciones nos llevan a reflexionar, cuando un paciente sale de la consulta externa de algún médico con una receta en la mano, sobre si la prescripción que le fue emitida se trata del medicamento o tratamiento que más se adecúa al diagnóstico que le realizó su médico, o si únicamente se trata de la necesidad del médico de corresponder con su prescripción al pago de la beca o viáticos por el curso o congreso al que asistió o pretende ser invitado.

Y aunque sólo se trate de una cena, comida o reunión que no tenga un carácter “promocional” que modifique la manera de pensar del médico y por lo tanto su hábito prescriptivo a favor de uno o varios productos, este tipo de eventos puede ser capaz de generar un sentimiento de compromiso y reciprocidad hacia el representante que lo invitó y por tanto, afectar la autonomía del médico en la toma de decisiones acerca de lo que resulta más conveniente para su paciente.¹

Los laboratorios organizan también eventos “científicos o académicos” invitando a “médicos potenciales” en donde el tema central es uno o varios de sus productos y sus beneficios y en donde los ponentes que dictan las conferencias son “speakers”. Suelen ser en lugares con atractivo turístico y con todos los gastos pagados a cargo de la empresa, lo que convierte a la reunión en una “superproducción comercial”. El objetivo del evento es hacer sentir al médico “diferente” por prescribir X o Y producto y en donde al regreso del mismo, los médicos suelen sentirse comprometidos con la farmacéutica y convencidos de la prescripción de los productos de la empresa que les auspició el viaje. Incluso hay quienes llegan a desarrollar un sentimiento de pertenencia al grupo o al “selecto grupo de médicos prescriptores de X o Y producto”, con la sensación de “médicos especiales”, lo que hace que en ocasiones, al momento de elaborar una receta, no tomen en cuenta las otras opciones de tratamiento por la necesidad de retribuir parte de lo que ese laboratorio les ha dado o de seguir perteneciendo al “selecto grupo”.

Información gráfica, productos y regalos

Durante el desarrollo de eventos y, como si se tratara de una exposición de venta de juguetes para niños, las casas comerciales montan stands en el área comercial y es vergonzoso observar a los médicos amontonándose o bien formándose para recibir pequeños obsequios como pelotas, bolígrafos o portavasos promocionales, llevando consigo grandes bolsas de estos objetos y de publicidad escrita conocida como IPP por sus siglas (Información Para Prescribir), que no son más que los mismos objetos e información que también llevan a los consultorios, pero en esta ocasión lo hacen de manera masiva, sin detenerse a pensar en el derroche económico innecesario y en el deterioro ecológico que produce por consumo, al elaborar estos productos y al generar desechos no degradables.

Al utilizar la información para prescribir que otorgan los laboratorios en vez de buscar información científica, los médicos prácticamente relegan su propia formación y conocimiento a la información que puedan llevarles las industrias farmacéuticas y ésta por consiguiente, es mucho más limitada que la existente en las publicaciones médicas científicas, dejando lejos la posibilidad de realizar una medicina basada en evidencias.¹

Y no se trata de cuestionar el trabajo de los representantes médicos, las industrias farmacéuticas no esconden sus fines de venta de productos para los que están creadas y los representantes tienen las mismas funciones de venta, por lo que se trata de un trabajo digno, ético y responsable, que tiene la intención de dar a conocer a los médicos los beneficios de uno u otro producto. Son los médicos los que suelen exigir el pago de viáticos, congresos, viajes o convenciones e incluso tratando de manipular para hacer sentir en desventaja a los representantes con respecto a otros laboratorios condicionado su prescripción.⁷

Códigos de la industria farmacéutica

Existen códigos de la industria farmacéutica establecida en México dictados por la cámara nacional de la industria farmacéutica y el consejo de ética y transparencia de la industria farmacéutica. En estos, están claramente señalados los códigos de ética y transparencia de la industria farmacéutica, el código de buenas prácticas de interacción de la Industria Farmacéutica con Organizaciones de pacientes y el código de buenas prácticas de promoción. En este último se indican la manera de hacer promoción, los gráficos impresos, los pagos de hospitalidades y viáticos, los honorarios de ponentes y los posibles regalos promocionales y regalos por aniversarios, cumpleaños

y ocasiones especiales.⁴ A pesar de esto, sigue siendo controvertido el uso de estos productos y prácticas como promoción por la posibilidad de modificar la autonomía del médico en el momento de prescribir.

Y es vergonzoso también darse cuenta que la mayor parte de los médicos desconocen no sólo el contenido de estos códigos, sino también su existencia, y al no conocer los códigos, exigen a las farmacéuticas regalos, pago de viáticos, congresos, cursos, honorarios, productos y otros, dejando a los representantes y a la industria farmacéutica en un conflicto de intereses entre los códigos que deben de respetar y la posibilidad de perder mercado de prescripción frente a su competencia, lo que pudiera llevarlos a trasgredir los códigos para complacer a un médico y esto puede generar que otro médico se sienta desplazado, abandonado o menos importante y menos tomado en cuenta que su colega y también lo exija, y que otro laboratorio se sienta en desigualdad de condiciones, en desventaja y bajo amenaza de pérdida de mercado frente a su competencia y acceda también a trasgredir estos códigos, convirtiéndose en un círculo vicioso interminable en el que el único perjudicado es el consumidor final de los medicamentos, es decir, el paciente.

Generación de cambios

Si bien proteger la salud y facilitar el acceso de toda la sociedad a un sistema de salud adecuado es responsabilidad de los gobiernos, para que esto tenga éxito, es responsabilidad de todos los que se encuentran ligados de una u otra manera a la salud de la sociedad mexicana, el transparentar la relación que existe actualmente con la industria farmacéutica para reforzar el compromiso del personal de la salud con el bienestar de los pacientes.

Actualmente, la percepción de la mayoría de los médicos en general de la colaboración de estos con las industrias farmacéuticas y de dispositivos médicos, y de recibir pagos por esta colaboración como "adecuado", y tal vez no nos hemos detenido a pensar en las posibles consecuencias a que esto puede llevarnos, si permitimos que esto suceda.⁵

Será responsabilidad de los laboratorios entonces, hacer llegar a todos los médicos y dar a conocer a la población interesada, los códigos de ética y transparencia de la industria farmacéutica, el código de buenas prácticas de interacción de la Industria Farmacéutica con Organizaciones de pacientes y el código de buenas prácticas de promoción. Esta difusión debe hacerse de manera permanente y continua durante la promoción diaria de los laboratorios farmacéuticos.⁷

En relación a los patrocinios de los protocolos de investigación, es especialmente cuestionable, debido a

que ponen en duda los resultados de los estudios y el carácter científico de las investigaciones. Idealmente, si los laboratorios farmacéuticos tienen interés en apoyar la investigación, podrían aportar los fondos a las instituciones de salud o de investigación directamente para que un comité pueda decidir el destino y la distribución de estos fondos, de esta manera, mantendría a los investigadores sin contacto directo con la empresa patrocinadora y esto llevaría a transparentar y dar confiabilidad a los resultados y a proteger el prestigio y la reputación de los investigadores.⁹

La manera más sencilla de suprimir los patrocinios y organización de eventos con fines promocionales a cargo de los laboratorios, podría ser evitando el pago a médicos ponentes o speakers. De esta manera, los médicos no nos comprometeremos con las farmacéuticas y daremos confiabilidad a nuestras opiniones de expertos y ganaremos respeto por nuestra profesión y nuestros conocimientos con el consiguiente prestigio y admiración social.⁸

En relación a las asociaciones, sociedades, colegios y consejos médicos, se podrían aplicar los mismos principios al recibir fondos de las compañías farmacéuticas para sus actividades académicas y de educación médica continua, evitando así que sus eventos se pudieran convertir en foros de promoción de medicamentos cuyo fin es aumentar la venta de productos de empresas privadas.¹

En relación a los médicos, deberíamos de conocer y leer los códigos que emiten la cámara nacional de la industria farmacéutica y el consejo de ética y transparencia de la industria farmacéutica, con la finalidad de saber los alcances y condiciones a los que están sometidos las compañías farmacéuticas y evitar poner en un conflicto de intereses al personal que labora en estas instituciones.⁴

Todos los profesionales de la salud hemos sido tentados o bien hemos aceptado y asistido a eventos o recibido becas, patrocinios o regalos, sobre todo debido a las actuales condiciones económicas mundiales que también han afectado al gremio médico y que ponen cada vez menos al alcance de nuestras posibilidades el realizar viajes y pagar congresos y cursos para continuar realizando nuestra formación académica, sin embargo, si evitamos este tipo de prácticas, distanciamos la posibilidad de malas interpretaciones o de alguna posibilidad aunque sea remota de alterar nuestra autonomía al momento de prescribir. Si nosotros invertimos en nuestra capacitación continua, no sólo dignificamos y profesionalizamos nuestros eventos científicos, sino también obtendremos el reconocimiento y respeto de nuestros pacientes, sociedad en general, directores de servicios

de salud y estudiantes, residentes y otros profesionales de la salud en formación.⁸

A las entidades farmacéuticas comerciales, tampoco les conviene la disminución del respeto y la desconfianza del público. De ahí que todos salgan ganando, pues del reconocimiento claro de las fronteras entre la práctica médica y la práctica orientada por el lucro, la relación médico-paciente se fortalece y la aportación de las industrias farmacéuticas en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades se revalora positivamente.¹

El modelo de relación que siguen en algunos países europeos reglamenta claramente a la industria farmacéutica limitando e imposibilitando el acercamiento estrecho entre esta y los médicos, evitando regalos, pago de viáticos, honorarios, apoyos y pago a ponentes, pago directo a investigadores, reuniones, cenas, comidas y eventos patrocinados y dirigidos por laboratorios y todo esto con la finalidad de transparentar la relación y permitiendo la libertad y la autonomía del médico sin presiones externas al momento de la prescripción y a pesar de esto, la venta de medicamentos no han tenido una modificación sustancial, pero si ha mejorado la confianza y el respeto de los pacientes hacia los profesionales de la salud.²

Si los laboratorios farmacéuticos y las asociaciones, consejos, colegios y sociedades, así como los médicos adoptaran estas políticas, aunque en un inicio se podría pensar que cumplir con estas disposiciones los pone en desventaja sobre quienes no los aplican, a medida que los directivos y presidentes de estas instituciones reconozcan la necesidad de transparentar la práctica médica y los principios éticos que guían la práctica médica de la industria farmacéutica comercial, la profesión tenderá a mantener la confianza pública y privada.

Finalmente, los costos iniciales quedarán a un lado cuando la profesión médica sea más redituable en términos de honestidad y confianza.

REFERENCIAS

1. Halabe J, Garcia E. La ética médica profesional y las prácticas de las industrias farmacéuticas. *Gac Méd Méx.* 2006; 142(6): 439-440.
2. Brennan TA, Rothman DJ, Blank L, et al. Health Industry Practices That Create Conflicts of Interest. A Policy Proposal for Academic Medical Centers. *JAMA* 2006;295(4):429-433.
3. Snyder L, Leffler C. Ethics and Human Rights Committee. American College of Physicians. Ethics Manual. 5th ed. *Ann Inter Med* 2005;142: 560-582.
4. Códigos de la industria farmacéutica establecida en México: Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica; Consejo de Ética y transparencia de la industria farmacéutica. [Acceso 15-02-2011]. Disponible en: http://www.canifarma.org.mx/descargables/04_cetifarma/02_CODIGOS_IF.pdf.
5. Ross JS, Keyhani S, Korenstein D. Appropriateness of Collaborations between Industry and the Medical Profession: Physicians' Perceptions. *Am J Med.* 2009;122:955-960.
6. Nierbyl J. The pharmaceutical industry: friend or foe? *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198(4): 435-439.
7. Brody H. The Company We Keep: Why Physicians Should Refuse to See Pharmaceutical Representatives. *Ann Fam Med.* 2005; 3(1): 82-85.
8. Alpert JS. Doctors and Drug Industry: Further Thoughts for Dealing with Potential Conflicts of Interest? *Am J Med.* 2008; 121(4): 253-255.
9. Alasbali T, Smith M, et al. Discrepancy between results and abstract conclusions in Industry- vs nonindustry-funded studies comparing topical prostaglandins. *Am J Ophthalmol* 2009; 147: 33-38.



64 Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia

Ginecología y Obstetricia a la Vanguardia

"La tradición continúa..."



64
CMGO 2013
WTC Ciudad de México
27 al 31 de Octubre



| Fechas | hasta el 31 de enero de 2013 | 1 de Febrero hasta el 30 de Junio de 2013 | 1 de julio hasta el 11 de Octubre de 2013 | Durante el 64 CMGO |
|--------------|------------------------------------|--|--|-----------------------|
| Federados | \$ 5,000 | \$ 6,000 | \$ 6,500 | \$ 7,500 |
| No Federados | \$ 6,000 | \$ 7,000 | \$ 7,500 | \$ 8,500 |
| Residentes | \$ 1,500 | \$ 1,500 | \$ 1,500 | \$ 1,500 |
| Acompañantes | \$ 2,000 | \$ 2,300 | \$ 2,600 | \$ 3,000 |



INSCRIPCIONES
Registro exclusivamente
a través de la página:
www.comego.org.mx

- Cierre de registro en línea 11 de octubre
- Usted podrá inscribirse en sitio, garantizando la entrega de su material
- Usted deberá determinar antes del 11 de octubre sus cursos Pre y Trans Congreso, de forma contraria serán asignados automáticamente de acuerdo a la disponibilidad de cursos

INFORMES

Torre WTC | Montecito # 38 | Piso 29 | Oficina 21 | Col. Nápoles | Del. Benito Juárez | C.P. 03810 | México D.F.
Tel.: 9000 - 3160 . congreso@comego.org.mx

Cumplimiento de las obligaciones en la atención médica y comunicación efectiva

Accomplishment of obligations in medical care and effective communication

Esther Vicente-González,¹ Francisco Vicente Venegas-Páez,¹ Dante A. Barrón-Saldaña,¹ Guadalupe Consuelo Palomo-Monroy,¹ Jorge Martínez-López¹

RESUMEN

Masculino de cuatro años de edad. Refirió la madre que en julio de 2011, fue ingresado a Neurocirugía de un hospital de tercer nivel de atención con el diagnóstico de quiste aracnoideo temporal izquierdo; se indicó tratamiento farmacológico y fue egresado con cita para resonancia magnética nuclear (RMN), pero ante la persistencia de los síntomas, acudió a un hospital pediátrico público donde se aplicó sistema de derivación subdura-peritoneal por hematoma subdural.

Palabras clave: comunicación médica, quiste aracnoideo, queja médica.

ABSTRACT

Four years old male. His mother reported that in July 2011, he was admitted in Neurosurgery service of a tertiary care hospital, with diagnosis of left-temporal arachnoid cyst; it was indicated drug treatment and

the patient was discharged with an appointment to nuclear magnetic resonance (NMR), but symptoms persisted, so they went to a public pediatric hospital where a subdural peritoneal derivation system was applied to solve a subdural hematoma.

Key words: Medical communication. Arachnoid cyst. Medical complaint.

Resumen del caso

25/julio/11: Hospital de 3er Nivel de Atención. Antecedente de caída hace dos meses de un metro de altura, por lo que sufrió traumatismo en la cabeza, sin deterioro neurológico. Hace un mes refirió visión borrosa, diplopía, estrabismo convergente del ojo izquierdo y cefalea occipital moderada de predominio nocturno. Acudió con un neurocirujano particular 15 días previos; se realizó tomografía axial computada (TAC) y

se refirió a la institución. Exploración Física (EF) sin focalización. Reporte de TAC del 13/julio/11 con Quiste aracnoideo temporal izquierdo Galassi tipo II, con Higroma frontoparietal izquierdo asociado, con escasa desviación de la línea media. Se ingresó para tratamiento esteroideo con dexametasona y preparación para fenestración endoscópica y derivación cistoperitoneal.

26/julio/11: Afebril, con Signos Vitales (SV) estables, toleró dieta. EF sin alteraciones. El día siguiente le sería realizado un electroencefalograma (EEG), por lo cual debía desvelarse a partir de las 02:00 horas.

29/julio/11: Nota de egreso. Durante su estancia cursó sin deterioro neurológico. Se realizó EEG que reportó: 1) Actividad de base con disminución en la amplitud en la región frontal y central izquierda. 2) Lentificación generalizada con brotes delta y lentificación de alto voltaje en

¹ Dirección General de Conciliación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Folio 214/12 Artículo recibido: 02-11-2012 Artículo reenviado: 04-12-2012 Artículo aceptado: 05-12-2012

Correspondencia: Dr. Francisco Vicente Venegas-Páez, Dirección General de Conciliación, CONAMED, Mitla, 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C. P. 03020, México D. F. Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx

región occipital de hemisferio cerebral izquierdo. 3) Menor integración de grafoelementos de sueño en hemisferio cerebral izquierdo. Sin presencia de actividad paroxística. Se programó RMN para el 12/ago/11, por lo que se egresó a la Consulta Externa de Neurocirugía; se informó de datos de alarma neurológica.

02/agosto/11: Urgencias de Hospital Pediátrico. Antecedente de Trauma de cráneo de dos meses. Contaba con TAC del 13/julio/11, donde se observaron imágenes sugestivas de Hematoma subdural frontal izquierdo. Estuvo hospitalizado en tercer nivel, donde se realizó diagnóstico de Quiste aracnoideo, en ese momento no presentaba sintomatología neurológica, pero acudió por segunda opinión. Despierto, reactivo, Glasgow 15 puntos, sin movimientos anormales, reflejos pupilares adecuados; neurológicamente estable. Se solicitó nuevo control tomográfico y valoración por Neurocirugía quienes decidieron manejo quirúrgico. Impresión Diagnóstica: Hematoma subdural crónico. Ingresó para derivación subduroperitoneal.

04/agosto/11: Valoración Anestésica. Riesgo ASA BE1, técnica propuesta anestesia general balanceada. Se realizó derivación subduroperitoneal sin complicaciones. En la Descripción de la técnica de la Solicitud y Registro de Intervenciones Quirúrgicas se asentó: "Observando salida de LCR [líquido cefalorraquídeo] (Hematoma subdural crónico), presión aumentada" [sic]. Reporte de citología del líquido obtenido en la cirugía: incoloro, transparente, células 1, glucosa 59, microproteínas 18, cloruros 119, lactato 1.7, pH 7.8.

05/agosto/11: Evolución Neurocirugía. Hematoma subdural crónico, postoperatorio de colocación de sistema de derivación subduroperitoneal. Despierto, Glasgow 15 puntos. Neurológicamente íntegro, se inició vía oral, tolerada adecuadamente.

Nota de Egreso. Se realizó Derivación subduroperitoneal sin incidentes, reporte de Citológico: Incoloro, transparente, células 1, glucosa 59, microproteínas 18, cloruros 119, lactato 1.7, pH 7.8, Pandy negativo. Clínicamente sin datos de Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Cefalexina 250 mg tomar 5 ml c/8h por siete días, Paracetamol 2ml c/8 h por tres días. Se informó sobre datos de alarma neurológica y se egresó con cita a la Consulta Externa de Neurocirugía.

Resumen de la Audiencia de Conciliación

La quejosa ahondó en que su menor hijo fue referido al tercer nivel de atención por un neurocirujano, por la necesidad inmediata de cirugía de drenaje del hematoma; empero, fue egresado sin tratamiento porque en esa institución no funcionaba la RMN.

El representante médico del hospital de tercer nivel, jefe del servicio de Neurocirugía, explicó a la quejosa los hallazgos referidos en el expediente clínico, así como el fundamento clínico de quiste aracnoideo, además de los criterios clínicos y de imagenología para diferenciarlo de un hematoma. Explicó que el tratamiento indicado era la fenestración endoscópica y expuso las complicaciones asociadas a la colocación de un sistema de derivación. Mencionó que la justificación del egreso era la ausencia de sintomatología y la programación de la RMN; asimismo, refirió desconocer que en ese momento no servía el aparato.

La explicación médica proporcionada, no satisfizo a la promotora; ésta, amplió la información respecto a que, posterior al procedimiento quirúrgico, el médico tratante en el hospital pediátrico "le mostró un frasco con sangre, asegurándole que era el hallazgo quirúrgico"; notificó que, entonces, solicitaría un informe por escrito al médico tratante

que diera sostén científico al hallazgo mencionado.

Con la finalidad de proteger la salud del menor, los representantes de esta Comisión pidieron a la quejosa su autorización para solicitar el seguimiento del caso a la parte prestadora, pero no fue aceptado aduciendo pérdida de la confianza en la institución.

La Audiencia de Conciliación se concluyó como no conciliada, dejando a salvo los derechos de las partes.

En la evaluación por parte de los conciliadores, se identificaron como causas que generaron la queja: explicación del médico e indemnización.

Análisis Médico

En su revisión de 2010, Vega-Sosa concreta: los quistes aracnoideos intracraneales (OA) son colecciones extracerebrales benignas (cavidades con un contenido similar al LCR), frecuentemente comunicados con el espacio subaracnoideo, rodeadas por una membrana aracnoidea indistinguible histológicamente de la aracnoidea sana.

Representan el 1% de las lesiones intracraneales ocupantes de espacio y predominan en niños. Aunque se han descrito en todas las edades, son característicos de la infancia.

La hipótesis etiológica con mayor aceptación es la embrionaria, otras hipótesis indican que se producen por la secreción de sustancias al espacio subaracnoideo desde el sistema venoso. Su distribución es variada.

Las manifestaciones clínicas dependen de diversos factores como la edad, la localización, el tamaño y la forma de presentación; la distinción con otras patologías intracraneales se establece a partir de la correlación con los estudios de imagen. Los signos y síntomas se producen por diversos mecanismos:

1. Compresión o irritación de estructuras adyacentes,

2. Efecto de masa intracraneal,
3. Trastornos en la circulación del líquido cefalorraquídeo.

Los QA se clasifican según criterios radiológicos, de localización o de la comunicación o no con el espacio subaracnoideo. Galassi y colaboradores, estratificaron los quistes aracnoideos de la fosa media en tres tipos:

- Tipo I: quistes situados en la cara anterior del lóbulo temporal sin aparente efecto de masa.
- Tipo II: quistes de tamaño medio localizados en la parte anterior y media de la fosa temporal; con frecuencia comprimen el lóbulo temporal.
- Tipo III: quistes de gran tamaño, de forma oval o redonda, que ocupan la totalidad de la fosa temporal y tienen un gran efecto de masa.

La TAC continúa siendo el método diagnóstico por excelencia. La RMN es una herramienta útil para realizar un diagnóstico completo y adecuado, los quistes se aprecian como lesiones con características similares a las del líquido cefalorraquídeo.

Tratamiento: En 1923, Demel, tras una revisión de la literatura, concluyó que el mejor tratamiento era la trepanación con drenaje o la exéresis. En el manejo de los quistes aracnoideos, los aspectos fundamentales son la indicación de tratamiento (quirúrgico o vigilancia) y la elección de la técnica quirúrgica más adecuada. El objetivo principal es la descompresión del quiste, con o sin derivación asociada del contenido.

Por otra parte, la derivación cistoperitoneal permite el vaciamiento progresivo del quiste hacia el peritoneo. Aunque es un método seguro, se deben reconocer los riesgos de obstrucción, infección y dependencia del sistema valvular.

Actualmente la neuroendoscopia

se ubica como un procedimiento mínimamente invasivo y ha demostrado su eficacia y seguridad en el tratamiento de los quistes aracnoideos, por lo que diversos autores recomiendan la fenestración endoscópica como procedimiento de primera elección en los quistes aracnoideos intracraneales. Las complicaciones del tratamiento quirúrgico están relacionadas con la ubicación y el tamaño del quiste, más que con el método quirúrgico empleado.¹

Por su parte, Sosa y Rodríguez coinciden que el objetivo del tratamiento de los QA sintomáticos es lograr una comunicación permanente del flujo de LCR entre el quiste y el espacio aracnoideo. Las opciones terapéuticas son: fenestración microquirúrgica, fenestración endoscópica y *shunt* desde el quiste. La ventaja de la fenestración quirúrgica, ya sea por microcirugía o endoscopia, es la baja morbimortalidad de ambos métodos y el poder mantener al paciente independiente de un *shunt* definitivo.²

Existen numerosos casos clínicos aislados que recogen esta relación y pocas series amplias que los analicen en detalle reportes de QA asociado con hematoma subdural crónico; Gelabert-González realiza el reporte de 12 casos, todos adultos, diagnosticados y tratados durante 25 años en el Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Menciona que, dado que el hematoma subdural crónico es una colección de sangre en diversas fases de degradación, localizada en el espacio subdural que crece de forma lentamente progresiva ocasionando una sintomatología, habitualmente de bajo nivel, su asociación debe hacer pensar siempre en la posibilidad de que exista algún factor sobreañadido para su desarrollo, entre los que se encuentran las válvulas de derivación ventricular, fístulas espontáneas de LCR, etcétera, o un QA y refiere que Page *et al*, propusieron dos teorías:

- a) Tras un trauma craneal se producirían cambios en el flujo del LCR que llevarían a facilitar la rotura de venas puente o de vasos en la pared del quiste, y
- b) Al tener los QA menos distensibilidad que el parénquima cerebral, favorecería que tras un traumatismo de poca intensidad las venas puente se rompiesen con mayor facilidad, ya sea *ipso* o contralateralmente, produciéndose, así, un hematoma subdural.³

Con relación a la mala práctica, Tena-Tamayo expone que de los casos que se resuelven a través de la conciliación o el arbitraje, en el 62% del total, no hay mala práctica. De los dictámenes realizados, por parte de esta Comisión, a petición de las autoridades de procuración justicia o las contralorías, en el 40% no hay mala práctica. Resalta pues que a pesar de este bajo porcentaje de quejas con mala praxis, haya un alto índice de inconformidad respecto a la atención médica. Está bien identificada la inadecuada comunicación al paciente sobre su problema de salud, pronóstico, tratamiento y estudios o expectativas, lo que constituye el "detonante primario" de las quejas. En más del 30% de los casos que atiende la CONAMED un médico opinó en contra de otro.⁴

Martínez-Ramírez y Chávez-Ramírez identifican que los factores de inhibición de la calidad en los hospitales públicos fueron: una deficiente coordinación y comunicación entre los servicios (áreas) en 33%, al igual que una comunicación inadecuada (no asertiva) en el mismo porcentaje.⁵

Análisis Jurídico

En todo acto de atención médica, el personal de salud debe cumplir con tres premisas fundamentales:

- Obligación de medios: la correcta aplicación de las medidas de sostén terapéutico. Determinando éstas en término de su libertad prescriptiva y en concordancia con la *lex artis*.
- Obligación de seguridad: el deber de evitar siniestros. Uso correcto y mantenimiento de aparatos y equipos.
- Obligación de resultados: Infrecuentes en cuanto al tratamiento médico; la exigibilidad de la protección de los derechos.⁶

Además, debe fundar su actuación en los cuatro principios bioéticos:

1. Principio de no maleficencia: este principio ya se formuló en la medicina hipocrática; enuncia que, ante todo, no se debe hacer daño al paciente.
2. Principio de beneficencia: se trata de la obligación de hacer el bien, respetando la autonomía del paciente, sus valores, modo de vivir y deseos. No es lícito imponer a otro nuestra propia idea del bien.
3. Principio de autonomía o de libertad de decisión: es la obligación de respetar los valores y opciones personales, de cada individuo, en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente. De aquí se deriva el consentimiento libre e informado de la ética médica actual. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción.^{7 8}
4. Principio de justicia: consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios.⁸

De lo anterior, podemos estable-

cer que si bien en el hospital de tercer nivel de atención se realizó el estudio adecuado del caso y la valoración de los auxiliares de diagnóstico, aportados por la madre del paciente, fue inadecuada la comunicación de la decisión y la justificación del egreso temporal,⁹ es decir, no se estableció un diálogo que permitiera retroalimentaciones recurrentes y sistemáticas que fomentara el completo entendimiento por parte de la usuaria de las decisiones médicas; además que existió responsabilidad institucional al carecer de los estudios auxiliares de diagnóstico necesarios, o contar con un convenio para la realización de éstos,¹⁰ por lo que no se cumplió con la obligación de seguridad.

Aunque la atención en el hospital pediátrico no fue causa de queja,¹¹ es necesario destacar que del análisis de su expediente clínico se desprenden dos anomalías:

1. Pese a que se menciona que en el tercer nivel se diagnosticó un OA y que al momento de la atención no presentaba sintomatología neurológica, la madre optó por solicitar una segunda opinión. Este segundo prestador, solicitó nuevo control tomográfico; mediante este estudio, aunado al antecedente radiológico, se dictaminó el diagnóstico de hematoma subdural crónico; por ello, decidieron realizarle una derivación subduroperitoneal, sin agotar los estudios disponibles para descartar el diagnóstico de OA; esto constituye una falta a las obligaciones de medios.
2. En la solicitud y registro de intervenciones quirúrgicas, de la craneotomía, se asentó: "Observando salida de LCR (Hematoma subdural crónico), presión aumentada"; acorde con esta información, al momento de la realización de este

procedimiento se obtuvo LCR compatible con un hematoma. Esta afirmación, no cuenta con sustento histopatológico, dado el reporte del estudio citológico efectuado al LCR: incoloro, transparente, células 1, glucosa 59, microproteínas 18, cloruros 119, lactato 1.7, pH 7.8.

3. Resulta contradictorio el hecho de que el médico que operó al menor, haya mostrado un frasco con material obtenido del procedimiento quirúrgico, supuestamente de características hemáticas, lo que es incompatible con el estudio histopatológico ya enunciado. Esto manifestaría una falta del prestador del servicio –recordar que esta afirmación está sustentada en lo enunciado por la madre–, al soslayar los principios de beneficencia y de autonomía, ya que pretendió ajustar la evidencia a la satisfacción de su diagnóstico.

Conclusión

Tras el análisis del caso, no se establecieron elementos objetivos de mala práctica médica por parte del primer prestador del servicio médico. Con los componentes del protocolo de diagnóstico ejecutados, pudo determinarse que el padecimiento no correspondía a una urgencia calificada, por lo cual su resolución quirúrgica podía realizarse en forma electiva.

El trasfondo de la inconformidad se basa en una deficiente comunicación entre los prestadores de los servicios y los usuarios y al interior de las propias instituciones; de haberse expuesto detallada e inteligiblemente la situación de salud del menor, y el plan terapéutico más apropiado, probablemente no se hubiera suscitado ninguna inconformidad. De igual forma, al no contarse con la RMN, el personal encargado debió informar al personal de salud sobre

esta carencia, con el fin de tomar las providencias pertinentes y a su vez comunicarlo a los usuarios, para influir de manera favorable en la percepción de la calidad de los servicios.

Dadas estas anomalías en la comunicación interinstitucional, en el hospital de tercer nivel no se cumplieron las obligaciones de seguridad al carecer de los estudios auxiliares de diagnóstico, o contar con un convenio para realizar tales estudios.

Además, cabe destacar que en el hospital pediátrico no se cumplieron las obligaciones de medios, al no realizar todos los auxiliares de diagnóstico necesarios, como lo era la RMN, estudio indispensable para descartar el diagnóstico diferencial, esto es el OA. Ya que fue descartada la presencia de un hematoma en una unidad de mayor capacidad resolutoria, el segundo prestador del servicio médico debió cumplir con el protocolo de diagnóstico mínimo, que confirmara la ausencia del OA; esto traduce impericia.

Haciendo eco de las recomendaciones de Luna-Ballina, que postula que "el conflicto entre individuos surge cuando el satisfactor a obtener es el mismo para ambos y que puede presentarse un conflicto posterior a la acción cuando no se obtienen los resultados que se esperaban, lo que puede provocar decepción, desencanto o culpa, las crisis se pueden evitar o controlar, dependiendo de las previsiones que se tomen. Cuando no existe información suficiente, clara y oportuna; comunicación óptima, confianza, respeto y credibilidad, etcétera, las crisis pueden acrecentarse, el control de la situación se pierde y por lo tanto, se generan rupturas y daños irreparables",⁹ recomendamos:

1. Los servicios auxiliares de diagnóstico deben notificar al personal operativo la disponibilidad de los mismos. Los responsables de las unidades de atención médica deben garantizar la notificación oportuna y establecer las estrategias de solución, para que se brinde continuidad a la atención ("Utilizar la técnica de construcción de escenarios, con la finalidad de construir alternativas ante futuras contingencias. La capacidad de diseñar escenarios y aprender a través de ellos, permitirá optimizar el rendimiento en el manejo de una crisis".⁹)
2. El médico tratante debe proporcionar información de manera clara y sencilla del pronóstico y del plan terapéutico, en caso de requerir un alta transitoria, deberá garantizar que la información proporcionada sea comprendida y se puntualicen las acciones del plan terapéutico.

REFERENCIAS

1. Vega-Sosa A, de Obieta-Cruz E, Hernández-Rojas MA. Quistes aracnoideos intracraneales. *Cir Cir.* 2010; 78 (6): 556-562.
2. Sosa F, Rodríguez F, Palma F, Zuccaro G. Presentación inusual de los quistes aracnoideos. *Rev Argent Neuroc.* 2006;20:121-125.
3. Gelabert-González M, Castro-Bouzas D, Arcos-Algaba A et al. Hematoma subdural crónico asociado a quiste aracnoideo. Presentación de 12 casos. *Neurocirugía.* 2010;21(3): 222-227.
4. Tena-Tamayo C. La demanda como efecto de la mala comu-

nicación médico-paciente. *Rev. CONAMED.* 2002;7(3):15-18.

5. Martínez-Ramírez A, Chávez-Ramírez S, Cambero-González EG, Ortega-Larios EK, Rojas-Jiménez Z. Factores Inhibidores de la Calidad en los Servicios de Salud. Análisis desde la perspectiva de los Hospitales privados y públicos. *Rev CONAMED.* 2009;14(4):5-14.
6. Casa Madrid-Mata O. La atención médica y el derecho sanitario. México: Ciencia y Cultura Latinoamericana; 1999. p.10-12.
7. Azulay-Tapiero A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? *An Med Interna.* 2001;18(12):650-654.
8. Vargas-Chávez MY, Cortes Villarreal G. Una reflexión sobre valores y principios bioéticos en la práctica de Enfermería. *Rev Mex Enferm Cardiol.* 2010;18(1-2):43-45.
9. Luna-Ballina M. Los DIEZ Principios Básicos de las Relaciones Interpersonales en la Atención Médica. México: CONAMED; 2008. p. 23-24.
10. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. México: Secretaría de Salud; 1986. Disponible en [Acceso 06-01-2012]: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html>.
11. Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. [acceso 06-01-2012] Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/conocenos/re-gproc.php?seccion=78>.



INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES DE LA REVISTA CONAMED

La Revista CONAMED es la publicación oficial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Con una periodicidad trimestral, publica artículos en idiomas español e inglés, que favorezcan un mejor entendimiento de la Medicina, Enfermería, Derecho y profesiones afines, para la prevención y atención del conflicto derivado del acto médico: seguridad del paciente, calidad de la atención médica, ética profesional, formación de profesionales de la salud y el derecho, error médico y su prevención, así como temas relacionados con los medios alternos de solución de conflictos, derechos humanos y otros afines al acto médico.

Los textos propuestos a la Revista deberán cumplir con los lineamientos establecidos en las Instrucciones para Autores (cuya versión detallada se encuentra disponible en <http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/instrucciones.pdf>) serán sometidos al proceso doble ciego de revisión por pares y a la aprobación del Consejo y Comité Editoriales, que evaluarán el contenido de cada material, dictaminarán en un período no mayor a 45 días y se notificará al autor de contacto sobre el resultado de dicho dictamen.

Todos los artículos deberán incluir una página inicial, la cual consta de:

- Título en español e inglés con una extensión máxima de 15 palabras; título en español corto, no mayor a 7 palabras.
- Nombre del autor(es) y cargos institucionales
- Nombre, descripción, teléfono, dirección postal y correo electrónico del autor responsable de la correspondencia (Autor de contacto).
- Las fuentes de financiamiento de la investigación y los posibles conflictos de interés de los autores, cuando aplique.
- Palabras clave en español e inglés. Para ello se recomienda emplear los términos de la versión más reciente del vocabulario de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y del Medical Subject Headings del Index Medicus.

- Las referencias bibliográficas deben cumplir los Requisitos Uniformes para Manuscritos enviados a las Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas). Cuadro 1.

Secciones de la Revista CONAMED:

Editorial, Artículos Originales, Artículos de Revisión, Artículos de Opinión, Cartas al Editor, El caso CONAMED, Recomendaciones, Noticias CONAMED.

Presentación y entrega del manuscrito, cuadros y figuras.

Los trabajos remitidos deberán ser mecanografiados con el procesador de textos Word, a uno y medio espacios (uno y medio renglón) en todo su contenido (incluyendo página inicial, resúmenes, texto, referencias, cuadros y pies de figuras), en tamaño carta, con márgenes de 3 cm. Las páginas deberán numerarse consecutivamente. Los trabajos deberán enviarse en formato digital, por vía correo electrónico, en disquete de 3 1/2 o CD. Los cuadros y las figuras deberán enviarse en archivos separados del texto, en los formatos originales en que se crearon (Word™, Excel™, Powerpoint™, Photoshop™, Illustrator™, etc.) y cumplir las especificaciones de las Instrucciones para Autores, disponibles en la página web de CONAMED.

Los trabajos deberán enviarse a:

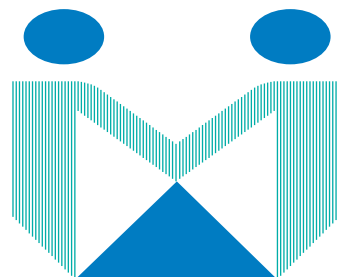
Revista CONAMED

Mitla 250, Esq. Eje 5 Sur (Eugenia), piso 8.
Col. Vértiz Narvarte, Delegación Benito Juárez,
C.P. 03020 México, D.F.
Tels: (55)5420-7143, (55)5420-7106 o (55)5420-7103.
Fax: (55)5672-1127.
revista@conamed.gob.mx.

| TIPO DE PUBLICACIÓN | EJEMPLO |
|--------------------------------------|--|
| Revistas | Rodríguez-Suárez J, Mata-Miranda R. Calidad de la práctica médica y medicina basada en evidencia. Rev CONAMED. 2007 Abr-Jun; 12: 8-12. |
| Revistas, más de 6 autores | Rivera-Hernández ME, Rosales-Delgado F, Aguirre-Gas HG, Campos-Castolo EM, Tena-Tamayo C et al. Recomendaciones específicas para el manejo del síndrome doloroso abdominal en los servicios de urgencias. Rev CONAMED. 2007 Jul-Sep; 12: 4-23. |
| Revistas, volumen con suplemento | Rivas-Espinosa JG, Álvarez-Sanvicente ME, Cruz-Santiago C, Martínez-Salamanca FJ, Aguilera-Rivera M, Ibáñez-Chávez D. Etiquetas diagnósticas en pacientes hospitalizadas con diagnóstico de cáncer cérvico-uterino. Rev CONAMED. 2008; 13 Supl 2: 23-29. |
| Libros | Luna-Ballina M. Los diez principios básicos de las relaciones interpersonales en la atención médica. México: CONAMED; 2008. 187 p. |
| Capítulos de libros | García-Torices LM, Martínez-López S. Comunicación educativa: enfoques. En: Tena-Tamayo C, Hernández-Orozco F. La comunicación humana en la relación médico-paciente. 2ª ed. México: Prado; 2007. p. 257-272. |
| Documentos con formato electrónico | Comisión Nacional de Arbitraje Médico (México). Consentimiento válidamente informado. Conclusiones. [acceso 30-08-2010]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/cvi_conclusiones.zip . |
| Página web académica | Instituto de Investigaciones Epidemiológicas [Internet]. Seguridad del paciente y error en medicina. Buenos Aires: Academia Nacional de Medicina; 2001. [acceso 30-08-2010]. Disponible en: http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/ . |
| Publicación dentro de una página web | Comisión Nacional de Arbitraje Médico [Internet]. México: CONAMED; c2007. [actualizado 18-06-2010; acceso 30-08-2010]. Fajardo-Dolci G. La certificación de médicos generales es uno de los medios para garantizar la calidad de la atención médica en el país. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/interiores.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/prensa/2010/&destino=cert_medicos_grales.php&seccion=79 . |
| Blogs académicos | Holt M. The Health Care Blog [Internet]. San Francisco: Matthew Holt. 2003 Oct - . [acceso 30-08-2010]. Disponible en: http://www.thehealthcareblog.com/the_health_care_blog/ . |
| Normas y leyes (Dos ejemplos) | a) Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. NOM-168-SSA1-1998. México: Secretaría de Salud; 1998. [acceso 30-08-2010]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/norma_oficial.pdf . b) Secretaría del Medio Ambiente (México). Ley de Protección Ambiental. Diario Oficial de la Federación, 15 de mayo de 1999. |
| Jurisprudencia | Suprema Corte de Justicia de la Nación (México). Transparencia y acceso a la información pública gubernamental. El artículo 14, fracción I, de la ley federal relativa, no viola la garantía de acceso a la información. Tesis 2a. XLIII/2008, tesis aislada. En: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. 9a época. t. XXVII, abril 2008. p. 733. Registro IUS: 169772. Disponible en: http://200.38.163.161/UnaTesisInkTmp.asp?nlus=169772 |

Cuadro 1. Ejemplos de la forma de citar las referencias bibliográficas, tipos de publicación más frecuentes.

Consulte las Instrucciones para Autores en extenso:
<http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/instrucciones.pdf>



**COMISION NACIONAL
DE ARBITRAJE MEDICO**

Atención y asesoría CONAMED
Teléfono (55) 5420-7000
Lada sin costo: 01 800 711 0658
orientacion@conamed.gob.mx

Agradecemos la distribución de este ejemplar a:



Salud con Innovación
y Transparencia