

■ **Editorial** ■ **Editorial**

El ejercicio de la medicina en la era de la tecnología
The practice of medicine in the age of technology
 José Meljem Moctezuma

■ **Artículos Originales** ■ **Original Articles**

Evaluación de indicadores de proceso en un hospital psiquiátrico en México
Evaluation of process indicators in a psychiatric hospital in Mexico
 Hilda Martínez Vargas, Rita de Guadalupe Martínez Rocha, Claudia Glafira Martínez Saldaña,
 Martha Landeros López

Conocimiento de la Guía de Práctica Clínica de triaje por personal de enfermería
Nursing staff knowledge of the Practical Clinical Guide of triage
 Ricardo Abraham Molina Alvarez, Etelvina Zavala Suárez

Calidad de las notas pre, trans y post anestésicas y su relación con la antigüedad del trabajador
Quality of pre, trans and post anesthetic notes and their relation with the worker's seniority
 Juan Gómez Torres, Horacio Márquez González, Fanny Elizabeth García Jiménez, Enrique Leobardo Ureña Bogarín

Conocimiento sobre responsabilidad profesional en la atención médica: ¿falta de actitud, interés o educación?
Knowledge on professional responsibility in medical attention: lack of attitude, interest or education?
 Raúl Tachiquín Sandoval, Ana Cecilia Romero Escobedo, Luis Alejandro Padilla Villalobos

■ **Artículos de Revisión** ■ **Review Articles**

Aspectos legales del error médico en México
Legal aspects of medical error in Mexico
 Nancy H. Santamaría Benhumea, Adriana Garduño Alanís, José A. de la Rosa Parra, A. Marlen Santamaría Benhumea, José P. Rueda Villalpando, Javier E. Herrera Villalobos

■ **Artículos de Opinión** ■ **Opinion Articles**

25 años de investigación sobre la violencia obstétrica en México
25 years of research on obstetric violence in Mexico
 Roberto Castro, Joaquina Erviti

■ **Comunicaciones breves** ■ **Brief Communications**

La Red Regional Mexicana Cochrane
The Mexican Cochrane Regional Web
 Alejandro G. González Garay





CAEMEC

Centro Académico de Educación Médica Continua
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

CURSO

Prevención del Conflicto Derivado del Acto Médico

Fechas

25 de marzo al 8 de mayo de 2014
martes y jueves
9:00 a 15:00 hrs.

11 al 15 de agosto de 2014
lunes a viernes
9:00 a 15:00 hrs.

22 al 26 de septiembre de 2014
lunes a viernes
9:00 a 15:00 hrs.

Objetivo

Analizar la vinculación de los principios éticos y legales en la regulación de la práctica de la medicina cotidiana de los profesionales de la salud, 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 titulados.

Acreditación

Constancia con valor curricular.

30 horas presenciales y 10 horas de trabajo autónomo.

Cupo limitado

Informes

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)

Dirección General de Difusión e Investigación

Teléfonos: 5420-7148, 5420-7093, 5420-7113.

Correo electrónico: cursoprevencionconflicto@conamed.gob.mx

www.conamed.gob.mx

↳ Sección Eventos

↳ Centro Académico de Educación Continua

↳ Curso Prevención del Conflicto Derivado del Acto Médico



CONTENIDO*Editorial*

El ejercicio de la medicina en la era de la tecnología	3
José Meljem Moctezuma	

Artículos Originales

Evaluación de indicadores de proceso en un hospital psiquiátrico en México	4 - 10
Hilda Martínez Vargas, Rita de Guadalupe Martínez Rocha, Claudia Glafira Martínez Saldaña, Martha Landeros López	

Conocimiento de la Guía de Práctica Clínica de triaje por personal de enfermería	11 - 16
Ricardo Abraham Molina Álvarez, Etelvina Zavala Suárez	

Calidad de las notas pre, trans y post anestésicas y su relación con la antigüedad del trabajador	17 - 22
Juan Gómez Torres, Horacio Márquez González, Fanny Elizabeth García Jiménez, Enrique Leobardo Ureña Bogarín	

Conocimiento sobre responsabilidad profesional en la atención médica: ¿falta de actitud, interés o educación?	23 - 31
Raúl Tachiquín Sandoval, Ana Cecilia Romero Escobedo, Luis Alejandro Padilla Villalobos	

Artículos de Revisión

Aspectos legales del error médico en México	32 - 36
Nancy H. Santamaría Benhumea, Adriana Garduño Alanís, José A. de la Rosa Parra, A. Marlen Santamaría Benhumea, José P. Rueda Villalpando, Javier E. Herrera Villalobos	

Artículos de Opinión

25 años de investigación sobre la violencia obstétrica en México	37 - 42
Roberto Castro, Joaquina Erviti	

Comunicaciones breves

La Red Regional Mexicana Cochrane	43 - 45
Alejandro G. González Garay	

CONTENTS*Editorial*

The practice of medicine in the age of technology	3
José Meljem Moctezuma	

Original Articles

Evaluation of process indicators in a psychiatric hospital in Mexico	4 - 10
Hilda Martínez Vargas, Rita de Guadalupe Martínez Rocha, Claudia Glafira Martínez Saldaña, Martha Landeros López	

Nursing staff knowledge of the Practical Clinical Guide of triage	11 - 16
Ricardo Abraham Molina Álvarez, Etelvina Zavala Suárez	

Quality of pre, trans and post anesthetic notes and their relation with the worker's seniority	17 - 22
Juan Gómez Torres, Horacio Márquez González, Fanny Elizabeth García Jiménez, Enrique Leobardo Ureña Bogarín	

Knowledge on professional responsibility in medical attention: lack of attitude, interest or education?	23 - 31
Raúl Tachiquín Sandoval, Ana Cecilia Romero Escobedo, Luis Alejandro Padilla Villalobos	

Review Articles

Legal aspects of medical error in Mexico	32 - 36
Nancy H. Santamaría Benhumea, Adriana Garduño Alanís, José A. de la Rosa Parra, A. Marlen Santamaría Benhumea, José P. Rueda Villalpando, Javier E. Herrera Villalobos	

Opinion Articles

25 years of research on obstetric violence in Mexico	37 - 42
Roberto Castro, Joaquina Erviti	

Brief Communications

The Mexican Cochrane Regional Web	43 - 45
Alejandro G. González Garay	

Editor

Dr. José Meljem Moctezuma

Editor Adjunto

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

Consejo Editorial

Dr. Luis Alberto Villanueva Egan

Lic. Esther Vicente González

Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez

Lic. Bertha Laura Hernández Valdés

Dr. Juan Francisco Javier Millán Soberanes

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. Enrique Luis Graue Wiechers

Facultad de Medicina, UNAM, México

Mtra. Dolores Zarza Arizmendi

Escuela Nacional de Enfermería y

Obstetricia, UNAM, 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

Dra. Aura del Río Zolezzi

Centro Nacional de Equidad de Género y

Salud Reproductiva, México

Dr. Bremen De Mucio

Centro Latinoamericano de Perinatología, Uruguay

Martie Hatlie

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

Subcomité de Ética Editorial

Dra. Magda Luz Atrián Salazar

Dra. Abeline Escamilla Ortíz

Dr. Norberto Sotelo Cruz

Asociación Mexicana de Editores de

Revistas Biomédicas, México

Dra. Paola de Castro

Institute Superiore di Sanità

European Association of Scientific Editors, Italia

Dra. María del Carmen Ruíz Alcocer

World Association Medical Editor (E.E.U.U.)

Subcomité de Metodología y Bioestadística

Dr. Armando Ruíz Badillo

Universidad Pedagógica Nacional, México

Dr. José Antonio Supo Condori

Sociedad Peruana de Bioestadística, Perú

Dr. Giordano Pérez Gaxiola

Red Cochrane, México

Procedimiento Editorial

Dra. Mahuina Campos Castolo

Dr. Luis Alberto Villanueva Egan

Lic. Araceli Zaldivar Abad

Diseño y Producción

Lic. Gloria Flores Romero

PSSLyLM Miguel Antonio Osorio Guzmán

Diseño original de portada

PSSDG. Michelle Tiquet Cárdenas

Registrada en los siguientes índices:



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



www.imbiomed.com.mx



www.index-f.com/busquedas.php

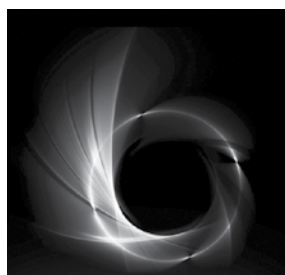


www.latindex.org



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

Agradecemos la traducción de nuestros abstracts a ELITE Translations, S.A de C.V. ventas@elite-translations.net Tel. (0155) 90-00-19-31



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



www.artemisaenlinea.org.mx



<http://bvs.insp.mx>



www.ebsco.com

Certificado ISO 9001-2008



Miembro de la Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas www.amerbac.org.mx



Revista CONAMED, Volumen 19, No. 1, enero-marzo 2014, es una publicación trimestral editada por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. A través de la Dirección General de Difusión e Investigación. Calle Mitla No. 250 esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Navarte, Delegación Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. México. Tels. +52 (55) 5420-7143 y 5420-7106. www.conamed.gob.mx, revista@conamed.gob.mx. Editor responsable Dr. José Meljem Moctezuma. Domicilio previamente citado. Reservas de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2011-103108524200-102, ISSN: 1405-6704, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor, Licitud de Título No. 9969 y Licitud de Contenido No. 6970, otorgado por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Permiso SEPOMEX No. PP-DF-025 1098. Impresa por Impresora y Encuadernadora Progreso S.A. de C.V. (IEPSA), Calz. de San Lorenzo No. 244, Col. Paraje San Juan, C.P. 09830. Delegación Iztapalapa, México, D.F., este número se terminó de imprimir en marzo de 2014 con un tiraje de 2,000 ejemplares.

Los artículos firmados son responsabilidad del autor. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Revista CONAMED se publica bajo la política de Acceso Abierto (Open Access) y está disponible bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento 3.0 (CC BY 3.0 Unported), por lo que se permite compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra y hacer obras derivadas, citando la fuente.

El ejercicio de la medicina en la era de la tecnología

The practice of medicine in the age of technology

En los tiempos que vivimos los sistemas de salud enfrentan una dinámica social y demográfica caracterizada por el envejecimiento de la población; el crecimiento acelerado de problemas de salud como la obesidad y las enfermedades no transmisibles; la diseminación sin precedentes de padecimientos infecciosos, y la presencia creciente e inequitativa de una medicina altamente tecnificada. A esto se suma una población cada vez más informada y conocedora de sus derechos, así como la exigibilidad de los mismos, el desgaste laboral de los profesionales de la salud, la burocratización y la industrialización de la medicina.

Hoy el trasplante de órganos, la terapia génica, la clonación de células humanas, la telemedicina y la cirugía robótica son una realidad, no obstante, continúan existiendo grandes núcleos de la población mundial excluidos no solo de la aceleración científica y tecnológica sino del acceso a los productos y servicios básicos.

El dominio tecnológico, la superespecialización, la automatización, la búsqueda de sentido a la vida en un mundo tecnificado, el desprecio por el humanismo médico y el abandono del ejercicio de la clínica configuran la ilusión posmoderna de la medicina difundida desde las sociedades desarrolladas. Esta ilusión parte de la pretensión de la ciencia médica de aceptar a la tecnología como el único medio por el cual es posible obtener un beneficio de utilidad incuestionable, frecuentemente asociado con una intención de lucro personal, institucional o empresarial.

El uso incorrecto de la tecnología ha conducido a una relación de dependencia, a un retroceso en el cuidado general de la salud y a la pérdida de la relación entre el médico y el paciente (RMP) como un proceso interpersonal e intersubjetivo que se desarrolla, bajo la influencia de determinantes sociales y culturales, en los planos intelectual, técnico, afectivo y ético. En contraste,

el uso eficiente de la tecnología es una condición necesaria para mejorar la salud de la población. Lamentablemente, para muchos el acceso a la tecnología y a la salud misma adolece de restricciones graves con impactos negativos en su calidad y esperanza de vida.

Es claro que para alcanzar sus objetivos, el sistema de salud tiene que vincular el crecimiento en infraestructura y los avances científicos y tecnológicos tanto con las necesidades y expectativas de la población, como con el horizonte que le ofrecen las ciencias sociales y las humanidades, a fin de poder mejorar la salud de la población; reducir las desigualdades en salud; proveer acceso universal y efectivo con calidad, y mejorar la eficiencia en el uso de los recursos, siempre con una perspectiva de género e interculturalidad. Ese es el reto y también el compromiso: hacer válido en forma universal el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud.

Deseo que la lectura de este número de la Revista CONAMED le invite a la reflexión sobre los desafíos pendientes por resolver para avanzar en nuestro sistema de salud.

Dr. José Mejjem Moctezuma
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico
revista@conamed.gob.mx

Evaluación de indicadores de proceso en un Hospital Psiquiátrico en México

Evaluation of process indicators in a psychiatric hospital in Mexico

Hilda Martínez-Vargas,¹ Rita de Guadalupe Martínez-Rocha,¹
 Claudia Glafira Martínez-Saldaña,¹ Martha Landeros López²

RESUMEN

Introducción. La atención a las personas con trastornos mentales refleja desde siempre el efecto de los valores sociales dominantes en la percepción social de la enfermedad mental. El estudio de evaluación de instituciones psiquiátricas en México de la OPS reportó que son pocos los estados que han emprendido cambios hacia la mejora de la calidad y son menos aún los que han evaluado sus estrategias y resultados.

Evaluar el cumplimiento de indicadores de proceso en un hospital psiquiátrico e identificar áreas de oportunidad.

Material y métodos. Estudio evaluativo, realizado en el periodo comprendido de enero del 2008 a diciembre del 2009 siguiendo el formato "Criterio de Proceso y Resultados, para Establecimientos de Atención Médica Psiquiátrica" el cual evalúan y califica en una escala de 5 niveles, en el que cada nivel representa el grado de cumplimiento del proceso.

Resultados. El 15.3% de indicadores calificaron en 4, es decir, el nivel máximo de cumplimiento, mientras que el 37.9% calificó en 0. Las áreas de oportunidad fueron: la percepción social de la institución considerada como favorable y el compromiso de la institución con la calidad.

Conclusiones. El cumplimiento de indicadores es muy bajo, se requiere documentar los procesos así como desarrollar estrategias de garantía de calidad.

Palabras clave: Evaluación, indicadores de proceso, indicadores de servicios, personal de salud, atención médica, hospital psiquiátrico.

ABSTRACT

Introduction. Attention to people with mental illnesses has always reflected the effect of dominant social values on the social perception of mental illness. The OPS's evaluation study on psychiatric institutions in Mexico reported there are few states that have undertaken changes towards improving quality and even fewer that have evaluated their strategies and results.

Evaluate the compliance of process indicators in psychiatric hospital and identifying opportunity areas.

Material and methods. Evaluative study through January 2008 to December 2009 following the format "Criteria of Processes and Results for Medical Psychiatric Attention Establishments" which evaluates and grades in a five level scale, each representing the degree of compliance of the process.

¹ Clínica Psiquiátrica "Dr. Everardo Neumann Peña". Servicios de Salud de San Luis Potosí, MÉXICO.

² Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, MÉXICO.

Folio 254/2013 Artículo recibido: 06-11-2013 Artículo reenviado: 09-12-2013 Artículo aceptado: 13-01-2014

Correspondencia: Lic. Hilda Irais Martínez Vargas, Enfermera encargada de sala, Clínica Psiquiátrica "Dr. Everardo Neumann Peña". Servicios de Salud de San Luis Potosí, México. Ecatepec 104, Col. Morelos I, Soledad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí, C.P. 78433, México. Correo electrónico: hildairais@hotmail.com.

Results The 15.3% of indicators were graded 4, which is the maximum level of compliance, while the 37.9 was graded 0. The areas of opportunity were the social perception of the institution considered as favourable and the commitment of the institution with quality.

Conclusions: The compliance with indicators is too

low, it is important to document the processes as well as developing strategies that guarantee quality.

Key words: Evaluation, process indicators, service indicators, health staff, medical attention, psychiatric hospital.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la OMS la atención a las personas con trastornos mentales y conductuales ha reflejado siempre el efecto de los valores sociales dominantes en la percepción social de la enfermedad mental.¹ Los esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios de salud se remontan a finales de la década de 1950, sin embargo, es en la década de los noventa cuando es posible identificar un verdadero movimiento hacia la calidad de los servicios en una de las instituciones de seguridad social del país.²

La evaluación continua de la calidad tiene por objeto crear y mantener bienes y servicios con patrones determinados de antemano para satisfacer las necesidades del consumidor.

Al referirnos específicamente a los servicios de salud mental, la experiencia acumulada respecto a la evaluación de la calidad es mucho menor y la información disponible para hacerlo es escasa y dispersa.

La evaluación de la calidad de los servicios de psiquiatría a nivel mundial ha sido un tema poco explorado, las razones de ello son múltiples: la poca prioridad que durante años se ha dado a los servicios de salud mental, es decir, la desvinculación que existe con el resto de los servicios de salud, la centralización tradicional de los servicios de salud mental en las grandes instituciones psiquiátricas (sistema "manicomial"),³ la escasa aplicación de estrategias de reconocida eficacia y el estigma asociado a las enfermedades mentales, que frecuentemente desalientan al enfermo y su familia a la búsqueda de la atención y por otro lado, la disposición de intervenir de los prestadores de servicios de salud.

Los cambios introducidos en las instituciones de atención médico-psiquiátrica en los últimos años han tenido dos finalidades básicas: Reorientar los servicios de salud mental hacia la atención primaria y mejorar la calidad de la atención en los hospitales psiquiátricos, aunque en la República Mexicana de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realmente son pocos los estados que han emprendido estos cambios, y son menos aun los que han evaluado la calidad de estas estrategias y sus resultados.⁴

A partir de esta problemática se planteó como objetivo evaluar el cumplimiento de indicadores de proceso en un hospital psiquiátrico e identificar áreas de oportunidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio de enfoque cuantitativo, con un diseño metodológico de evaluación a una Institución psiquiátrica, el instrumento aplicando fue la cédula "Criterios de estructura, proceso y resultado, para establecimientos de atención médica psiquiátrica" del Consejo de Salubridad General⁵ (2002), este instrumento consta de 124 criterios de proceso que fueron aplicados en los diversos departamentos del hospital en el periodo de enero del 2008 a diciembre del 2009.

En la aplicación de los criterios de proceso se evaluó el grado de implementación, conocimiento, desarrollo, registro y mejora que tiene cada uno de los procesos de atención médica psiquiátrica en la unidad de acuerdo a los servicios que otorga, desde la admisión, hospitalización, tratamiento y egreso del paciente.

Los criterios del capítulo de Proceso se calificaron en una escala de 0 a 4 cada uno representa el grado de cumplimiento del proceso a verificar, en donde 0 es la calificación mínima y 4 es la máxima.

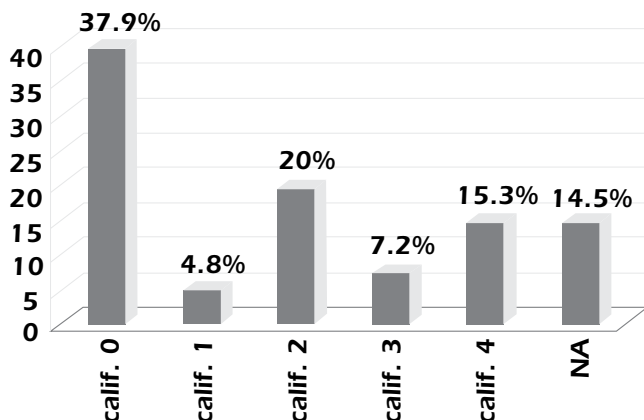
Los indicadores de proceso fueron aplicados en cada departamento y evaluados mediante la comparación con los criterios establecidos en el instrumento para obtener el grado de cumplimiento, según las evidencias presentadas.

La captura y el procesamiento de la información fue mediante el programa Excel®, el análisis fue mediante estadística descriptiva obteniendo frecuencias absolutas y relativas.

La investigación se clasificó como sin riesgo de acuerdo al artículo 17 de la Ley General de Salud en materia de investigación,⁶ además fue aprobada por el Comité de ética de la Institución donde se realizó el estudio.

RESULTADOS

De manera global la calificación obtenida en la aplicación de los criterios de proceso, destaca que de los 124 indicadores, el 37.9% obtuvo una calificación de 0, mientras que el 15.3% calificó en 4 siendo ésta la máxima calificación; el 14.5 no aplicó (Figura 1).



Fuente: directa

Figura 1. Calificación obtenida en la aplicación de procesos.

Según el instrumento, los indicadores se subdividen en 18 categorías (Cuadro 1). A continuación se presentan algunos de los resultados obtenidos, las áreas mejor evaluadas son las siguientes:

- Identificación de necesidades. El 66% de los indicadores en esta área calificó en 4. Se requiere incluir en el procedimiento de ingreso el tiempo que debe transcurrir para la realización de la evaluación médica inicial. La valoración médica se realiza de manera oportuna pero la documentación en ocasiones no se da en los primeros 15-30 minutos después del ingreso. Dentro del procedimiento de ingreso se especifican en los criterios de ingreso las situaciones que requieren internamiento.
- Procedimientos que orientan la atención: Existen políticas, normas, reglamentos y estatutos que guían las actividades de atención médico clínica del hospital. El hospital cuenta con un procedimiento mediante el cual garantiza que el manejo de las condiciones de hospitalización de los pacientes es responsabilidad de un directivo médico calificado y se encuentra consignado en el manual de organización. No se encontró evidencia documental acerca de un proceso que garantice que todo médico que trata pacientes dentro del hospital ha sido autorizado formalmente después de un proceso de "revisión de cédulas". En este rubro el 66% de los indicadores obtuvo calificación de 4.

- Expediente clínico: el 50% de los indicadores aplicados en este rubro obtuvieron la calificación máxima de 4, las historias clínicas reúnen los lineamientos contenidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, existiendo congruencia diagnóstica y terapéutica en las acciones realizadas por el hospital de acuerdo con la consulta de expertos.

El promedio de cumplimiento en los registros de Enfermería fue del 88%. El porcentaje más bajo se observa en el registro del hábitus exterior del usuario, por otro lado se carece de gráficas de signos vitales y existen inconsistencias en el registro de la administración de psicofármacos.

- En contraste las áreas que son susceptibles de mejora
- Relación Médico-Paciente: Incluye aspectos relacionados a la información al usuario y familiar sobre el motivo de internamiento, plan a seguir, consentimiento informado, así como difusión del código de ética y derechos del paciente. De los 12 indicadores contemplados en este apartado el 41.6% calificó en 0, el nivel más alto obtenido fue de 2.
- Evaluación de la atención: El 50% calificó en 0; no existe evidencia documental de un procedimiento que señale acciones a realizar cuando se rebasa la capacidad de respuesta de la institución, por otro lado el tiempo de espera para la atención en caso de urgencia rebasó los 15 minutos.
- Hospitalización: El 55.5 % de los indicadores obtuvieron calificación de 0 ya que no se encuentran documentados procedimientos como los relacionados con la administración de medicamentos controlados; con relación al departamento de enfermería no se especifica en los procedimientos que el personal técnico o auxiliar debe ser supervisado. Con relación a la atención médica no se encontró evidencia documental de guías clínicas para el manejo de los diferentes padecimientos psiquiátricos.
- Mejora continua de la calidad: de los 11 indicadores aplicados a esta área, el 54.5% calificó en 0, en estos se encontró que el proceso a través del cual se identifican las necesidades de evaluación de las acciones de mejora que identifican prioridades para intervenir en la atención hospitalaria se realiza de manera incidental e informal. El departamento de calidad inició la aplicación de indicadores de trato digno, el programa SI CALIDAD, y el comité de expediente clínico. No se encontró evidencia documental del procedimiento para evaluar el desgaste profesional (burn out) de los trabajadores en contacto con pacientes psiquiátricos.

- Seguridad hospitalaria: Se cuenta con el comité de seguridad e higiene y existe evidencia documental de sus acciones. No existe evidencia documental sobre: 1) Un plan general para responder a siniestros, 2) Plan de capacitación sobre ambiente seguro, 3) Realización de simulacros para responder a siniestros o desastres naturales en el año 4) De procedimiento para la prevención de caídas y accidentes de usuarios durante su estancia.

Cuadro 1. Calificación de criterios de proceso por área evaluada

ÁREA EVALUADA	CRITERIOS TOTALES	0	1	2	3	4	No APLICA
Relación Médico-Paciente	12	41.6%	16.6%	41%			
Orientación al egreso	4	25%	25%			50%	
Evaluación de la atención	8	50%		25%	25%		
Identificación de Necesidades	3	33%				66%	
Lucha contra el tabaquismo	3	100%					
Procedimientos en urgencias	7	71%				29%	
Hospitalización	9	55.5%		22.2%	11.1%	11.1%	
Terapia Eléctrica	7	28.5%		14.2%	14.2%	42.8%	
Mejora continua de Calidad	11	54.5%		36.3%		9%	
Procedimientos que orientan la atención	3	33%				66%	
Cuerpo de Gobierno	10	40%		40%	10%	10%	
Programa de mejora continua	7	28.5%		28.5%	28.5%	14%	
Seguridad Hospitalaria	8	62.5%	12.5%	25%			
Residuos Peligrosos (RPBI)	3	66%		33.3%			
Expediente Clínico	8		12.5%	12.5%	25%	50%	
Servicios de apoyo diagnóstico	21	9.5%	4.7%				85.7%
TOTALES	124	37.9%	4.8%	20%	7.2%	15.3%	14.5%

DISCUSIÓN

La calidad, de manera innegable, ha estado relacionada de manera directa a los servicios de salud, lo que en un principio constituía una necesidad se ha convertido en una exigencia, en el caso de los servicios de salud mental y psiquiatría garantizar la calidad de la atención constituye uno de los mayores desafíos que como profesionales debemos asumir, al respecto, se han desarrollado

diversos sistemas formales de gestión de calidad, en el caso de México, el Consejo de Salubridad General ha sido el órgano encargado de reconocer a los establecimientos de atención médica que cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes mediante el proceso de certificación.⁷

Los resultados encontrados en la presente investigación evidenciaron la necesidad de documentar los procesos, al

respecto; Belzunegui y colaboradores⁸ y Mallar⁹ en 2010 señalan que la gestión por procesos es una herramienta encaminada a conseguir los objetivos de calidad total en el proceso asistencial y abordar los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, y sostienen que la acreditación es, sin duda, el método de garantía de calidad más aceptado, sin embargo la OPS en 2001¹⁰ reconocía que estos procesos se suman a los programas de mejora de calidad pero que, no garantizan per se la mejora automática de los servicios.

Al respecto Trucco B¹¹ y Rico y Domínguez¹² coinciden en que la toma de decisiones bajo la perspectiva de la calidad y la bioética significa que no puede haber calidad total sin que haya implicados valores o principios fundamentales.

Dentro de los aspectos evaluados destaca la relación médico-paciente en donde ningún indicador alcanzó la calificación máxima de 4, estos resultados son coincidentes con los encontrados por Girón y colaboradores¹³ en donde los pacientes percibieron dificultades de comunicación médico-paciente.

En ese sentido García Millán¹⁴ sostiene que la información clínica que se proporciona al paciente o usuario de un servicio de salud contribuye al mejor desarrollo del proceso asistencial, más aún sostiene que "Todo profesional sanitario que interviene en el proceso asistencial tiene la obligación de informar dentro de sus funciones y competencias, aun existiendo la figura del médico responsable, figura que no siempre es fácil de establecer cuando intervienen distintos servicios en un mismo proceso asistencial" lo que permite identificar no sólo al médico como figura de orientación al usuario y su familia sino a todo aquel profesional involucrado en la atención del usuario.

Con relación a lo anterior se pudo identificar en el instrumento de evaluación utilizado que los aspectos relacionados a la orientación e identificación de necesidades son atribuidos únicamente al personal médico sin considerar al resto de los profesionales que intervienen en el proceso de atención, al respecto Aguirre Raya¹⁵ establece diferenciaciones entre la actuación médica y de enfermería de ahí que la relación terapéutica entre ambos profesionales con el paciente sean distintas.

Un aspecto fundamental (y que el instrumento aplicado no integra) para garantizar la calidad de la atención es la organización de la misma mediante el método de trabajo interdisciplinario. En cuanto a la organización del personal de enfermería, ésta se fracciona en actividades administrativas y asistenciales, siendo estas últimas desarrolladas en su mayoría por personal no profesional. Paiva y Gomes¹⁶ en 2007 encontraron resultados similares en su estudio de evaluación de la satisfacción de los

pacientes durante su internamiento, a su vez Jiménez Esteves¹⁷ señala que los recursos humanos para la atención en salud mental son insuficientes y heterogéneos lo que condiciona la calidad de la atención.

En cuanto aspectos relacionados a la calidad de la atención si bien se tiene una buena percepción de pacientes y familiares respecto a la actitud del personal, se evidenció la necesidad de la informar los procedimientos así como los derechos del paciente y fomentar la participación del usuario y su familia en los procedimientos de atención. Estos resultados contrastan con los reportados por Ariza y Daza¹⁸ en donde destaca que el 53% de los pacientes mostraron insatisfacción con los cuidados.

Ortiz Espinoza¹⁹ en 2004 y Simón P. y colaboradores²⁰ en 2007 concluyeron que los usuarios y familiares desean ser informados y participar en la toma de decisiones, no conocen el significado de la carta de derechos de los pacientes, la información escrita les resulta incomprendible y sienten que no se atiende convenientemente su dolor y malestar.

Por su parte, el estudio de Furlan y de Oliveira²¹ demostró que con relación al personal de enfermería el enfermo mental identificó un cuidado impersonal en el que no se percibe una preocupación legítima de parte del profesional con relación al sujeto, lo anterior de acuerdo con Mejía Lopera²² evidencia la importancia de aplicar los principios de la relación terapéutica enfermera-cliente.

De acuerdo con Rodríguez y Melo²³ atender las necesidades y expectativas de los clientes y garantizar la satisfacción del profesional del equipo de salud implica integrar la calidad en el cuidado de enfermería, identificar cómo conocer y atender a estas necesidades para garantizar la satisfacción puede constituir el primer paso rumbo a la calidad.

Con relación al expediente clínico los resultados obtenidos fueron coincidentes con lo evidenciado por Loría Castellanos y colaboradores²⁴ estudio en el que desataca un cumplimiento del 29.9% en las notas médicas de urgencias. Los indicadores para el caso de las notas de enfermería resultan ser muy básicos y adolecen de mayor precisión lo que requiere integrar los planes de cuidado estandarizados (PLACES) con la taxonomía NANDA-NIC y NOC al igual que lo evidenciado por Perpiña Galván,²⁵ el porcentaje de cumplimiento fue similar con el estudio de Mejía Delgado y cols.²⁶ quienes reportaron un cumplimiento del 73.93%.

Conclusiones

La evaluación de los indicadores de proceso mostró que sólo una mínima parte (19 de 124) tuvo el nivel de cumplimiento máximo, y que un poco más de la tercera parte

calificó en el cumplimiento más bajo (cero) lo que refleja la ausencia de evidencia documental de los procesos.

El estudio mostró que las áreas de oportunidad donde deben centrarse las estrategias son la relación médico-paciente; evaluación de la atención; mejora continua de la calidad y seguridad hospitalaria.

Algunas fortalezas encontradas durante la evaluación es la percepción social de la institución, la cual es considerada como favorable según la opinión de usuarios y familiares encuestados; además de que existen iniciativas de mejora institucionales como es la creación de comités, la revisión de expediente clínico, implementación de indicadores como trato digno, entre otros y que se percibe compromiso de la institución con la calidad.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001; salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. [Internet] Suiza. OMS 2001. 178p. [acceso 2013-10-2012] Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf.
2. Secretaría de Salud. Programa de acción: Cruzada Nacional por la calidad de los servicios de salud. [Internet] México: Secretaría de Salud, 2001. [acceso 2012-10-23]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_4/cruzada_nal_salud.pdf.
3. Organización Mundial de la Salud. Por la salud mental en el Mundo. Sí a la atención, no a la exclusión. [Internet]; 2001. [acceso 2012-10-23] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/391.pdf.
4. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de los servicios de salud mental en la República Mexicana. [Internet] México: OPS, 2004. 23p. [acceso 2012-10-24] Disponible en: www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task.pdf.
5. Consejo de Salubridad General. Criterios de proceso y resultados para establecimientos de atención médica psiquiátrica. México: 2002.
6. Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud. Artículo 17. México: Diario Oficial de la Federación; 1987.
7. Secretaría de Salud. Manual del proceso para la certificación de hospitales, México: Consejo de Salubridad General; 2009.
8. Belzunegui-Otano T, Busca P, López-Andújar L, Tejedor M. Calidad y acreditación de los servicios de urgencias. *Anales Sis San Navarra*. 2010; 33(1):123-130. [acceso 2012-10-23]; Disponible en: [http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272010000200014](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S13766272010000200014&lng=es).
9. Mallar MA. La gestión de procesos: un enfoque de gestión eficiente. *Vis Futuro* [internet]. 2010; 13(1). [acceso 2012-10-23] Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-87082010000100004&lng=es&nrm=iso. ISSN 1668-8708.
10. Organización Panamericana de la Salud. Federación panamericana de profesionales de enfermería (FEP-PEN). Calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe: desafíos para la enfermería. 2001 [acceso 2012-10-20] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hsp/hso/calidserverp.pdf>.
11. Trucco BM. Ética y calidad en la atención médica y psiquiátrica. *Chil Neuro-psiquiat*. 2004; 42(2): 81-87. [acceso 2012-10-26] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272004000200002&script=sci_arttext.
12. Rico-Jaime VM, Domínguez M. Aspectos bioéticos en la toma de decisiones para la calidad de la atención en salud. *Acta Bioeth, Santiago* [internet]. 2010 [acceso 2012-10-20]. Disponible en: http://www.scielo.cl/Scielo.php?Script=Sci_Arttext&Pid=S1726569x2010000200006&Lng=Es&Nrm=Iso.
13. Girón-Manuel, Beviá B, Medina Elisa, Simón-Talero M. Calidad de la relación médico-paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Esp. Salud Pública*. 2002; 76(5): 561-575. [acceso 2012-10-20] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11355727200200050016&lng=es.
14. García-Millán A. La información al paciente como pieza clave de la calidad asistencial. *Rev Clin Med Fam* 2009;2(6): 275-279.
15. Aguirre-Raya DA. Fundamentos de la relación enfermera-persona sana o enferma. *Rev. Cubana Salud Pública* 2004; 30(4). [acceso 2012-10-24] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu10404.htm.
16. Paiva-Alves de SM, Gomes R. Assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação. *Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2007; 5(5): 973-979. [acceso 2012-10-21] Disponible en: <http://Dx.Doi.Org/10.1590/S0104-11692007000500014>.
17. Jiménez-Estevez MA. El papel del observatorio de salud mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN. *Recursos Profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España*. *Asoc. Esp. Neuropsiq* [internet]. 2011; 31 (112):

- 735-751. [acceso 2012-10-25] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n4/11.pdf>.
18. Ariza-Olarte C, Daza de CR. Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado en un hospital de tercer nivel en Bogotá. *Enferm* 2005; 8(3):8-14. [acceso 2012-10-21] Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8305-Calidad>.
 19. Ortiz-Espinosa RM, Muñoz J, Torres-Carreño E. Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo México. *Rev Esp. Salud Pública*. 2004;78(4): 527-537.
 20. Simón-Lorda P, Barrio I, Sánchez CM, Tamayo MI, Molina A, Suess A, et al. Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización. *Anales Sis San Navarra* 2007; 30 (2): 191-198. [acceso 2012-10-21] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113766272007000300003&script=sci_arttext.
 21. Furlan-Martins M, De Oliveira R. Abordagem existencial do cuidar em enfermagem psiquiátrica hospitalar. *Esc. Enferm*. 2011; 45 (2):390-396. [acceso 2012-10-21] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200013>
 22. Mejía-Lopera ME. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index Enferm*. 2006; 15(54): 48-52. [acceso 2012-10-26] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962006000200010&script=sci_arttext.
 23. Rodrigues-Barbosa L, Melo MR. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev. Bras. enferm*. 2008; 61(3):366-370. [acceso 2012-10-21] Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a15v61n3.pdf>
 24. Loría-Castellanos J, Moreno de León L, Márquez-Ávila G. Apego a la norma oficial mexicana del expediente clínico en el servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel de la Ciudad de México. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*. 2008; 7(4). [acceso 2012-10-21] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol7_4_08/mie0248.htm.
 25. Perpiña-Galván J. Análisis de los registros de enfermería del Hospital General Universitario de Alicante y pautas para mejorar su cumplimentación. *Enfermería Clínica* [internet]. 2005;15(2). [acceso 2012-10-26] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1126970>.
 26. Mejía-Delgado AN, Dubón-Peniche MC, Carmona-Mejía B, Ponce-Gómez G. Nivel de apego de los registros clínicos de enfermería a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. *Rev CONAMED* 2011; 16(1):4-10.



www.omm.org.mx:

Numeralias 2009, 2010, 2011
<http://omm.org.mx/index.php/numeralia.html>

Indicadores 2009, 2010, 2011
<http://omm.org.mx/index.php/indicadores.html>

Monitoreos de políticas públicas
<http://omm.org.mx/index.php/monitoreo-de-politicas-publicas.html>

Documentos Técnicos
<http://omm.org.mx/index.php/documentos.html>

- Una experiencia de contraloría social
- Lineamientos de operación
- Evaluación estratégica sobre mortalidad materna en 2010 en México
- Preeclampsia
- Intervenciones esenciales en salud materna
- Propuestas al Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2018
- Libro "Monitoreos, diagnósticos y evaluaciones en salud materna y reproductiva. Nuevas experiencias de contraloría social"
- 21 acciones para reducir la muerte y perinatal

Síntomas de emergencia obstétrica
<http://omm.org.mx/index.php/objdifusion.html>



Conocimiento de la Guía de Práctica Clínica de triaje por personal de enfermería

Nursing staff knowledge of the Practical Clinical Guide of triage

Ricardo Abraham Molina-Álvarez,¹ Etelvina Zavala Suárez²

RESUMEN

Introducción. El triaje estructurado es la apuesta a futuro más firme que tienen los servicios de urgencias para mejorar. Las escalas de 5 niveles permiten observar una correlación entre el nivel de urgencia, la gravedad y complejidad de los pacientes. Existe evidencia sobre su idoneidad para ser recomendada internacionalmente. La estructuración de un sistema de triaje en el servicio de urgencias aporta beneficios para los pacientes, los profesionales y el sistema de salud, y debe entenderse como un sistema integral de calidad.

Material y Métodos. Estudio descriptivo y transversal que identifica el conocimiento de la Guía de Práctica Clínica "Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel de Atención". Se llevó a cabo en un Hospital General Regional, empleando un cuestionario basado en la GPC. Se aplicó a todo el personal de enfermería en el servicio de urgencias (N=19).

Resultados. La edad promedio del personal fue de 36 años. El personal se distribuyó como sigue: el 79% correspondió al sexo femenino; 53% al turno matutino. El 26% del personal de enfermería no conoce la GPC

(n=5). El personal que cuenta con formación de nivel superior resultó ser quien conoce en mayor proporción la GPC (64%).

Conclusiones. Estrategias de capacitación y evaluación al personal para mejorar su desempeño; proyectos de mejora continua que incluyan la adopción de un modelo de 5 niveles; la introducción de programas informáticos que sirvan como guía y faciliten la derivación del paciente: son aspectos imprescindibles para la adecuada implementación de este sistema en nuestro país.

Palabras clave: Triage. Urgencia. Guía de Práctica Clínica.

ABSTRACT

Introducción. Structured triage is the firmest long-term bet urgency services have to improve. The five level scales allow distinguishing a correlation between the level of urgency, the gravity and the complexity of patients. There is evidence of its competence to recommend it internationally. Structuring a system of triage in urgency services brings benefits for patients, professionals and

¹ Pasantía de Servicio Social de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM en el Programa de Servicio Social registrado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), MÉXICO.

² Dirección de Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, MÉXICO.

Folio 242/2013 Artículo recibido: 09-10-2013 Artículo reenviado: 16-11-2013 Artículo aceptado: 19-12-2013

Correspondencia: Ricardo Abraham Molina Álvarez. Pasante de la carrera de Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México. Mitla 250 - piso 8 esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Deleg. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. Correo electrónico: rich_mola@hotmail.com.

the health system, and it should be understood as an integral quality system.

Material y Métodos. Descriptive and transversal study identifying the knowledge of the Clinical Practice Guide (GPC) "First Contact Hospital Triage in the Adult Urgencies Services for the Second and Third Level of Attention". It was conducted at a Regional General Hospital, using a questionnaire based on the GPC. It was administered on all the nursery staff in the urgencies service (N=19).

Resultados. Average age of the staff was 36. The personal was distributed as follows: 79% feminine; 53% on the morning shift. Twenty-six percent of the nursery

staff do not know the GPC (n=5). The larger proportion of staff with knowledge of the GPC are those with higher studies (64%).

Conclusiones. Strategies of training and evaluation for the developing of their performance; projects of ongoing improvement projects including the adoption of a 5 levels model; introduction of informatics programs which work as a guide and facilitate patients' referral, are indispensable aspects for the adequate implementation of this system in our country.

Palabras clave: Triage, urgencias, clinical practice guide.

INTRODUCCIÓN

Entre los procesos de clasificación de pacientes existe uno que se inició con las guerras en el ejército de Napoleón y que se denominó triaje. El padre del triaje moderno es el barón Dominique Jean Larre, quien durante su actividad como cirujano en el ejército napoleónico creó un sistema para que los soldados que requirieran cuidados más urgentes fueran atendidos con prontitud. Este sistema se aplicó de nuevo en las guerras; en la primera Guerra Mundial el triaje se utilizó con puntos de distribución, donde los heridos eran enviados a hospitales apropiados en ambulancias motorizadas. En la segunda Guerra Mundial el adelanto en el triaje se realizó al establecer una división médica en el ejército, con actividades específicas de selección y con la utilización de hospitales móviles de campo. En la guerra de Corea la mejoría del triaje se basó en los principios de evacuación, al introducir helicópteros y, por último, durante la guerra de Vietnam se mejoró el sistema de triaje y la pronta evacuación del herido vía helicóptero, con mejores técnicas de soporte vital.¹

Se puede hablar de una descripción sistemática del triaje en los servicios de urgencias hasta que E. Richard Weinerman lo introdujo en Baltimore en 1964. Durante los años 60, en los EUA se desarrolló un sistema clásico de clasificación en 3 niveles de categorización, que fue superado a finales del siglo pasado por un nuevo sistema americano de cuatro niveles. Estos sistemas no han conseguido un grado de evidencia científica suficiente como para ser considerados estándares del triaje moderno. Paralelamente al nacimiento del sistema americano de 4 niveles, en Australia, se fue consolidando la Escala Nacional de triaje para los cuartos de urgencias austr-

lianos (National Triage Scale for Australasian Emergency Departments: NTS), que nació de la evolución de una escala previa de 5 niveles, la Escala de Ipswich.

La NTS, planteada en 1993 por el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias, fue la primera escala con ambición de universalización basada en 5 niveles de priorización. En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como Escala australiana de triaje (Australasian Triage Scale: ATS). Tras la implantación de la NTS y claramente influenciadas por ésta, en diferentes países se han ido desarrollando sistemas o modelos de triaje que han adaptado sus características y que han tenido como objetivo la implantación del modelo o sistema, como modelo de triaje de urgencias universal, en sus respectivos territorios. Así, podemos decir que actualmente existen las siguientes escalas o modelos de triaje, incluyendo el australiano: La Escala canadiense de triaje y urgencia para los cuartos de urgencias (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: CTAS); el Sistema de triaje de Manchester (Manchester Triage System: MTS); el Índice de severidad de urgencias de 5 niveles de triaje (Emergency Severity Index 5 level triage: ESI); el Modelo andorrano de triaje (Model Andorrà de triatge: MAT).

En 2003, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) adopta el Sistema Español de Triaje (SET), una adaptación del MAT, como estándar español de triaje. El MAT-SET clasifica los niveles de urgencia en:

- Nivel I (Resucitación): Situaciones que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato.
- Nivel II (Emergencia): Situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital previsible, la resolución

de las cuales depende radicalmente del tiempo.

- Nivel III (Urgencia): Situaciones de urgencia, de potencial riesgo vital.
- Nivel IV (Menos urgente): Situaciones de menor urgencia, potencialmente complejas, pero sin riesgo vital potencial.
- Nivel V (No urgente): Situaciones no urgentes, que permiten una demora en la atención o pueden ser programadas, sin riesgo para el paciente.

Las escalas de 5 niveles tienen un alto grado de reproducibilidad, permiten observar una correlación entre el nivel de urgencia y una amplia variedad de medidas que se correlacionan con la gravedad y complejidad de los pacientes. Se ha generado suficiente grado de evidencia científica sobre su idoneidad, como para ser recomendadas por las sociedades científicas a nivel internacional. Aunque la estructuración del triaje en el servicio de urgencias aporta beneficios inmediatos, desde un punto de vista asistencial, la importancia de la disponibilidad de un sistema de triaje estructurado sobre pacientes y profesionales, se hace más aparente cuando la sobrecarga de los servicios aumenta y los recursos disponibles disminuyen, ya que es cuando más necesario se hace controlar el riesgo de los pacientes. Un sistema de triaje estructurado moderno, debe ser entendido como un sistema integral de calidad para los servicios de urgencias, cuya implantación tiene efectos positivos directos sobre los pacientes, sobre los profesionales y sobre el sistema de salud en su totalidad, éste, garantiza la categorización de los pacientes según el grado de urgencia de los síntomas y signos que presentan y prioriza la asistencia de los mismos.

El objetivo básico de la implantación de un sistema de triaje es controlar el riesgo del paciente ante una eventual espera para ser visitado; es decir, aumentar su seguridad, así como un mayor acceso a la información y sobre todo una mayor humanización de la asistencia, incidiendo directamente en aspectos como el respeto, la amabilidad, la comunicación, el bienestar, la atención personalizada, la intimidad y la confidencialidad. Para el personal, el triaje estructurado ofrece un nuevo marco asistencial, un lenguaje nuevo, homogéneo y universal, que abre las puertas a una asistencia más eficiente, potenciando aspectos como el control total del proceso asistencial, la continuidad asistencial, el trabajo interdisciplinar y en equipo y el desarrollo profesional. Con él se introduce una nueva filosofía de trabajo basada en el orden y el control de los procesos.

El triaje, estructurado y en continua mejora, es la apuesta de futuro más firme que tienen, desde hace años, los servicios de urgencias para mejorar. Esta visión

es compartida por todas las sociedades científicas internacionales de urgencias. Además, el triaje estructurado abre las puertas a procesos de organización interna de los servicios de urgencias y a la coordinación entre niveles asistenciales, aspecto imprescindible en un sistema sanitario homogéneo y eficiente. Plantea una visión holística y lo convierte en un potente motor de cambio, modernización y mejora de los servicios donde se aplica.²

En España, esta actividad inicialmente desempeñada por el personal médico, se ha transferido al personal de enfermería gracias a la aparición de sistemas estructurados de triaje.³

Las recomendaciones de la SEMES aconsejan que esta función sea realizada por enfermería, sin embargo entiende el MAT-SET como un sistema de triaje de enfermería no excluyente (con participación médica siempre que se crea necesario), que involucra a los médicos en los procesos de estudio e implantación del sistema e integra en el triaje enfermero dinámicas multidisciplinares. El Programa de Ayuda al Triage (PAT) es un programa informático de ayuda inteligente. Se emplea con el modelo estructurado MAT-SET tanto de adultos como pediátrico, evaluado y validado, con ayuda continua y con registro anamnésico del triaje. Está desarrollado a partir de algoritmos clínicos, y gracias a él, el proceso del triaje se convierte en una labor mucho más sencilla, basada en dar respuesta a una serie de preguntas utilizando para ello una pantalla táctil y obteniendo al final el nivel de urgencia del paciente. Mediante esta informatización se consiguen además registros electrónicos de la clasificación así como de los tiempos de actuación. La informatización del triaje permite reducir la variabilidad en la aplicación de la escala, favoreciendo el manejo clínico de los pacientes, el análisis de la casuística y la comparación de cargas de trabajo, como base para la auditoría y la mejora de la calidad de los Servicios de Urgencias.⁴

En 2008, con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, se elaboró una Guía de Práctica Clínica en la cual se incluye una adaptación de los modelos mencionados con anterioridad y se basa en una clasificación de 3 niveles. Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento.⁵

La atención de las quejas de los usuarios de servicios de salud no se reduce a evitar y compensar el daño, se debe entender de qué se quejan los pacientes y actuar sobre dichas causas, ya que son un fenómeno social mediante el cual se expresan expectativas no cumplidas y los deseos del modelo de atención médica que a los

pacientes les gustaría tener. En cuanto al análisis de la atención médica en las inconformidades, es fundamental la focalización de las mismas en el ámbito de las especialidades médicas o servicios que permita orientar hacia una rama específica de la medicina el problema de salud y así, la CONAMED pueda intervenir para contribuir a mejorar la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente. De acuerdo a los tipos de asuntos en los que interviene la CONAMED, el escenario es diferente en una situación que amerita una pronta solución, a aquella en la que un evento médico presenta irregularidades en la atención médica.

En 2010, las principales especialidades o servicios que se relacionan con las 654 gestiones inmediatas, están comprendidas por: Ortopedia y Traumatología (21.6%); Medicina Familiar (14.5%); Cirugía General (8.9%); Medicina Interna (7.5%); Medicina de Urgencias (6.6%); y Ginecología y Obstetricia (4.4%). En el caso de las quejas y dictámenes, determinar la especialidad asociada al diagnóstico, ofrece entre otras ventajas para la atención del asunto, emitir recomendaciones específicas para contribuir a mejorar la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente.⁶

Además de la emisión de recomendaciones, 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. En Urgencias, Traumatología y Ortopedia y Ginecología y Obstetricia es cinco veces más frecuente que en neurología u Oncología.⁷

En nuestro país, actualmente, no se ha implementado oficialmente ningún sistema o modelo de triaje normado internacionalmente.

El objetivo del presente estudio es identificar si el personal de enfermería conoce la Guía de Práctica Clínica (GPC) "Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel de Atención".

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal que se llevó a cabo del mes de Octubre al mes de Enero en un Hospital General Regional perteneciente al ISEM.

Se empleó un cuestionario basado en la Guía de Práctica Clínica "Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel de Atención" publicada por el Consejo de Salubridad General. Se aplicó a una muestra por conveniencia que incluye a todo el personal de enfermería perteneciente al servicio de urgencias en el turno matu-

tino y vespertino (N=19). La información se capturó con el programa Numbers para iPad y se procesó con el programa de hojas de cálculo Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS

La edad promedio del personal de enfermería fue de 36 años. El tiempo promedio en el servicio de urgencias de dicho personal es de 1.5 años. El 79% (n=15) del personal de enfermería correspondió al sexo femenino y el 21% (n=4) correspondió al sexo masculino. El personal de enfermería se distribuyó acorde al turno en el cual desempeña sus funciones, de la siguiente forma: matutino 53% (n=10) y vespertino 47% (n=9). La formación académica predominante fue el nivel superior con un 58% (n=11), seguido por el nivel medio superior con un 42% (n=8). El personal de enfermería se distribuyó acorde a la categoría que desempeña en el hospital, encontrando un predominio en la categoría general con un 63% (n=12) seguido por la categoría jefe de servicio 16% (n=3); la categoría auxiliar obtuvo un 10.5% (n=2) al igual que la categoría especialista 10.5% (n=2).

Los resultados mostraron que el 74% (n=14) del personal de enfermería conoce la Guía de Práctica Clínica (GPC) y 26% (n=5) del personal no la conoce. Figura 1.

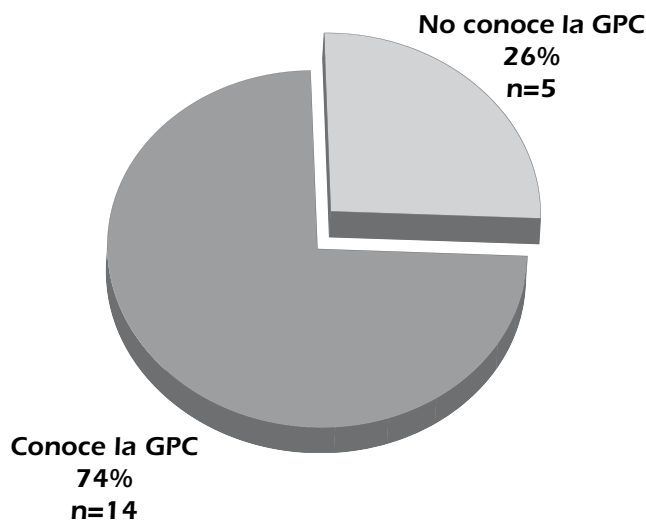


Figura 1. Conocimiento de la Guía de Práctica Clínica (GPC) por personal de enfermería.

Después de realizar el análisis descriptivo de los datos es importante mencionar que se encontraron diferencias significativas en la variable formación académica; los números reflejan que es mayor el porcentaje del personal que conoce la GPC y que pertenece al nivel superior en contraste con el nivel medio superior, quienes no conocen la guía en mayor proporción. Figura 2.

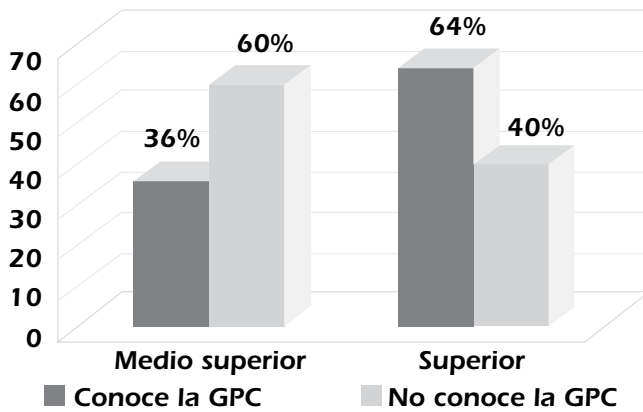


Figura 2. Identificación de la GPC de acuerdo a la formación académica.

Respecto a la categoría desempeñada, los resultados hacen evidente que el personal que conoce la GPC en mayor proporción se desempeña como jefe de servicio, seguidos por la categoría general. El personal que funge como especialista obtuvo la misma proporción que el personal auxiliar, siendo estas dos categorías las que no conocen la GPC en mayor proporción. Figura 3.

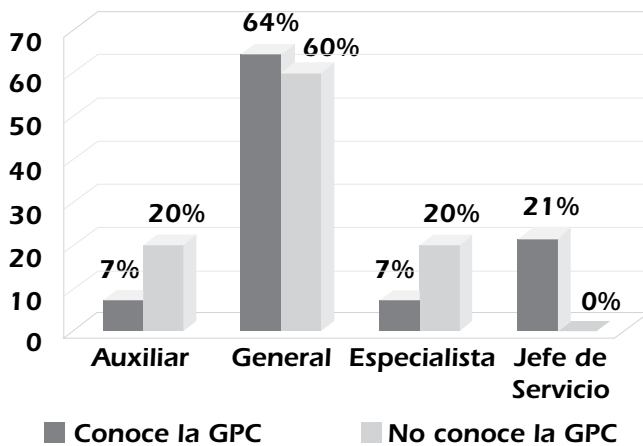


Figura 3. Identificación de la GPC de acuerdo a la categoría desempeñada.

DISCUSIÓN

El término “*trijaje*” o “*trijage*” no es un vocablo aceptado por la Real Academia de la Lengua Española (<http://rae.es/>). Existe el verbo *triar*, que significa, entre otras acepciones: *escoger*, *separar*, *entresacar*. Se conoce como *tría* a la acción y efecto de *triar* o *triar*se. Dado que el sufijo *-aje* forma sustantivos que expresan acción, el término más adecuado en español, en correspondencia con el término francés y anglosajón *trijage*, sería el de *trijaje*.⁸

El personal que clasifica pacientes en la institución

hospitalaria donde se realizó este estudio, emplea un formato elaborado a partir de la GPC: “*Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel de Atención*”.

Dentro de las actividades a realizar por el personal de enfermería que se encuentra laborando en el servicio de urgencias se incluyen la valoración para determinar el nivel de urgencia y la asignación del tiempo de espera.

Los resultados obtenidos en este trabajo de investigación, evidencian que el 26% del personal de enfermería que se encuentra laborando en el servicio de urgencias no conoce la GPC, documento que rige su quehacer y que incluye las recomendaciones que el Consejo de Salubridad General implementó en 2008 para homogeneizar a nivel nacional la atención en los servicios de urgencias y específicamente brindar una atención basada en evidencias y recomendaciones.

Al analizar las variables, es importante destacar que la formación académica resultó ser proporcional al conocimiento de la GPC ya que el 64% del personal que conoce la guía cuenta con un título de nivel superior, contrastando con el 36% que cuenta con un título de nivel medio superior y conoce la guía.

Los resultados fueron homogéneos para las siguientes dos categorías: un 7% del personal que conoce la GPC se desempeña como auxiliar; la misma proporción corresponde a la categoría especialista. No obstante, el 64% del personal que demostró conocer la guía corresponde a la categoría general y el 21% a la categoría jefe de servicio. Esto demuestra que la categoría desempeñada no es proporcional al conocimiento de la GPC.

La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias y Emergencias (SoCMUE) han adoptado y recomendado el Modelo Andorrano de Triage (MAT) y su Programa de Ayuda al Triage (PAT). Existe suficiente evidencia científica que sustenta que el triaje realizado por enfermería utilizando estas herramientas metodológicas e informáticas es seguro y efectivo.³ El web_e-PAT es un programa en continua mejora y actualización, es fácil de aplicar, con un tiempo medio de ejecución menor a 1 minuto, y fácil de entender.⁴

Cuando se solicita atención de urgencias, los pacientes buscan que ésta sea inmediata o por lo menos en el tiempo mínimo posible.⁹

Para incrementar los niveles a satisfacción del usuario que acude a los servicios de urgencias y llegar a los más altos estándares de calidad, lo idóneo es que el personal que clasifica a los pacientes cuente con capacitación específica y adecuada además de una evaluación teórica-práctica.¹⁰

Conclusiones

Del análisis de resultados concluimos sería muy acertado implementar estrategias de capacitación al personal, para mejorar así su desempeño, brindando un seguimiento periódico e incluyendo evaluaciones que permitan medir si la capacitación es efectiva; así como el desarrollo de proyectos de mejora continua que incluyan la adopción de un sistema/modelo de triaje estructurado de cinco niveles. El sistema de triaje ha de proponer adaptaciones en la estructura física, y tecnológica en los servicios de urgencias, que permitan hacer el triaje de los pacientes según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable.

La evidencia actual establece que la mejor forma de garantizar la realización de un triaje correcto es a través de la informatización del mismo. Por tanto, la introducción de programas informáticos que sirvan como guía y faciliten la derivación del paciente que acude a urgencias es un factor imprescindible para la adecuada implementación de este sistema en nuestro país. Otro factor fundamental a la hora de implantar un sistema de triaje estructurado es que los profesionales se formen y los pacientes sean informados. Formación e información van de la mano, sin olvidar que el paciente y su entorno son el centro de la asistencia.

REFERENCIAS

- López-Resendiz J, Montiel-Estrada M, Licona-Quezada R. Triage en el servicio de urgencias. *Medicina Interna de México*. 2006 Jul-Ago; 22: 310-8.
- Oorganización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias. Washington D.C.: OPS/OMS 2011. [acceso 2012-08-13]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf.
- Salmerón JM, Jiménez L, Miró O, Sánchez M. Análisis de la efectividad y seguridad de la derivación sin visita médica desde el triaje del servicio de urgencias hospitalario por personal de enfermería acreditado utilizando el programa de ayuda al triaje del sistema español de Triage. *Emergencias* 2011; 23: 346-355.
- Sánchez Bermejo R, Cortes Fadrique C, Rincón Fraile B, Fernández Centeno E, Peña Cueva S, De Las Heras Castro E. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias* 2013; 25: 66-70.
- Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud; 2008. [acceso 2012-08-15]. URL disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/339_ISSSTE_08_triage/EyR_ISSSTE_339_08.pdf
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Informe Anual de Actividades 2010. México: CONAMED, 2010. [acceso 12-08-2012]. URL Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/informe2010.pdf>.
- Robledo Galván H, Aguilar Romero T, Fajardo Dolci G, Meljem Moctezuma J. La queja médica; tema de análisis y reflexión actual. *Rev CONAMED* 2012; 17 (4): 149-155.
- Gómez Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2003; 15: 165-174.
- Lopera Betancur M, García Henao M, Madrigal Ramírez M, Forero Pulido C. Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. *Investigación y Educación en Enfermería* 2010; 28 (1): 64-72.
- Parrilla Ruiz FM, Cárdenas Cruz DP, Vargas Ortega DA, Parrilla Ruiz EI, Díaz Castellanos MA, Cárdenas Cruz A. Triage en urgencias: Facultativo versus Enfermería. *Emergencias* 2003; 15: 148-151.
- Diarte Arellano I. Validación de una escala de triaje de tres categorías. *A S Sin* 2009; 3 (4): 92-94.
- Gómez Jiménez J, Becerra O, Boneu F, Burgués LI, Pámies S. Análisis de la casuística de los pacientes derivables desde urgencias a atención primaria. *Gac Sanit* 2006; 20 (1): 40-46.
- Gómez Jiménez J. Sistema Español de Triage: grado de implantación y posibilidades de desarrollo futuras. *Emergencias* 2011; 23: 344-345.
- Núñez Rocha G, Flores Guerrero F, Salinas Martínez A, Villareal Ríos E, Garza Elizondo M. ¿Tiempos de espera? El triaje. Una alternativa en el Departamento de Emergencias. *Revista de Investigación Clínica* 2004; 56 (3): 314-320.
- Pérez Goiz R, Vega Malagón G, Martínez Martínez M. Satisfacción de los usuarios en el servicio de urgencias en un hospital de segundo nivel. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2009; 47 (6): 637-642.
- Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar* 2010; 33 Supl 1: 55-68.
- Illescas Fernández G. Triage: atención y selección de pacientes. *Trauma* 2006; 9 (2): 48-56.

Calidad de las notas pre, trans y post anestésicas y su relación con la antigüedad del trabajador

Quality of pre, trans and post anesthetic notes and their relation with the worker's seniority

Juan Gómez-Torres,¹ Horacio Márquez-González,²
Fanny Elizabeth García-Jiménez,¹ Enrique Leobardo Ureña-Bogarín³

RESUMEN

Introducción. El ejercicio de la anestesiología es por sí mismo una práctica de alto riesgo, lo que hace imperativo contar con guías y estándares que orienten al personal humano a seguir protocolos establecidos con el objetivo de reducir los índices de morbilidad y mortalidad.

Determinar el Grado de apego a los lineamientos para el cuidado pre, trans y post anestésico de la NOM-006-SSA3-2011, para la práctica de la anestesiología en el Hospital General Regional Número 17, de Cancún, Quintana Roo.

Material y métodos. Transversal, descriptivo y retrospectivo; se tomó una muestra aleatoria de expedientes clínicos de pacientes sometidos a cirugía electiva de lunes a viernes de cualquier especialidad.

Análisis Estadístico: medidas de dispersión y de tendencia central, y prueba exacta de Fisher.

Resultados. Se evaluaron 256 expedientes en total: 92 (36%) de anestésicos generales, 139 (54%) anestésicos regionales y 25 (10%) de sedaciones. Arrojando resultados de una media de apego a datos pre, trans y post anestésico de 86%±10, 76%±15 y 85%±21 respectivamente, con una media general de 82%±12.

La relación entre la antigüedad del anestesiólogo y el

apego al contenido de la nota no fue estadísticamente significativa.

Conclusiones. No hubo diferencias significativas entre los años de antigüedad del anestesiólogo y la calidad de la nota.

Palabras clave: Anestesiología, norma, expediente clínico, calidad de atención.

ABSTRACT

Introduction. The practice of anesthesiology is by itself a high-risk exercise, making it imperative to have guidelines and standards that instruct the human staff to follow the established protocols with the aim of reducing the rates of morbidity and mortality.

Determining the degree of compliance with the guidelines for pre, trans, and post anesthetic care of the NOM-006-SSA3-2011, for the practice of anesthesiology in the Regional General Hospital No. 17, Cancún, Quintana Roo.

Material and method. Transversal, descriptive and retrospective: a random sample was taken from clinical records of patients undergoing elective surgery in any speciality from Monday to Friday.

¹ Anestesiología. Hospital General Regional No. 17. Cancún, Quintana Roo. MÉXICO.

² Pediatría. Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI. MÉXICO.

³ Coordinación de Planeación y Enlace Institucional, Delegación Veracruz Sur. MÉXICO.

Folio 258/2014 Artículo recibido: 14-01-2014 Artículo reenviado: 10-02-2014 Artículo aceptado: 21-02-2014

Correspondencia: Dr. Juan Gómez Torres. Anestesiología del Hospital General Regional No. 17. Cancún, Quintana Roo. México. Juan Escutia 1809, San Nicolás Tehuacán, Puebla, C.P. 75710, México. Correo electrónico: juangomez_torres@hotmail.com.

Statistical Analysis: central tendency and dispersion measurements, and Fisher's exact test.

Results: 256 records were evaluated: 92 (36%) general anesthetics, 139 (54%) regional anesthetics y 25 (10%) sedations. Shedding results of a data compliance media pre, trans y post anesthetic of $86\% \pm 10$, $76\% \pm 15$ y $85\% \pm 21$ respectively, with a general media de $82\% \pm 12$.

The relation between the anesthesiologist seniority

and the compliance to the note's contents was statistically meaningless.

Conclusions. There were no meaningful differences between the years of seniority of the anesthesiologist and the quality of the note.

Key words: Anesthesiology, norm, clinical record, attention quality.

INTRODUCCIÓN

La práctica anestésica es altamente estresante y de alto riesgo, esto puede llevar a alguna omisión en cuanto a los protocolos de manejo de los pacientes.¹ De manera estadística en los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica programada contando con todos los protocolos de estudio se ha visto una tasa de complicaciones del 3 al 17% en la población en general y una mortalidad de 0.5%. A comparación de los pacientes que ingresan a una cirugía de urgencia que presentan una rango de mortalidad de más del 12%.²

En 1975, la Sociedad Canadiense de Anestesiólogos publicó una guía para la práctica de la anestesia. La creación de dichas guías que proponen un mínimo de estándares a realizar en el manejo pre, trans y post anestésico.³ Años después la universidad de Harvard, en 1986, al ver los resultados del apego a estas guías propuso la utilización de manera estandarizada de las mismas.⁴ En nuestro medio la práctica anestésica está estandarizada con la Norma Oficial Mexicana 006 Secretaría de Salud y Asistencia (NOM006SSA) para la práctica de la anestesiología.⁵ La cual se ha difundido desde 1998. Actualmente se encuentra vigente la modificada en el año 2011.⁵

El objetivo de esta norma, es establecer las características que deberán tener los profesionales del área de la salud y los establecimientos para la atención médica que practican la anestesiología, así como los criterios mínimos de organización y funcionamiento que se deberán cumplir en la práctica de esta especialidad.

Esta norma indica la necesidad de realizar una visita pre anestésica, un manejo anestésico con un mínimo de monitoreo de acuerdo al tipo de cirugía y del paciente; así como una valoración post anestésica.⁶⁻⁷ Además de riesgos laborales y el manejo de un consentimiento informado para la aplicación de la anestesia.⁸

La visita pre anestésica de los pacientes incluye conocer su historial médico y una exploración física completa para determinar el riesgo de complicaciones anestésicas en una cirugía electiva de tal manera que optimice la condición médica preoperatoria siguiendo las guías de manejo perioperatorio ya establecidas.⁹⁻¹⁰

Debido a que se han identificado en los últimos años varios factores de riesgo en los pacientes sometidos a anestesia se ha determinado la necesidad de un monitoreo básico al momento del trans anestésico.¹¹ Además de los errores humanos, las complicaciones cardiovasculares y respiratorias están asociadas a una elevada morbilidad y mortalidad. La vigilancia de los signos vitales durante el manejo anestésico es esencial. Afecta directamente el resultado de la misma lo cual sugiere que esta vigilancia de los parámetros cardiorrespiratorios disminuye la incidencia de accidentes graves.¹²

Siendo la anestesia un proceso crítico que se extiende desde la evaluación pre operatoria hasta el tratamiento postoperatorio de los pacientes, en la unidad de recuperación post anestésica se continua el cuidado integral de los pacientes en donde se da seguimiento al monitoreo de las constantes vitales, así como de las probables complicaciones que son más frecuentes en el post anestésico.¹³⁻¹⁴

Dada su importancia, es necesario identificar si existe seguimiento de las normas en la práctica diaria.

El objetivo de este estudio fue determinar el apego a los lineamientos para el cuidado pre-trans y post anestésico de la NOM-006-SSA3-2011, para la práctica de la anestesiología y su asociación con la antigüedad del personal en un hospital que atiende población derechohabiente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, analítico, con expedientes de pacientes sometidos a cirugía en el período comprendido entre Julio de 2011 a Mayo de 2012, en el Hospital Regional No. 17 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Cancún, Quintana Roo.

Se incluyeron: expedientes de aquellos pacientes sometidos a cualquier tipo de procedimiento anestésico de forma electiva, disponibilidad en el archivo clínico al momento de la revisión. Se excluyeron aquellos expedientes que no contaran con alguna de las 3 notas anestésicas, fallecimiento del sujeto durante el acto quirúrgico o en el aérea de recuperación anestésica, pase del expediente

a otra unidad de atención, y que el procedimiento se haya realizado por urgencia. Se eliminaron aquellos que fueran ilegibles.

Se obtuvo la información de los censos mensuales de todas las cirugías electivas; tomando de los meses noventa de manera aleatoria por paquete estadístico el 25% de los expedientes por mes. De esta manera se pretendió obtener al final del muestreo al menos un 16.6% mensual que multiplicado por 6 meses que estimara el 100% de un mes, y que la forma aleatoria asegurara la percepción de un año.

Para determinar la calidad de la nota se utilizaron los estándares de la nom-006-ssa3-2011, capacitando a un médico residente del último grado de Anestesiología que no tuviera relación con el procedimiento quirúrgico para identificar la presencia o ausencia de los rubros de la nota, obteniendo una concordancia intraobservador con *Kappa* de 0.9.

La información sobre la antigüedad del médico que firmó la nota, se obtuvo al corroborar nombre completo y matrícula con el número de quincenas laboradas.

Para clasificar la calidad de la nota, se sumó la presencia de los apartados dictados por la norma y se consideró buen apego aquellos que cumplieran del 90 al 100%, regular aquellos con el 80 al 89% de apego y malo menos de 79%.

Los resultados fueron analizados por un investigador que no tuvo intervención durante el proceso de recolección de la muestra.

El protocolo fue presentado y aprobado en el comité local de ética de la institución.

Análisis Estadístico

Para el acondicionamiento del personal que recolecto los datos se realizó prueba de concordancia con *Kappa*.

Los datos generales fueron trabajados con estadística descriptiva que consistió en frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas; para las variables cuantitativas media como medida de tendencia central, desviación estándar como dispersión.

Para comparar los años de antigüedad del trabajador que firmo la nota con la calidad de la nota, se realizó prueba exacta de Fisher.

Para la aleatorización de los expedientes se utilizó el programa en línea y el análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 15 para Windows.

RESULTADOS

De un total de 1532 cirugías se revisaron por el proceso de aleatorización 256 expedientes clínicos, se excluyeron dos expedientes que no cumplieron con los criterios de inclusión. En total se evaluaron 92 (36%) de anestésicas

generales, 139 (54%) anestésicas regionales y 25(10%) de sedaciones.

En general, se encontró una media de 82 ± 12 , en el porcentaje de apego de las notas pre, trans y post anestésicas. Cuadro 1.

Cuadro 1. Porcentaje de apego a datos generales de las notas pre, trans y post anestésicas.

VARIABLE	MEDIA (DESVIACIÓN ESTÁNDAR)
% de apego a datos pre anestésicos	86±1
% de apego a datos trans anestésicos	76±15
% de apego a datos post anestésicos	85±21
% general	82±12

El porcentaje de los datos pre anestésicos se observa en el Cuadro 2, trans anestésicos en el Cuadro 3 y post anestésicos en el Cuadro 4.

Cuadro 2. Porcentaje de apego a datos pre anestésicos.

DATOS PRE ANESTÉSICOS	
VARIABLE	NÚMERO DE PACIENTES N=256 (%)
Información sobre el tipo de Anestesia	256 (100%)
Consentimiento informado	253 (99%)
Firma de Consentimiento informado	240 (94%)
Exámenes pre quirúrgicos	256 (100%)
Evaluación clínica	256 (100%)
ASA	256 (100%)
Pronóstico	142 (55%)
Indicaciones	206 (81%)
Historial médico	251 (98%)
Exploración Física	255 (99%)
Firma nota pre anestésica	246 (96%)
Plan	236(92%)
ASA= American Society of Anesthesiologists	

Cuadro 3. Porcentaje de apego a datos trans anestésicos.

DATOS TRANS ANESTÉSICOS	
VARIABLE	FRECUENCIA N=256 (%)
Metodología correcta	137 (97%)
Oximetría	255 (99%)
Frecuencia cardiaca	255 (99%)
Tensión arterial	255 (99%)
Temperatura	43 (17%)
Índice biespectral	0 (0%)
Neuromuscular	0 (0%)
Hora de inicio anestesia	233 (91%)
Hora de término anestesia	238 (93%)
Hora de inicio de cirugía	241 (94%)
Hora de término de cirugía	241 (94%)
Dosis de medicamentos	244 (95%)
Tiempo de medicamentos	238 (93%)
Líquidos	221 (86%)
Balance hídrico trans anestésico	219 (85%)
Pérdidas hemáticas	235 (92%)
Accidentes	208 (81%)
Estado de salida de sala	229 (89%)
Firma trans anestésica	189 (74%)

Cuadro 4. Porcentaje de apego a datos post anestésicos.

DATOS POST ANESTÉSICOS	
VARIABLE	FRECUENCIA N=256 (%)
Técnica post anestésica	239 (93%)
Fármacos usados	239 (93%)
Duración de anestesia	189 (74%)
Contingencia	218 (85%)
Balance hídrico post	217 (85%)
Estado de salida de sala	238(93%)
Plan de analgesia	156 (61%)
Firma post anestésica	206 (81%)
Estado físico de UCPA	242(94%)
EVA	242(94%)
Aldrete	245(96%)
Firma UCPA	181 (71%)
UCPA= Unidad de cuidados post anestésicos.	
EVA= Escala visual análoga.	

No existió diferencia estadísticamente significativa entre los años de antigüedad y la calidad de la nota. Cuadro 5.

Cuadro 5. Relación entre antigüedad y apego al contenido de la nota.

TIPO DE NOTA	1-6 AÑOS	7-12 AÑOS	13-18 AÑOS	VALOR DE P
PRE ANESTÉSICA				
Buena	175 (76%)	14 (82%)	8 (80%)	0.5
Regular	53 (23%)	3 (17%)	2 (20%)	
Mala	1 (0.5%)	0 (0%)	0 (0%)	
TRANS ANESTÉSICA				
Buena	74 (32%)	6 (35%)	5 (50%)	0.2
Regular	140 (61%)	10 (58%)	5 (50%)	
Mala	15 (6%)	1 (6%)	0 (0%)	
POST ANESTÉSICA				
Buena	164 (71%)	10 (58%)	8 (80%)	0.9
Regular	54 (23%)	6 (35%)	2 (20%)	
Mala	11 (5%)	1 (6%)	0 (0%)	

Prueba exacta de Fisher

DISCUSIÓN

El Expediente Clínico es el documento que permite disponer de un registro organizado del proceso de salud, enfermedad del paciente y de las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación practicadas. Es información de fuente primaria que uniforma los criterios y procedimientos y toma como elementos básicos la oportunidad y la atención integral al paciente, la satisfacción del usuario y del prestador de los servicios, así como las acciones de enseñanza e investigación. Dentro del expediente clínico se encuentran las notas en este caso las de anestesiología, que se constituyen de un conjunto de rubros en donde su documentación correcta es un indicador de calidad en la atención. Se puede afirmar que la calidad y la seguridad en la Anestesiología se encuentran íntimamente enlazadas; Algunos de los modelos descritos en la gestión de la calidad de la Anestesiología, como es el caso del modelo de Acreditación de la Joint Commission (JC) y el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad (EFQM) para el diagnóstico de la calidad, muestran enfoques diferentes aunque concuerdan en un determinado número de aspectos uno de ellos es la correcta documentación del acto Anestésico.¹⁵

En nuestro caso, en los resultados obtenidos de los expedientes revisados se encontró que la técnica predominante fue la regional, debido a que todas las cirugías fueron electivas y el estado del paciente no era de gravedad.

Datos obtenidos en una publicación de la Revista Conamed en 2011 indican que en más del 90% de los casos se encontraba presente el documento conocido como Consentimiento Informado, nuestros resultados son consistentes con esta referencia donde reportamos 99% de apego en este apartado.¹⁶

En el rubro de la nota pre anestésica se evidenció mayor porcentaje de apego. Puede explicarse porque el hospital cuenta con un servicio preestablecido de consulta externa para otorgar valoración pre anestésica, donde se pueden completar protocolos de estudio para cirugía electiva. Estos resultados son compatibles con los publicados por Ugalde y colaboradores en un estudio realizado en un Hospital con las mismas características que el nuestro en donde se reportan resultados concordantes con los nuestros.¹⁷

La categoría la cual tuvo un porcentaje menor de apego fue el pronóstico con un 55%, seguido de las indicaciones con 82% y el plan con 92%; lo explicamos dado que el residente es quien usualmente llena este apartado y probablemente no exista supervisión por el médico adscrito; en el estudio antes mencionado de Pineda y colaboradores, se revisaron más de 5 mil expedientes en 45 hospitales diferentes se midieron 5 parámetros para evaluar la nota pre anestésica y el resultado obtenido fue que la evaluación pre anestésica estuvo presente en 89.5% (IC95%=84.9-94.1). En todos los elementos de este componente se documentó un registro de por lo menos 85%, siendo el menos registrado la evaluación clínica del paciente.¹⁶ Cabe mencionar que en este estudio sólo se tomaron en cuenta 5 parámetros a diferencia de los 11 medidos en nuestro estudio.

La nota trans anestésica fue la que menor porcentaje de apego mostró, esto es debido a que el tiempo de su elaboración es mayor y el número de parámetros es sustancialmente superior al resto de las notas. Sin embargo es la que ofrece mayor información sobre las eventualidades quirúrgicas. A propósito de esto, Gay Haller y colaboradores señalaron que el 83% de los indicadores clínicos en Anestesia están relacionados con la seguridad como en el caso del monitoreo de las constantes vitales.¹⁸ Varios autores concuerdan en estudios realizados previamente en calidad en la atención que en esta etapa los resultados de la documentación de las constantes vitales tienen un papel preponderante. Casas y colaboradores mostraron resultados similares con respecto a la inconsistencia del reporte de constantes vitales en la nota trans anestésica; a diferencia de nuestro análisis, ellos tomaron las constantes vitales como una sola variable, mientras que nuestra metodología se evaluaron por separado encontrando la temperatura se reporta sólo en el 17%.¹⁹

La nota post anestésica obtuvo un porcentaje de apego de un 85%, 12 fueron las variables medidas a

diferencia del estudio publicado en 2011 en la Revista CONAMED en donde se midieron 17 variables, las cuales incluyeron rubros que tienen que ver con el acto quirúrgico como cuenta de gases y auxiliares diagnósticos.¹⁶ El nombre y la firma fueron los elementos que más apego tuvieron con el 100%, a diferencia del 81% de apego que reportó este estudio, así como el plan analgésico fue la variable que menos apego tuvo con 61%.

Carrillo y colaboradores,²⁰ describieron en una población de trabajadores de la salud mediante una encuesta de satisfacción que existe una mejor percepción de satisfacción en aquellos empleados de mayor antigüedad, que se refleja en mejor calidad de atención.

En el proceso de curva aprendizaje y formación de hábitos el tiempo es un factor determinante que involucra directamente en la práctica, incluido el expediente clínico, suponíamos previo a la realización de este estudio que a mayor antigüedad la calidad de las notas sería mejor. Sin embargo al realizar un análisis estratificado entre los años de antigüedad y la calidad de la nota no encontramos diferencias estadísticamente significativas; explicamos este fenómeno a que probablemente quien llena las notas son los médicos residentes y el médico adscrito usualmente participa únicamente en la firma; probablemente si se realizara esta estratificación entre los mismos residentes existirían diferencias. Y quizá si se ampliara el estudio a un hospital de atención privada donde el riesgo de contacto médico legal es mayor habría diferencias en este rubro.

La relevancia de nuestros resultados ofrecen una validez externa suficiente para considerar nuestros resultados como un reflejo de lo que puede estar sucediendo en otros hospitales del sector salud. Se ofrece información sobre aquellos rubros de las notas de anestesia que no son llenadas habitualmente. No existen estudios previamente realizados con estas características en la que se aborde específicamente la calidad de las notas en una especialidad en particular.

Si bien es claro que la nota no refleja del todo la calidad en la atención, sí es un instrumento útil que define el trabajo del médico en muchos aspectos.

De estos resultados pueden desprenderse nuevos estudios que busquen la adecuada aplicación de la norma en la realización de las notas en otros hospitales públicos y privados.

Conclusiones

- La nota pre anestésica presenta el mejor porcentaje de apego a la norma.
- La nota trans anestésica fue la que menor porcentaje de apego mostró.
- No hay diferencias entre los años de antigüedad y la calidad de la nota.

REFERENCIAS

1. Demaria S, Blasius K, Neustein SM. Missed steps in the preanesthetic set-up. *Anesthesia & Analgesia*. 2011;113(1):84-8.
2. Barnett S, Moonesinghe SR. Clinical risk scores to guide perioperative management. *Postgraduate Medical Journal*. 2011;87(1030):535-41.
3. Merchant R. Special announcement: Guidelines to the practice of anesthesia-Canadian Journal of Anesthesia / Journal canadien d'anesthésie. 2010;57(1):15-7.
4. Kesselheim AS, Studdert DM. The Supreme Court, preemption, and malpractice liability. *New England Journal of Medicine*. 2009;360(6):559-61.
5. NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología. 2011.
6. Smith AF, Mishra K. Interaction between anaesthetists, their patients, and the anaesthesia team. *British Journal of Anaesthesia*. 2010;105(1):60-8.
7. Hariharan S, Chen D, Merritt-Charles L. Evaluation of the utilization of the preanaesthetic clinics in a University teaching hospital. *BMC Health Services Research*. 2006;6(1):59.
8. White SM. Consent for anaesthesia. *Journal of Medical Ethics*. 2004;30(3):286-90.
9. Horn J, Bell MD, Moss E. Handover of responsibility for the anaesthetised patient – opinion and practice. *Anaesthesia*. 2004;59(7):658-63.
10. Buhre W, Rossaint R. Perioperative management and monitoring in anaesthesia. *The Lancet*. 2003;362(9398):1839-46.
11. Martina JR, Westerhof BE, van Goudoever J, de Beaumont EM, Truijten J, Kim Y-S, et al. Noninvasive Continuous Arterial Blood Pressure Monitoring with Nexfin®. *Anesthesiology*. 2012;116(5):1092-103.
12. Sessler DI. Temperature monitoring and perioperative thermoregulation. *Anesthesiology*. 2008;109(2):318-38.
13. Smith AF, Pope C, Goodwin D, Mort M. Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: observational study of handovers in the recovery room. *British Journal of Anaesthesia*. 2008;101(3):332-7.
14. Horn J, Bell MD, Moss E. Handover of responsibility for the anaesthetised patient – opinion and practice. *Anaesthesia*. 2004;59(7):658-63.
15. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Disponible en: http://www.jcaho.org/about+us/news+letters/sentinel+event+alert/sea_6.ht, 20 de abril 2004.
16. Pineda-Perez D, Puentes-Rosas E, Garrido-Latorre F. Calidad en el llenado del expediente clínico quirúrgico en proveedores públicos de salud en México. *Rev CONAMED*. 2011; 16(3):101-107.
17. Cristina-Ugalde M, Soto-Rivera B, Rosas-Barrientos JV, Trujillo-Esteves C. Validación de un instrumento para evaluar la satisfacción del usuario durante el periodo preanestésico en el Hospital Regional 1° de Octubre. *Rev Esp Méd Quir*. 2012; 17(1).
18. Haller G, Stoelwinder J, Myles PS, McNeil J. Quality and safety indicators in anesthesia: a systematic review. *Rev Anesthesiology*. 2009; 110(5):1158-75.
19. Casas-Viveros LL, Dosta-Herrera JJ, Garduño-Juárez J. Criterios para evaluar la calidad de la anestesia: los cirujanos opinan. *REV.ANEST.MEX*. 1999; 11: 2: 58-64.
20. Carrillo-García C, Solano-Ruiz MC, Martínez-Roche ME, Gomez-García CI. Influencia del género y edad: satisfacción laboral de profesionales sanitarios. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(6): 1314-1320. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000601314&lng=en.

Conocimiento sobre responsabilidad profesional en la atención médica: ¿falta de actitud, interés o educación?

Knowledge on professional responsibility in medical attention: lack of attitude, interest or education?

Raúl Tachiquín-Sandoval,¹ Ana Cecilia Romero-Escobedo¹
Luis Alejandro Padilla-Villalobos¹

RESUMEN

Introducción. En la mayor parte de las decisiones de la atención médica la responsabilidad recae principalmente sobre el personal médico. Todos los involucrados tenemos derechos y obligaciones, administrativos ante las instituciones, y sobre nuestro actuar ante la ley. Los perfiles permiten definir los alcances de las denuncias en el constante y cada vez más elevado índice de quejas, apreciar si éstas son o no procedentes, y qué parte de la cadena de atención médica es la responsable de dicha denuncia. El objetivo del estudio fue determinar el grado de conocimiento que tiene el personal de salud sobre responsabilidad profesional.

Material y Métodos. Se realizó un estudio transversal, tipo encuesta, con muestreo no probabilístico por conveniencia, durante el período de mayo del 2008 a agosto del 2011, en 861 personas de cualquier categoría de contratación, de ambos sexos, eliminando 120 encuestas. El instrumento consta de 20 reactivos de respuesta abierta, incluyendo como indicadores términos básicos sobre responsabilidad profesional y marco jurídico; realizando el mismo procedimiento a dos grupos control.

Resultados. Contestaron de forma completa el 86%. El mínimo de respuestas fue 0(54%), el máximo de 17(0.13%); la calificación promedio de las 741 en-

cuestas fue de 0.4%. No hubo predominio en cuanto al género. El mayor número de encuestados entró en el rango de 20-40 años de edad (82%), y de 1-20 años de antigüedad (96%); no hubo diferencia significativa entre los grupos.

Conclusiones. La aplicación de esta encuesta nos permitió determinar que el grado de conocimiento sobre responsabilidad profesional es malo (0.1%); es necesario organizar actividades informativas y concientizar al personal de salud.

Palabras clave: conocimiento de responsabilidad profesional, atención médica, quejas.

ABSTRACT

Introduction. Responsibility in most decisions of medical attention falls mainly on the medical staff. All the staff involved has rights and obligations, administrative towards institutions and concerning our behaviour before the law. The profiles allow to define the denunciations reach in the constant and ever-growing complaints index, see whether they should proceed or not, and what part of the medical attention chain is responsible for such suit.

Material and Methods. A transversal survey study

¹ Hospital Comunitario Nochistlán. Servicios de Salud de Zacatecas, MÉXICO.

Folio 259/2014 Artículo recibido: 15-01-2014 Artículo reenviado: 02-02-2014 Artículo aceptado: 21-02-2014

Correspondencia: Dr. Raúl Tachiquín Sandoval. Departamento de Gestión de Calidad. Hospital Comunitario Nochistlán, Servicios de Salud de Zacatecas. Josefa Ortiz de Domínguez No. 11, Col. Centro, C.P. 99900, Nochistlán, Zacatecas. México. Correo electrónico: tachirurgia@hotmail.com.

was made, with non-probabilistic sampling for convenience, during the period of May 2008 to August 2011, on 861 people of any contract category, both sexes, removing 120 surveys. The instrument consists of 20 open-ended questions, including as indicators the basic terms on professional responsibility and legal framework; applying the same procedure to two control groups.

Results. The 86% answered in completeness. Minimum of answers were zero (54%), while the maximum was 17(0.13%); average grade of the 741 surveys was of 0.4%. there was no predominance on the matter of gender. Most respondents were in the 20 to 40 years old

(82%) range, and 1-20 years of seniority (96%), there was no meaningful difference between the groups.

Conclusions. Applying this surveyed allowed us to determine that the level of knowledge on professional responsibility is low (0.1%); it is necessary to organize informative activities and create conscience o the matter among the healthcare providers.

Key words: professional responsibility knowledge, medical attention, complaints.

INTRODUCCIÓN

Posiblemente el cariz legal más antiguo que implica el castigo material sea el Talión (del latín *talio*), pena en hacer sufrir al infractor un daño igual al que causó. Esto es “ojo por ojo, diente por diente” o dicho de otra manera “tal harás, tal hallarás”. Uno de los primeros códigos legales en los cuales se hace referencia a la responsabilidad profesional y castigo al infractor, es el de Hammurabi, 2000 años a.C. dentro de las profesiones mencionaba a los médicos y especificaba los castigos a los incumplidores, algunos tan drásticos como pérdida de manos e incluso la vida. Los códigos legales mejor elaborados y de los cuales derivan las leyes actuales en casi todo el mundo, con pequeñas variaciones en cada país, son el código Romano y las reformas que se le hicieron después de la Revolución Francesa. Actualmente las leyes de todos los países tipifican y penalizan los delitos a las desviaciones de las normas legales profesionales, incluida desde luego la medicina, en México se encuentra reglado por disposiciones plasmadas en las distintas leyes y códigos, que pueden ser estatales o federales y si el fuero es común o federal.^{1 2}

Se define como responsabilidad médica profesional “al delito en que puede incurrir un médico durante el ejercicio de la profesión al infringir alguna de las leyes civiles o penales que norman su conducta profesional”. Esto es, cuando un médico desacata consciente o inconscientemente las normas legales que rigen su profesión, incurrirá en un delito y se hará acreedor al castigo que las propias leyes fijen.^{1 2 3}

A través del tiempo se han conjuntado códigos de ética médica, con el objetivo de referir obligaciones y deberes, para organismos de la federación, de la sociedad, de los médicos y los propios pacientes (Cuadro 1). La expansión del conocimiento ha generado el surgimiento

de subespecialidades que han obligado al médico a referir al paciente a un colega para valoración, siendo hasta 80% de fallas interinstitucionales y un 20% por errores médicos evidenciados.³

Cuadro 1. Derechos de los Pacientes.

1	Recibir atención médica adecuada.
2	Recibir trato digno y respetuoso.
3	Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4	Decidir libremente sobre su atención.
5	Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
6	Ser tratado con confidencialidad.
7	Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8	Recibir atención médica en caso de urgencia.
9	Contar con un expediente clínico.
10	Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Fuente: CONAMED

En México, se cuenta con una carta de los Derechos Generales de los Médicos (Cuadro 2), misma que se deriva del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, del Programa Nacional de Salud y la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, consensuada por coordinación

de la CONAMED, siendo aceptada después de su análisis y algunas modificaciones por 2,089 colegios médicos, escuelas de medicina, secretarías gubernamentales, en la cual se citan 10 derechos del profesional médico; fundamentados tanto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud y el Código Penal Federal vigentes (2005).⁴

Cuadro 2. Derechos de los Médicos.

1	Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza.
2	Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional.
3	Tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional.
4	Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica.
5	Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional.
6	Tener acceso a educación médica continua y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional.
7	Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión.
8	Asociarse para promover sus intereses profesionales.
9	Salvaguardar su prestigio profesional.
10	Percibir remuneración por los servicios prestados.

Fuente: CONAMED

Por definición, la responsabilidad médica implica el compromiso moral de responder de los actos propios –incluso, en algunos casos de los ajenos– y la obligación de reparar o indemnizar las consecuencias de actos perjudiciales para terceros. Dos vertientes de un concepto que contiene elementos tan antiguos y complejos como el acto médico mismo. La primera vertiente invoca la convicción vocacional y moral del profesional y su capacidad científico-técnica; se basa en principios éticos generalmente establecidos por los propios médicos. La segunda surge del Derecho, es coercitiva y se rige por leyes emitidas por el Estado; tiene como principal objetivo, calificar y castigar los actos del médico que perjudiquen al enfermo, física, moral y económicamente.⁵

Los principios éticos surgen con el inicio de la medicina racional (400 años a.C.) con el *Juramento Hipocrático*, el cual contiene los fundamentos del ser y del hacer del médico:

1. Favorecer, no perjudicar.
2. Voto de la total entrega a la profesión.
3. Dedicación y fidelidad al enfermo buscando hacer el bien.
4. Hacer sólo lo que se sabe hacer.
5. Conducta honesta con el enfermo, su familia y la sociedad.
6. No divulgar las condiciones del enfermo ni las intimidades de su familia.
7. Fidelidad al maestro y compromiso de transmitir los conocimientos.

Los rasgos esenciales de estas sentencias son, por una parte, la búsqueda del bien para el enfermo, lo que desde la Edad Media se ha llamado “principio de beneficencia”; por la otra, el voto, casi religioso, que obliga al médico a la absoluta dedicación al enfermo y le exige una conducta recta, casi ascética, dentro de lo que se incluye el compromiso de guardar la intimidad del enfermo y la familia. Condiciones que le otorgan cierta superioridad ante el enfermo y ante sus conciudadanos. En consecuencia, el acto médico es claramente paternalista y benevolente, pero al enfermo se le niega la autonomía y capacidad de decisión. Desde el siglo V a.C. hasta bien entrado el siglo XX, esta forma de ética médica fue la base de la medicina occidental.⁵

Los principios legales son consecuencia de la organización de los Estados y desde las primeras leyes escritas que se conocen en el *Código de Hammurabi*, ya se mencionan algunas normas para la práctica de la medicina, que sólo consideran los castigos por errores o negligencia del médico, pero dadas las características autoritarias de las sociedades sumerias que fundaron el Estado, nada se menciona acerca de los derechos de los enfermos. A partir del siglo XVII se acepta que el estado natural del hombre es la plena libertad y la soberanía individual, regido por un “contrato social” con leyes que enseñan: “siendo iguales e independientes, nadie debe dañar a otro en su vida, salud, libertad y posesiones”. Esta filosofía liberal se incorpora a las leyes fundamentales de la mayoría de los países como derechos naturales del ser humano, válidos aun en la enfermedad. Surge así el concepto de “los derechos de los enfermos”, que suprime la relación médico-paciente basada en el paternalismo y cambia la legislación sobre la responsabilidad del médico en su ejercicio profesional. En la “Declaración de Lisboa” de 1981 se expresan los “derechos que deben reconocerse en los enfermos” (Cuadro 1).⁵

En México, en una encuesta entre cirujanos mostró que el 81% de los profesionistas practican la medicina defensiva por temor a ser demandados.⁶ Sin embargo, como dice el Dr. Laín Entralgo, “la conducta moral del individuo está dictada por una ética, antes que por una ley. Es necesario que el hombre tenga una normativa propia que lo impulse a la acción moral y le motive para lograr la identificación y reconciliación consigo mismo, fomentando la idea de la propia estimación”. La conducta moral del individuo está dictada por su ética antes que por la ley; la moral individual es mucho más que la simple obediencia a las leyes.⁵

En 1978 en Estados Unidos, en el informe “Belmont” se consagran los tres principios que orientan a la ética médica: Autonomía, beneficencia y justicia:

- a) *Respeto a la autonomía.* Definida como la decisión deliberada para pensar, decidir y actuar en forma independiente, contiene las siguientes importantes implicaciones base de los derechos de los enfermos: el principio del consentimiento informado, el principio de la máxima capacidad técnica y el principio de la autenticidad del bien.
- b) *Función benéfica y función no perjudicial.* El acto médico obliga al médico a asumir la obligación personal y profesional de buscar el bien del enfermo. Este compromiso especial es reconocido por la sociedad y por el enfermo como parte de un contrato entre el médico y el paciente. La responsabilidad del médico es cumplir con el contrato tácitamente adquirido, para lo cual debe estar capacitado técnicamente, de lo contrario, recomendar al enfermo con el médico adecuado. Al decidir los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, es necesario asegurarse, hasta donde la información y la experiencia lo permiten, de que el posible efecto secundario es mejor para el enfermo si se logra el beneficio que se pretende.
- c) *Justicia.* Este principio exige que las personas se traten mutuamente con equidad, respetando sus derechos, lo que obliga al médico a dedicar el mismo tiempo, interés y solicitud para todos sus enfermos. Igualmente, el principio de justicia requiere la distribución equitativa de los recursos disponibles.⁵

Como se ha comentado la responsabilidad médica implica el compromiso moral de responder a los actos propios y la obligación de reparar o indemnizar las consecuencias de los actos perjudiciales para terceros. Y obedece a situaciones que podemos encuadrarlas en:

- *Negligencia:* se refiere al incumplimiento de los principios del arte o profesión, sabiendo lo que se debe de hacer y no se hace o viceversa;
- *Impericia:* falta de habilidades o conocimientos básicos

que debe tener un profesional; e

- *Imprudencia:* afrontar riesgos sin haber tomado las debidas precauciones, es ir o llegar más allá de donde se debe.⁴

Las reclamaciones más comunes según la CONAMED menciona: mala atención, negligencia, diagnóstico insuficiente, alta prematura, impericia y deficiencia administrativa y cuyos servicios más afectados fueron: obstetricia, medicina familiar, cardiología, urgencias, ortopedia, cirugía general, oftalmología, etc., de ellos el 50% de las resoluciones fue favorable al médico, 25% conlleva reparación del daño y 25% alcanza convenio; cuando el costo de la indemnización oscila entre \$30,000.00 y \$300,000.00, más los honorarios de los abogados. Este fenómeno no es privativo de instituciones de seguridad social sino también afecta a establecimientos privados.⁶

Comenta el Dr. Ruelas Barajas: “Hay que subrayar, que así como se exige responsabilidad médica en la atención, también el paciente tiene responsabilidad, ya que se trata de una corresponsabilidad y es imposible que el médico pueda garantizar un alto nivel de calidad si el paciente decide no tomarse el medicamento, o si no asiste a la consulta a la que fue citado, asimismo, cuando se hable de calidad en la atención de un paciente se involucran muchos factores médicos, de diagnóstico, pronóstico, rehabilitación, relación médico-paciente, ambiente que rodea esta interacción y las comodidades existentes. Hoy, gracias al conocimiento que hemos adquirido, sabemos que las cadenas se rompen por los eslabones más débiles, no hay que buscar un culpable, hay que buscar qué fue lo que ocurrió en la institución, muchos de esos actos de aparente negligencia son resultado del sistema. No es culpa de una persona sino de un sistema, el tema de los indicadores es muy importante para emitir un juicio”.⁶

La opción que hoy se tiene de poner en contacto al médico con las personas que están presentando la queja, ha permitido que en un gran número de casos, las explicaciones dadas por el primero y la comprensión del problema por los afectados, conduzcan a un desistimiento de la queja.⁷ Cuando se analizan las controversias la mayoría son el resultado de una falta de comunicación entre el médico y el paciente,⁸ comentarios negativos o injustos de médicos acerca de la actuación de sus colegas, burocratismo, costos excesivos, intereses de terceros e inconformidades por los resultados de la atención médica, principalmente por impericia y negligencia.⁹ Asimismo las tendencias en cuanto a incremento de la participación y ampliación del concepto preventivo de los profesionales tanto en seguridad en el trabajo como su proyección hacia el usuario.¹⁰ Se ha considerado a la iatrogenia como una situación generada por la acción errónea de un individuo,

aunque algunos autores han propuesto que ésta sea aceptada como una omisión colectiva de naturaleza muy compleja, en la que los elementos de gasto social, la formación de todos los profesionales de la medicina, la capacitación a los administradores e incluso la educación al público; considerando por tanto la participación del médico sólo como parte de todo un sistema.¹¹ Incluso algunas propuestas al órgano legislativo por parte de la Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C. y Colegio de Postgraduados en Cirugía General, A.C., incluyen en sus puntos las obligaciones del usuario y el consentimiento informado como excluyente de responsabilidad.¹² Así como en otras ramas de la medicina como la odontología se ha observado la misma problemática,¹³ y la rama de enfermería ha normado también sus derechos para tratar de objetivamente contrarrestar una parte importante de las quejas (Cuadro 3).¹⁴

Cuadro 3. Derechos de los y las enfermeras (os).

1	Ejercer la enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.
2	Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.
3	Contar con los recursos necesarios que les permitan el óptimo desempeño de sus funciones.
4	Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
5	Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como de personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.
6	Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud.
7	Tener acceso a las actividades de gestión, docencia e investigación de acuerdo a sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales.
8	Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.
9	Acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo a sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna.
10	Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados.

Fuente: CONAMED

Los estudios regionales y locales sobre la temática mencionada y la importancia de crear conciencia al enfrentar el desconocimiento de la responsabilidad profesional y el marco jurídico que nos rige, para tomarlo en cuenta como punta de lanza ante la evidencia descrita en el ámbito de no influir en la medicina defensiva sino en la medicina responsable, institucional y privada, con el consecuente crecimiento personal y el decremento de inconformidades verbales o escritas sobre la atención médica;^{15 16} con la aplicación de las metas de seguridad principalmente en el paciente quirúrgico,^{17 18} el fortalecimiento de la relación médico-paciente con el modelo de responsabilidad compartida,¹⁹ conociendo las obligaciones que como prestador de servicios de salud tenemos para con los usuarios del mismo,²⁰ hermanando la medicina y el derecho mediante una visión más comprensiva y más justa en el abnegado quehacer profesional en beneficio de la humanidad entera, para que sea menos vulnerable a las crecientes acciones jurídico-legales que en su contra se han instaurado tantas veces motivadas por sentimientos y emociones carentes de objetividad y buen juicio;²¹ ésto no significa, por supuesto, encubrir o justificar los errores, las irresponsabilidades o la negligencia; nuevamente la prioridad se centra en el paciente, pero tampoco es válido desprestigiar o desmentir a un colega para apropiarse del paciente o para aparecer como el salvador²² o incluso, ser parte fomentadora de la demanda o inconformidad.²³

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, tipo encuesta con muestreo no probabilístico por conveniencia, se llevó a cabo en las siete Jurisdicciones Sanitarias, ocho de los once Hospitales Comunitarios, y seis Hospitales Generales y de Especialidad de los Servicios de Salud de Zacatecas, así como a personal de Centros de Salud "C", Caravanas de la Salud y de Extensión de Cobertura, del mes de Junio del 2008 hasta Octubre del 2011. Se incluyeron médicos especialistas de cualquier rama, médicos generales, médicos pasantes en servicio social, enfermeras generales, auxiliares de enfermería y otras áreas (técnicos laboratoristas, auxiliares administrativos, limpieza, etc.); activos, de ambos géneros (masculino o femenino), con cualquier tipo de contratación: confianza, base, contratos eventuales, que aceptaron participar en el estudio. Se eliminaron las encuestas que no fueron contestadas al 100%. El instrumento estuvo estructurado por 20 reactivos de respuesta abierta, dividido en variables demográficas y laborales que no califican y en aspectos de responsabilidad profesional (12) y referentes al marco jurídico de la práctica médica (8), validado por consenso

de expertos (personal miembro del Comité de Asuntos Médico-legales de la AMCG y CPCG y expertos en investigación del Depto. de Enseñanza e Investigación de los Servicios de Salud de Zacatecas). Se aplicaron 861 encuestas, con eliminación de 120 de ellas por estar contestadas en forma incompleta (14%) de un total de 4435 personas en nómina. Asimismo se realizó la encuesta a dos grupos control: 1) grupo perteneciente a una Jurisdicción Sanitaria a la cual se le otorga capacitación y al mes se les aplica el instrumento y 2) a un grupo de personal de salud de una institución pública diferente a la nuestra (73 encuestas).

Se realiza el instrumento con respuestas abiertas para conocer si en propias palabras o con las palabras correctas el interrogado puede definir de manera adecuada los conceptos básicos o principales que se vierten en esa definición para evaluar la capacidad del entendimiento de ese cuestionamiento, ya que el no comprenderlo o conocerlo no exime de tener un evento de responsabilidad profesional por desconocimiento del mismo, realizando en forma comparativa un instrumento donde existe la posibilidad de correlacionar estos mismos conceptos (opción múltiple y correlación de columnas) con definiciones y/o respuestas correctas realizadas a las mismas personas en diferentes tiempos sin significancia alguna en la variación de respuestas correctas, pero que en otros encuestados por lógica la correlación es más sencilla y más alto el puntaje, siendo en las mismas personas encuestadas de inicio con la respuesta abierta aciertos de 0 a 3 y en la segunda opción la variación de 7 hasta 14 aciertos, por lo que se considera que dado el objetivo de este estudio que es el de saber el nivel de conocimiento sobre el tema de responsabilidad profesional y marco jurídico que rige este actuar, el instrumento de respuesta abierta es mejor y se calificó como acertada de la siguiente manera: cuando se vierten los puntos principales y objetivos en las definiciones, cuando es más de una respuesta se toma el anotar el 50% o más de la misma.

El conocimiento sobre responsabilidad profesional y el marco jurídico se midió de acuerdo al número de reactivos contestados correctamente. Cuando el número de respuestas correctas fue de 17 a 20, el conocimiento se consideró excelente; de 13 a 16, muy bueno; de 9 a 12, bueno; de 5 a 8, regular; menos de 5, malo. La escala de medición fue ordinal. Las mediciones estadísticas aplicadas fueron las propias de la estadística descriptiva.

RESULTADOS

De un total de 4435 personas en nómina de los Servicios de Salud de Zacatecas, se calificaron 741 encuestas correspondientes al 86% del total de encuestas realizadas

(861), contestando en forma completa el 100% de las mismas. Cuatrocientos setenta y uno (471) personas correspondieron al sexo femenino (63.5%) y doscientos setenta (270) al masculino (36.5%), sin predominio significativo respecto al género de encuestados.

La edad de los encuestados tuvo un rango de 19 a 58 años; divididos en cuatro grupos (19 a 30, 31 a 40, 41 a 50 y 51 o más); encontrándose en el primer grupo 384 personas (52%), en el segundo representó 219 personas (30%), el tercer grupo de 104 personas (14%) y el cuarto grupo de 34 personas (4%); entre 20 y 40 años de edad se encontró el mayor número de personas con un 82%.

El 100% de los encuestados trabajan en la parte institucional, y de ellos sólo 9% también laboran en la parte privada de la medicina (médicos especialistas, generales y licenciatura en enfermería); siendo seis Hospitales Generales y de Especialidad, 134 personas laboran en estos (18%); correspondientes a un 2º y 1er nivel Unidades Híbridas (Hospitales Comunitarios) siendo ocho con un número de encuestados de 185 (25%) y 422 personas laboran en 1er nivel de atención (57%).

En los años de ejercer la profesión, se tuvo un rango de 1 a 30 años; dividiéndose en tres grupos, dependiendo de los años de antigüedad, en el primer grupo (menos de 10 años) se tuvieron 529 personas (71.4%), el segundo grupo (de 10 a 20 años de antigüedad) se contabilizaron 186 personas (25%), el tercer grupo (de 21 a 30 años de antigüedad) fueron 23 personas (3.5%) y el cuarto grupo (de más de 30 años de antigüedad) sólo 3 personas (0.5%). Siendo hasta los 20 años de antigüedad el grueso de la población encuestada con 715 personas (96%).

De los cuales se dividieron en 65 médicos especialistas, 202 médicos generales, 295 personal de enfermería (152 enfermeras generales, 83 licenciadas en enfermería, 10 enfermeras especialistas, 37 auxiliares de enfermería y 13 enfermeras pasantes en servicio social) y 99 de otros y su relación con la plantilla institucional. Siendo la rama médica la más encuestada con 347 personas (47%), seguida por enfermería con 295 personas (40%) y otros con 99 personas (13%).

Los resultados correspondientes al conocimiento de la responsabilidad profesional se describen en el Cuadro 4. Los resultados correspondientes al conocimiento del *marco jurídico* se describen en el Cuadro 5. Los resultados de la aplicación de la encuesta mostraron que se encuestó al 19.4% del total de la población en nómina de nivel operativo de los Servicios de Salud de Zacatecas; contestando de forma completa la encuesta el 100%, teniendo como rango mínimo de 0 (54%) respuestas correctas y un máximo de 17 (0.13%). La calificación

obtenida con mayor frecuencia fue de 0 reactivos (54%) en 401 encuestas, continuando la de 1 acierto con 227 (31%), la calificación promedio del total de las 741 encuestas fue de 0.4 (malo).

Los encuestados se catalogaron por género en 471 femeninos (63%) y 270 masculinos (37%); así como por grado de complejidad de la Unidad de Adscripción con 422 (57%) de 1er Nivel de Atención, 185 (25%) perteneciente a Unidades Híbridas como son los Hospitales Comunitarios y 134 (18%) a Unidades de 2º a 3er Nivel de Atención de la Entidad.

La calificación promedio total se encontró muy por debajo de la media (10 de 20). Del total de preguntas, se revisó que el apartado de responsabilidad profesional fue el que más reactivos correctos tuvo con 445 y el de marco jurídico sólo 171.

Se concluyó que los entrevistados no fueron capaces de puntualizar, en respuestas abiertas, los conceptos de las definiciones solicitadas sobre responsabilidad profesional y el marco jurídico que rige el actuar en la atención médica.

Cuadro 4. Responsabilidad Profesional.

PREGUNTA	CORRECTO	%	INCORRECTO	%	TOTAL	% TOTAL
1. Definición responsabilidad profesional	25	3.4	716	96.6	741	100
2. Derechos de los pacientes	252	34	489	66	741	100
3. Derechos de los médicos y/o enfermeras	40	5.4	701	94.6	741	100
4. Delitos médicos en el ejercicio profesional	21	2.8	720	97.2	741	100
5. Tipos de sanciones y quién las aplica	5	0.6	736	99.4	741	100
6. Cuántos son en número los derechos de médicos, pacientes y enfermeras	80	11	661	89	741	100
7. Definición de Calidad en la atención médica	0	0	741	100	741	100
8. Defina el término "error médico"	0	0	741	100	741	100
9. Quién rige el marco jurídico de la práctica médica	0	0	741	100	741	100
12. Defina "criterio médico"	0	0	741	100	741	100
16. Defina "evento adverso"	12	1.6	729	98.4	741	100
17. Defina "evento centinela"	10	1.3	731	98.7	741	100

Cuadro 5. Marco Jurídico.

PREGUNTA	CORRECTO	%	INCORRECTO	%	TOTAL	% TOTAL
10. Artículo que refiere el derecho a la salud	101	13.6	640	86.4	741	100
11. Artículo que reza que toda persona tiene derecho a dedicarse a la actividad, trabajo u oficio que le agrade siempre y cuando sea lícito	15	2	726	98	741	100
13. Artículo que reza que el médico está obligado a poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio del paciente	0	0	741	100	741	100
14. Artículo que define la atención médica	20	2.7	721	97.3	741	100
15. Artículo que define la "lex artis"	15	2	726	98	741	100
18. Artículo que refiere que todo profesional está obligado a proporcionar al usuario y/o familiares, el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondiente	0	0	741	100	741	100
19. Artículo que menciona el derecho de los usuarios a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea	0	0	741	100	741	100
20. Artículo que refiere que la actividad profesional relativa a la enfermería, enfermera-partera y médico debe de contar con título y cédula profesional para su ejercicio	20	2.7	721	97.3	741	100

DISCUSIÓN

Fuera de las personas que han estado inmersas en el tema del conocimiento sobre la responsabilidad profesional y el marco jurídico de la práctica médica, ya sea en forma voluntaria o involuntaria como peritos o asesores de asuntos médico-legales en instituciones o asociaciones regionales o nacionales es malo; es muy variable en toda la población como servidores públicos o privados de la

atención médica, el desinterés hacia este tipo de temas y aunque podemos decir que pudo ser al azar la contestación de este instrumento, no hay diferencia significativa entre las diferentes categorías estudiadas respecto al tipo de contratación. Esto permitió conocer que el conocimiento del personal involucrado en la atención médica sobre responsabilidad profesional es malo (0.4%), pero pese a ello, los comentarios de los participantes acerca de mayor información con pláticas o cursos sobre este

tema son prometedores, aunque es conveniente hacer mención que las definiciones principalmente solicitadas en lo referente a responsabilidad profesional se han visto en pláticas sobre Calidad y Seguridad del Paciente, ya que desde el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, del Programa Nacional de Salud y la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se han llevado a cabo en todos y cada uno de los Centros de Atención Médica de los Institutos de seguridad social (SSA, IMSS, ISSSTE, etc.). Existen muchos reportes teóricos nacionales y extranjeros, en libros y revistas, en los últimos años; teniendo un gran impulso en Asociaciones y Colegios, Nacionales y Estatales este tipo de información mediante Talleres, así como en la Formación de Peritos para las listas de los Colegios, existiendo un instrumento utilizado en el 2006 por López-Almejo y cols., sobre este tema para la especialidad de Ortopedia y Traumatología de la UMAE Magdalena de las Salinas del IMSS, en el cual es comparable los resultados obtenidos en donde ellos sólo lo aplican a los Especialistas en Ortopedia y Traumatología por el alto índice de demandas en dicha Unidad, así como lo realizan con el instrumento de opción múltiple; que son los mencionados en nuestra encuesta en opción múltiple y correlación de columnas con aciertos de 7 a 14 en médicos especialistas, médicos generales y enfermería.

Conclusiones

Consideramos de sumo interés el hecho de apreciar que es un gran porcentaje el del personal que aún le falta por lo menos 10 años de trabajo por edad (82%) y antigüedad (96%) y que se debe concientizar sobre esta problemática para aumentar el conocimiento sobre el tema de este artículo como medio para prevenir y disminuir las cada vez más frecuentes, demandas o inconformidades en la atención médica, secundarias al desconocimiento de derechos y obligaciones de todas y cada una de las partes que la conforman. El reporte regional dado por Tachiquín-Sandoval en donde se encuesta a uno de los Hospitales Comunitarios y cuyo reporte es malo en cuanto al conocimiento sobre este tema en particular se generaliza a nivel Jurisdiccional y Estatal y se compara con otro Hospital del mismo nivel, así como de otras instituciones públicas que manejan el mismo nivel de atención. También es importante comentar el hecho de que se encuestó al 50% de Médicos Pasantes en Servicio Social de la Entidad cuyo resultado malo es conducente de hacer un llamado a las instancias educativas pertinentes locales y de otros Estados para manejar la temática de bioética y/o responsabilidad profesional dentro de su programa curricular o, al menos, una inducción durante su curso preparatorio de inicio de actividades del Servicio Social.

REFERENCIAS

1. Dobler-López IF. La Responsabilidad en el ejercicio médico. 2ª ed. México: Manual Moderno; 1999. p. IX, 1-32.
2. Gispert-Cruells J. Conceptos de bioética y responsabilidad médica. 3ª ed. México: Manual Moderno; 2005. p. 277-320.
3. Cote-Estrada L, García Torres PO. La práctica médica y sus controversias jurídicas. México: Científica Médica Latinoamericana; 2002. p. 12-34.
4. López-Almejo L, Palapa-García LR, Bueno-Olmos ME. Conocimiento de la responsabilidad profesional en la práctica médica. Acta Ortop Mex. 2006; 20(3):132-138.
5. Tenorio-González F. Responsabilidad profesional del médico. Cir Cir. 2004; 72(6):443-445.
6. Vargas-Domínguez A. La responsabilidad en la atención médica. Bol Asoc Mex Cir Gen. 2006; XII (2):1-8.
7. Aguirre-Gas HG, Vázquez-Estupiñán F. El error médico. Eventos adversos. Cir Cir. 2006;74:495-503.
8. Cote-Estrada L, García Torres PO. La práctica médica y sus controversias jurídicas. Cir Gen. 2002; 24(3):237-238.
9. Valle-González A. El arbitraje médico en quejas de cirugía general. Análisis de 18 casos. Cir Gen. 2001; 23(1): 9-20.
10. Campos Rodríguez I. Tendencias actuales en la gestión del riesgo profesional. Rev Latinoam Salud Trab. 2001;1(1): 35-36.
11. Vázquez-Valdez E, Vázquez-Rossainz E, Barradas-Guevara MC. Iatrogenia ¿error individual?, ¿falla de sistema? Cir Cir. 2003; 71:397-401.
12. Cote-Estrada L, Mariñelarena-Mariñelarena JL, Dávila A. Proyecto Enlace. Propuestas al órgano legislativo. Bol Asoc Mex Cir Gen. 2008; (ene-mar): 20-24.
13. Ruiz-Piñero R. La carta de los derechos generales de las y los enfermeros. Rev Mex Enferm Cardiol. 2006; 14(1): 33-35.
14. Briseño-Cerda JM. La responsabilidad profesional en odontología. Revista ADM 2006; LXIII (3). 111-118.
15. Tachiquín-Sandoval R. Conocimiento sobre responsabilidad profesional en la atención médica en un hospital comunitario de los Servicios de Salud de Zacatecas. Gac Med Zacatecas. 2008; 1(20):3-7.
16. Tachiquín-Sandoval R. Conocimiento sobre responsabilidad profesional en la atención médica en una jurisdicción sanitaria de los Servicios de Salud de Zacatecas. Gac Med Zacatecas. 2011; 21: 15-23.
17. Campos-Castillo C, Hurtado-López LM, Basurto-Kuba E, Zaldívar-Ramírez R. Prevención de quejas y demandas al aplicar las metas de seguridad en el paciente quirúrgico. Cir Gen. 2011; 33(3): 170-174.
18. Baridó ME, Hernández PA, Menjivar RA, Torres RF, Miranda NG. Retención de cuerpos extraños en cirugía: la seguridad del enfermo en riesgo. Cir Gen. 2011; 33(3):175-179.
19. Arrubarrena-Aragón VM. La relación médico-paciente. Cir Gen. 2011; 33 (Supl 2): S122-S125.
20. Mariñelarena-Mariñelarena JL. Responsabilidad profesional médica. Cir Gen. 2011; 33 (Supl 2):S160-S163.
21. López-Gavito E. Actualidades en derecho médico. Concepto, visión ética, jurídica y humanística del ejercicio de la medicina y la responsabilidad de los profesionales de la salud. Cir Gen. 2011;33(Supl 2):S164-S167.
22. Lifshitz A. Relación del médico con el personal de salud. Cir Gen. 2011; 33 (Supl 2); S139-S140.
23. Zurita-Navarrete GR. Estado actual de las demandas. Cir Gen. 2011;33(Supl 2):S141-S146.

Aspectos legales del error médico en México

Legal aspects of medical error in Mexico

Nancy H. Santamaría-Benhumea,¹ Adriana Garduño-Alanís,¹ José A. de la Rosa Parra,¹ Marlen Santamaría-Benhumea,¹ José P. Rueda-Villalpando,² Javier E. Herrera-Villalobos¹

RESUMEN

En diferentes países el error médico es considerado una de las principales causas de demandas contra los prestadores de atención médica, lo que hace necesario poner atención en la identificación de los motivos de su incremento ya que la salud es un valor protegido por la ley. Existen diversas causas del error médico; éste surge cuando el médico actúa con negligencia, impericia o imprudencia. Si algún procedimiento o la atención médica no se apega a lo que establece la normatividad el médico tendrá que responder legalmente, es decir, deberá enfrentar una responsabilidad jurídica, ya sea de tipo civil, penal y/o administrativa. El tipo de sanciones pueden ser apercibimiento, amonestación, inhabilitación, multas, cárcel, y/o reparación de daños. Las instituciones públicas y privadas, el personal de salud, los jueces y los legisladores deben estar comprometidos con el sistema. Además, deben actuar con voluntad para garantizar la seguridad y el control de los servicios de salud, otorgando capacitación constante a los profesionales del área y condiciones de trabajo adecuadas, haciendo énfasis en la importancia de la comunicación con el paciente y sus

familiares, y estableciendo políticas de seguridad para ofrecer calidad en la prestación de los servicios de salud.

Palabras clave: error médico, aspectos legales, políticas en salud, negligencia, relación médico-paciente.

ABSTRACT

In different countries medical error is considered one of the first lawsuits causes against health care providers, which makes it necessary to pay attention in identifying the reasons of its increase, for health is a law protected value. There are several causes for medical error; it arises when the doctor performs with negligence, unskillfulness or imprudence. If any procedure or medical care does not adhere to what is established in the normative, the doctor will have to respond legally, that is to say, s/he will have to face legal liability, be it civil, criminal and/or administrative. The possible sanctions may be cautionary warning, notice of termination, disqualification, fines, jail and/or damage repair. Public and private institutions, healthcare staff, judges and legislators must all

¹ Unidad de Investigación, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini Sáenz". Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). Toluca, Estado de México, MÉXICO.

² Dirección General del Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini Sáenz". Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). Toluca, Estado de México, MÉXICO.

Folio 255/2013 Artículo recibido: 30-10-2013 Artículo reenviado: 05-12-2013 Artículo aceptado: 13-01-2014

Correspondencia: Dr. Javier E. Herrera-Villalobos. Unidad de Enseñanza, Investigación y capacitación, Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini Sáenz", Av. Paseo Tollocan s/n esq. Mariano Matamoros, Col. Universidad, Toluca, Estado de México, México. Correo electrónico: je_herrera44@hotmail.com.

be committed with the system. They should also act with the will to guarantee safety and control in the healthcare services, providing ongoing training to the professionals in the area and adequate work conditions, emphasising the importance of communication with the patients and

their family, and establishing security policies to comply with quality the provision of health services.

Key words: medical error, legal aspects, health policies, negligence, patient-doctor relation.

INTRODUCCIÓN

Actualmente existe un aumento en las demandas por el error médico y asociaciones médicas buscan los medios para enfrentar este problema.¹ Si bien es un derecho recibir prestaciones de salud oportunas y de calidad idóneas como lo marca la Constitución Política Mexicana,² esto no implica la cura de la enfermedad.

Aunque en México es escasa la información sobre los juicios y el error médico, actualmente en Estados Unidos son relativamente comunes, tal es el caso de una encuesta realizada en cirujanos especialistas quienes reportaron que más del 70% de ellos habían sido demandados al menos una vez durante el ejercicio de su profesión.³ Estudios estiman que uno de cada veinticinco pacientes que han sufrido negligencia médica interpone una demanda, a pesar de ello por cada cuatro demandas entabladas tres resultan con sentencia favorable para el médico tratante.⁴

Cometer errores es una característica del ser humano, pero en el caso del error médico no está sujeto al perdón, ubicando al médico en desventaja con otras profesiones ya que genera consecuencias en la salud, siendo ésta uno de los valores fundamentales protegidos por la ley.⁴⁻⁷ La obligación de las instituciones y/o profesionales de la salud es brindar atención médica. Si la actuación de los mismos no se ajusta a las normas que contemplan la forma en que debe ser proporcionada la atención, y llega o no a causar algún daño al paciente, surge la responsabilidad jurídica, lo anterior obliga a responder civil, administrativa y/o penalmente por el posible daño causado a quien resulte responsable de acuerdo a las leyes aplicables.

Error médico

El *error médico* es el daño provocado al paciente por la acción u omisión del médico al ejercer su profesión y sin cometerlo intencionalmente, o bien, la conducta clínica incorrecta en la práctica médica, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio equivocado, del cual se deriva la obligación de responder por los daños ocasionados y surge cuando se presenta alguno de los siguientes casos:^{6 8-11}

1. Negligencia: es el incumplimiento de los elementales principios de la profesión, esto es, que sabiendo lo que se debe hacer no se hace, o a la inversa, que sabiendo lo que no se debe hacer se hace, por lo que generalmente ocurre por omisión.^{8 12} Por ejemplo, el abandono del enfermo o negarse a atender a un paciente en caso de emergencia.
2. Imprudencia: Es afrontar un riesgo sin haber tomado las debidas precauciones para evitarlo, procediendo con apresuramiento innecesario, sin detenerse a pensar en los inconvenientes que resultarán de esa acción u omisión, es decir, consiste en hacer lo que no debería ser hecho.⁸ Por ejemplo, olvidar instrumental en la cavidad abdominal o transmitir enfermedades contagiosas por falta de asepsia.
3. Impericia: es falta de conocimientos técnicos básicos e indispensables que se deben tener obligatoriamente en determinada profesión, es hacer mal lo que debía hacerse bien.⁸ Por ejemplo solicitar laboratorios incompletos al paciente.

Sin embargo, son diversas las causas a las que se les puede atribuir como consecuencia el error médico, algunas de ellas son:^{1 5 7 8 10 12-14} el exceso de trabajo y largas jornadas laborales de los médicos; en el caso de las instituciones públicas de salud, la burocracia y el número de personas que el médico atiende; el progreso de los conocimientos médicos y tecnológicos; la especialización médica que podría implicar el descuido de aspectos generales y la mala relación médico-paciente, entre otras.

Responsabilidades jurídicas

Son de tipo Administrativa, Civil y Penal y pueden ser aplicables al mismo tiempo, es decir que un procedimiento es independiente del otro, por lo cual se puede ser juzgado por una o hasta tres vías:

1. Responsabilidad administrativa: se adquiere cuando se infringe la Ley General de Salud y/o sus reglamentos y demás disposiciones, independiente de que se

cause o no un daño a la salud del paciente.¹⁵

De acuerdo a la Ley General de Salud y el Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED),⁶ ésta no se limita únicamente a los médicos profesionistas, sino que incluye a las instituciones, técnicos o auxiliares de la salud.

Las sanciones por responsabilidad administrativa se disponen por el artículo 417 de la Ley General de Salud que consisten en: amonestación con apercibimiento, multa, clausura temporal o definitiva, que podrá ser total o parcial y arresto hasta por treinta y seis horas.¹⁶

De igual forma el artículo 418 menciona que la autoridad competente deberá fundar su resolución con base en los daños que hayan producido o puedan producirse en la salud de las personas, la gravedad de la infracción, las condiciones socio-económicas, la reincidencia y el beneficio obtenido por el infractor como resultado de la infracción.¹⁶ También, para el caso de médicos servidores públicos podrán ser sancionados por lo dispuesto en la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos, que consiste en la destitución y/o inhabilitación del cargo público.

2. *Responsabilidad civil:* obligación que una persona tiene con respecto a otra de reparar los daños y resarcir los perjuicios que haya ocasionado como consecuencia de un acto propio o ajeno. Los elementos de este tipo de responsabilidad son: que cause un daño, que alguien haya causado ese daño procediendo con dolo o con simple culpa y que medie una relación de causalidad entre el hecho determinante de daño y éste último.¹⁷

El Código Civil Federal establece en su artículo 1910 que el que obrando ilícitamente o contra las buenas costumbres cause daño a otro, está obligado a repararlo, a menos que demuestre que el daño se produjo como consecuencia de culpa o negligencia inexcusable de la víctima;¹⁸ el ofendido puede elegir entre el restablecimiento de la situación anterior a la comisión de los daños y perjuicios, cuando sea posible, o en el pago de una indemnización, cuando el daño produzca la muerte, o incapacidad total o parcial de manera permanente o temporal. El grado de la reparación se determinará atendiendo a lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo.¹⁰

Las controversias ocasionadas por una presunta responsabilidad civil médica pueden resolverse por vía jurisdiccional o mediante una amigable composición, es decir, por razón de los procedimientos de conciliación y arbitraje llevados a cabo ante la CONAMED.

3. *Responsabilidad penal:* surge del interés del Estado y de los particulares interesados en sostener la armonía jurídica y el orden público; por lo que las sanciones son impuestas por el Código Penal (prisión, reclusión, multa, inhabilitación).

Los delitos en el ejercicio profesional de la medicina se encuentran normados en los distintos Códigos Penales de la República, en la Ley General de Salud, así como sus diversos ordenamientos referentes al ejercicio profesional.

En referencia a lo anterior, el artículo 228 del Código Penal Federal establece que los profesionistas y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, se les aplicará suspensión desde un mes a dos años en la práctica profesional o definitiva en caso de reincidencia; y estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares, cuando estos obren de acuerdo con las instrucciones de aquellos.¹⁹

Los delitos en términos generales pueden ser de acción u omisión y ser realizados dolosa o culposamente.⁵ ¹⁵ El Código Penal Federal establece que obra dolosamente el que sabe que incurrirá en un delito, y obra culposamente el que incurre en un delito sin tener la intención de cometerlo,¹⁹ por lo que para ser juzgado debe existir la relación causal entre la conducta y el daño.⁵

La reparación del daño comprende la indemnización del daño material y moral causado, incluyendo el pago de los tratamientos curativos. Cuando se exija el daño en la vía penal, la indemnización será fijada por los jueces atendiendo a las pruebas obtenidas en el proceso y de igual manera en lo establecido por la Ley Federal del Trabajo.¹⁰

En las responsabilidades jurídicas mencionadas es necesario analizar que las facilidades y problemas que el médico enfrenta al ejercer su profesión con frecuencia son originadas por decisiones ajenas a él. Aunado a ello, muchos de los asuntos de salud que se resuelven a nivel jurídico son analizados por profesionales con formación y ética diferentes a las del médico, por lo que las sanciones pueden ser elaboradas por administradores, abogados u otros, quienes usualmente difieren de la visión médica.²⁰

Propuestas

Algunas de las propuestas para disminuir el error médico y por consiguiente el decremento de las demandas entabladas en contra de los médicos son:

- Actualizar continuamente al personal médico, no

basta con la formación universitaria o de una residencia médica, pues la ciencia y la tecnología son evolutivas.²⁰

- Mantener una buena relación médico-paciente, informando de los procedimientos, posibles riesgos y accidentes tanto al enfermo como a sus familiares. Es importante tomar en cuenta las opiniones, saberes e inquietudes del paciente y sus familiares para que el médico mejore la toma de decisiones.^{1 14 20}
- Participación de los médicos mediante los organismos correspondientes en la creación de leyes y procedimientos aplicables a las demandas por negligencia médica.¹
- Ser prudente teniendo un criterio adecuado y una conducta médica que surja del razonamiento y la información, aplicando una medicina asertiva,²¹ reconociendo hasta dónde se puede actuar y en qué momento referir al paciente a otro especialista.
- Ser diligente, cuidadoso y estar verdaderamente al servicio del enfermo considerándolo un todo.
- Contar con adecuadas condiciones de trabajo, para que los médicos tengan elementos necesarios y otorguen adecuados servicios a los pacientes.²⁰
- Verificar que el expediente clínico cuente con toda la información que fundamente la toma de decisiones médicas, pues en la justicia lo que no está escrito no existe.^{5 6 8 20}
- Otros países como castigo proponen además de las sanciones económicas y penas punitivas,⁸ políticas de formación para médicos con conocimientos insuficientes, incluyendo la limitación del ejercicio profesional hasta que dichas insuficiencias sean corregidas.¹

Conclusiones

- El derecho a la atención médica y el derecho a mantener la salud son distintos, el primero se encuentra protegido por la Constitución Política Mexicana y el segundo no se puede garantizar, lo que es en ocasiones motivo de confusión entre los usuarios de los servicios médicos al pensar que la salud es un derecho.^{1 5 8}
- El incremento de las demandas por errores médicos en algunos países ha causado el desarrollo de la llamada medicina defensiva, que básicamente se caracteriza por el miedo a cometer un error diagnóstico, y por el retraso en la aplicación de un tratamiento generalmente por la solicitud de pruebas e interconsultas en exceso;⁵ lo anterior es potencialmente generador de responsabilidad jurídica.^{1 5 8 10} Por ello es importante que el médico valore la posibilidad de adquirir un seguro de responsabilidad profesional,

ya que están expuestos a requerirlo en determinado momento,¹ o bien contar con la asesoría de un abogado especialista en la materia. Por ejemplo, en Estados Unidos la mayoría de los médicos cuenta con un seguro de "mala práctica médica" con el objetivo de protegerse en caso de negligencia, este seguro en la mayoría de los casos es un requisito para pertenecer o trabajar en un hospital o en un grupo médico.³

- Es necesario un compromiso del equipo multidisciplinario de salud incluyendo al personal no médico, instituciones públicas y privadas, jueces y legisladores que se acerquen a la ciencia no con el punto de vista acusador sino con la voluntad de ser parte de un sistema que garantice seguridad y control. Ya que la experiencia de otras naciones desarrolladas sugiere que no hay respuestas simples para tratar el error médico.³

REFERENCIAS

1. Asociación Médica Mundial. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la negligencia médica. Universidad de Navarra. [acceso 2012-01-03]. Disponible en <http://www.unav.es/cdb/ammmarbella5.html>.
2. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Última Reforma DOF 08-10-2013. [acceso 2013-11-06] Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>.
3. Sonny-Bal MD. An Introduction to medical malpractice in the United States. Clin Orthop Relat Res. 2009; 467: 339-347.
4. Vidmar-Neil JD. Juries and medical malpractice claims. Clin Orthop Relat Res. 2009; 467: 367-375.
5. Portero-Lazcano G. Responsabilidad penal culposa del médico: fundamentos para el establecimiento de la negligencia o impericia. Rev Latinoam Der Méd Leg. 2002 jun; 6: 89-96. Disponible en <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rlmml/v6-7n2-1/art10.pdf>.
6. Aguirre-Gas HG. El error médico: eventos adversos. Rev CONAMED. 2005; oct-dic; 11(4): 36-41.
7. Lifshitz A. El error en medicina, sus manifestaciones más frecuentes. Rev CONAMED. 2005 Oct-Dic; 11: 47-50.
8. Meirelles-Gomes JC, Veloso-de Franca G. Error médico. Iniciación de la bioética -parte IV- Bioética Clínica; 2005. 22p. [acceso 2014-02-19] Disponible en: <http://www.saip.org.uy/ehprof/errormed.pdf>.
9. Fajardo-Dolci G. Calidad de la atención médica,

- evento adverso, error médico y auto cuidado de la seguridad del paciente. Rev CONAMED. 2008 ene-mar; 13: 3-5.
10. Ramírez-Ramírez A. Certeza jurídica ante el error médico (sobre la necesidad de superar los criterios en la reparación del daño moral). Rev CONAMED. 2005 oct-dic; 11: 58-63.
 11. Liang BA. A system of medical error disclosure. Qual Saf Health Care. 2002; 11: 64-68.
 12. Murúa-Barbenza A. Error, complicaciones y negligencia médica en cirugía. Hospital Clínico Regional de Valdivia: 9-10.
 13. Chafe R, Levinson W, Sullivan T. Disclosing errors that affect multiple patients. CMAJ. 2009 May; 180: 1125-1127.
 14. O'Connor E, Coates HM, Yardley IE, Wu AW. Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. Int J Qual Health Care. 2010; 22: 371-379.
 15. Ruiz-Pulido G. Separata: responsabilidad médica. Revista de Derecho. 2003 Ago; 8. Disponible en: <http://www.cde.cl/wps/wcm/connect/74f0fb004fbf6345af88af46ce4e7365/7.pdf?MOD=AJPERES>
 16. Ley General de Salud. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios, Última Reforma DOF 24-04-2013. [acceso 2013-11-06] Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>.
 17. De Pina R. Derecho civil mexicano. México: Porrúa; 2000. 232 p.
 18. Código Civil Federal. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Última Reforma DOF 08-04-2013. [acceso 2013-11-06] Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/2.pdf>.
 19. Código Penal Federal. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Última Reforma DOF 30-10-2013. [acceso 2013-11-06] Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9.pdf>.
 20. Narro-Robles J, Rodríguez-Domínguez J, Viesca-Treviño C, Abreu-Hernández LF. Ética y salud. Retos y reflexiones. Gac Méd Méx. 2004; 140: 661-666.
 21. Manuell-Lee G. Respuesta de las instituciones de salud ante el error médico. Rev CONAMED. 2005 Oct-Dic; 11:41-47.

25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México

25 years of research on obstetric violence in Mexico

Roberto Castro,¹ Joaquina Erviti¹

RESUMEN

Se presenta un compendio de la investigación social sobre violencia obstétrica que los autores y otros han realizado en México desde hace varias décadas. El principal obstáculo que enfrenta la investigación en esta materia es la conceptualización que suele hacerse de la misma, desde el campo médico, como un problema básicamente de "calidad de la atención". Sin duda en toda violación de derechos de las mujeres en los servicios de salud hay un problema de calidad pero el tema no se agota ahí. El predominio de esta errónea construcción del problema explica la falla sistemática que han enfrentado las campañas por la "calidad" de la atención y el reiterado fracaso de los esfuerzos de "sensibilización" de los médicos, fracaso que a su vez se demuestra por las estadísticas de la propia CONAMED. Los esfuerzos de prevención de nuevas violaciones de derechos de las mujeres que se centran sólo en las cuestiones de "calidad" y "calidez" de la atención desconocen la verdadera naturaleza del problema. La propuesta es que el objeto de estudio debe construirse con un enfoque de género, bajo una perspectiva de derechos, y con el auxilio de los conceptos sociológicos de habitus profesional y campo médico. Tras argumentar la pertinencia de esta perspectiva, se muestra que la violación de derechos reproductivos de las mu-

jes es un epifenómeno de la estructura de poder del campo médico y también una consecuencia del papel que juegan sus principales actores en el mantenimiento del orden social de género vigente. El artículo concluye ilustrando con publicaciones de los autores lo fructífera que resulta esta perspectiva para comprender mejor este problema y erradicarlo más eficazmente.

Palabras clave: derechos reproductivos, violencia obstétrica, campo médico, habitus profesional, calidad de la atención.

ABSTRACT

The article presents a compendium of the social research the authors and others have done on obstetric violence in Mexico through more than two decades. The main hindrance this investigation faces is the conceptualization of this matter from the same medical field as a problem of "care quality". Undoubtedly, there is a care quality problem in every women rights violation in the health-care system but the issue does not end there. The predominance of this mistaken construction of the problem explains the systematic failure the awareness campaigns and efforts to increase sensitivity directed to physicians

¹ Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México, MÉXICO.

Folio 253/2013 Artículo recibido: 14-11-2013 Artículo reenviado: 06-12-2013 Artículo aceptado: 19-12-2013

Correspondencia: Roberto Castro Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM) de la Universidad Nacional Autónoma de México. Av. Universidad s/n, Circuito 2, C.P. 62210, Cuernavaca, Morelos. México. Correo electrónico: rcastro@correo.crim.unam.mx.

have faced; CONAMED statistics demonstrate said failures. The efforts to prevent new violations of women rights focused only on matters of "quality" and "kindness" of the attention are unaware of the true nature of the problem. The article proposes the object of study must be built with a gender approach, under a rights perspective, and aided by sociological concepts of professional habitus and medical field. After arguing for the pertinence of this perspective, it demonstrates the violation

of women's reproductive rights is an epiphenomenon of the medical field's power structure and a consequence of the role its main actors play in maintaining the current social order of gender. The article concludes illustrating with papers by the authors how fructiferous this perspective is to better understand this problem and to eradicate it more efficiently.

Key words: reproductive rights, obstetric violence, medical field, professional habitus, care quality.

INTRODUCCIÓN

Recientemente, dos casos de mujeres que tuvieron su parto en condiciones inapropiadas en Centros de Salud de los servicios estatales de Salud llamaron la atención de los medios masivos de comunicación. Se trata de Irma López Aurelio, mujer mazateca que dio a luz en el jardín del Centro de Salud de San Felipe Jalapa de Díaz, en Oaxaca;¹ y de María del Carmen Ocegüera, que parió en el área de recepción del Hospital de la Mujer de Tehuacán, Puebla.² Independientemente de lo que concluyan las investigaciones pertinentes, estos casos ponen a la vista un viejo problema que, en todo caso, gracias a las tecnologías modernas, se ha hecho más visible recientemente: la violencia obstétrica y la violación de derechos de las mujeres en los servicios de salud.

El mayor número de quejas por mala práctica médica que reporta la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en los años de 2000 al 2012 corresponden al área de ginecobstetricia (2,877 quejas concluidas).³ De nueva cuenta: independientemente de la resolución final adoptada para cada uno de estos casos, los números son indicativos de que estamos frente a un frecuente problema de violación de derechos de salud y de salud reproductiva de las usuarias, en el espacio de los servicios de salud.

El discurso médico dominante concibe a estos problemas fundamentalmente como cuestiones de "calidad de la atención". Bajo esa perspectiva se lanzó la "cruzada nacional por la calidad de la atención" desde la Secretaría de Salud (en el sexenio 2000-2006), y se han promovido múltiples cursos de "capacitación" y "sensibilización" para el personal de salud, a fin de que pueda brindar un "trato digno" a las usuarias. El fracaso de esta estrategia está a la vista como lo demuestra el creciente número de quejas y denuncias en este campo. Las causas de este fracaso pueden estudiarse científicamente.

En efecto, desde hace más de 15 años hemos señalado que es fundamental reconfigurar el objeto de estudio, sustraerlo de la lógica de la "calidad" y construirlo como

un objeto de estudio sociológico en el marco de los *derechos en salud*.⁴ No se trata de meros problemas de "calidad de la atención" sino de violaciones de derechos básicos de las mujeres en el marco de los servicios de salud. Bajo la perspectiva del estructuralismo constructivista de Bourdieu, sostenemos que es necesario estudiar sistemáticamente el habitus profesional de los médicos, así como las condiciones objetivas del campo médico, con el fin de identificar el origen social del autoritarismo médico y vislumbrar, así, estrategias más eficaces para su transformación.

1. Derechos reproductivos y ciudadanía en salud

A partir de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, la comunidad de naciones adoptó una definición de salud reproductiva que permite dejar atrás la visión fragmentada que por muchos años prevaleció en relación a los diversos aspectos de la reproducción. El gran avance de este nuevo concepto radica simultáneamente en su visión integradora de los diversos aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción y en la conceptualización que ofrece de estas materias dentro del marco de los derechos humanos bajo un enfoque de género. Así, el concepto de salud reproductiva incluye el derecho a la salud sexual, que a su vez incluye el derecho al acceso a una vida sexual satisfactoria, segura y sin riesgos. Incluye también el derecho al acceso informado a la variedad de métodos anticonceptivos disponibles, así como a la libre elección y uso de ellos; e incluye el derecho de las mujeres a acceder a servicios de salud adecuados que propicien una atención digna y de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, sin riesgos, y que garanticen las mejores condiciones para tener hijos sanos.⁵

Desde la perspectiva de los derechos humanos, la salud reproductiva va más allá de los cuidados para evitar trastornos de salud e incluye necesariamente la explora-

ción de las condiciones sociales que permiten o impiden el acceso a ella. Entre tales factores, la desigualdad de género y la ideología que la sustenta son centrales. Para transformar esta realidad, se requiere de investigación que ayude a conocer cuáles son las condiciones materiales, sociales y culturales que determinan el tipo de percepciones que tienen los prestadores de servicios acerca de las mujeres en trabajo de parto, de la salud y de los derechos reproductivos, la maternidad, el proceso obstétrico. Se requiere analizar también cómo conciben los médicos su trabajo en condiciones críticas, particularmente las relacionadas con las urgencias obstétricas y cómo se vinculan éstas con su práctica profesional cotidiana. Un conocimiento de esta naturaleza nos permite identificar mejor algunos de los principales determinantes de la violación de los derechos de las mujeres en este contexto, así como algunas de las condiciones que obstaculizan el pleno desarrollo de la agenda de la salud reproductiva en el espacio de la salud.

Para enfocar así el problema, resulta de central importancia la noción de ciudadanía en su aplicación a la salud reproductiva, tanto del lado de los profesionales que la atienden como de las usuarias de dichos servicios. La ciudadanía se refiere a la capacidad de ejercer los derechos que garantiza a cada individuo el orden normativo vigente. En el caso de los prestadores de servicios de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, etc.), los derechos y las condiciones laborales constituyen un punto medular de su práctica. En el caso de las usuarias, la ciudadanía reproductiva es fundamental. La ciudadanía reproductiva se refiere a la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Entre ellos se incluye su capacidad de reclamar una atención médica de calidad por parte de los servicios de salud, especialmente en los casos de embarazos de alto riesgo.

En países como México, amplias capas de la población permanecen excluidas de un auténtico desarrollo de la ciudadanía en tanto condición subjetiva, personal, esto es, en tanto capacidad efectiva de apropiación, ejercicio y defensa de los derechos.⁶ En efecto, desde hace varios años se han venido acumulando una serie de denuncias que señalan que en muchas instituciones de salud, tanto públicas como privadas, con frecuencia se violan, bajo diversas formas, los derechos reproductivos de las mujeres. Si bien nuestros trabajos pioneros sobre violencia obstétrica se publicaron desde la década de los ochentas⁷ (en los que documentábamos ya la imposición coercitiva de métodos anticonceptivos durante la atención del parto, en los servicios públicos de salud), ha sido el discurso de los derechos humanos y el activismo de las diversas organizaciones feministas lo que ha

permitido posicionar centralmente en la agenda política esta cuestión. En el ámbito internacional, por citar sólo un ejemplo de particular relevancia, el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer ha documentado la existencia de diversas formas de violencia contra las mujeres en los servicios públicos de Perú⁸ así como la ejecución de un programa de Estado para la imposición de la anticoncepción quirúrgica entre los sectores más vulnerables y desprotegidos de la población.⁹ Y aún a nivel más general, tenemos la revisión sobre este problema publicada por *The Lancet*.¹⁰

En el ámbito nacional también desde hace varios años se ha venido acumulando conocimiento sobre la existencia de este tipo de abusos. Nuestra propia investigación nos ha llevado a identificar algunos de los mecanismos interaccionales (entre prestadores de servicios y usuarias), así como institucionales, que se ubican en el origen de la violación de los derechos de las mujeres durante la atención del parto.¹¹⁻¹² En otras ocasiones se ha tratado, bien de investigaciones oficiales, como la *Enaplaf*¹³ o la *Ensare*,¹⁴ cuyos datos sobre problemas de violación de derechos reproductivos han trascendido; bien de informes de investigación académica;¹⁵ o bien de denuncias individuales que publican algunos medios de prensa, ya sea porque las afectadas logran hacer llegar su caso a estos medios, o porque se trata de casos que los tribunales han resuelto a favor de las mujeres. En este contexto, el Tribunal por la Defensa de los Derechos Reproductivos, organizado por Red de Salud de las Mujeres del Distrito Federal en 1996, constituyó un precedente que contribuyó a visualizar el problema de la violación de los derechos de las mujeres en las instituciones de salud, si bien también quedó claro que aún faltaba mucho por investigar y comprender en esa materia. La reciente tipificación de la violencia obstétrica en seis entidades federativas del país, es una expresión de la necesidad política y socialmente sentida de avanzar en el conocimiento de este problema y en su erradicación.¹⁶

Bien se trate de formas 'menores' de maltrato, o bien se trate de claras violaciones de los derechos de las mujeres en el espacio de la salud, estamos frente a lo que el discurso médico hegemónico suele referir como un problema de "calidad de la atención". Dicha conceptualización resulta inadecuada pues remite a una perspectiva gerencial que presupone que las soluciones a este problema se refieren a cuestiones meramente técnicas y de recursos. Necesitamos, por el contrario, adoptar conceptos sociológicos como los de campo médico y habitus profesional para, junto con el de ciudadanía (anteriormente descrito), construir de manera mucho más adecuada nuestro objeto de estudio.

2. Campo médico y *habitus* profesional

El campo médico está formado por el conjunto de las instituciones de salud propiamente tales, el personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo que labora en ellas, así como por las instituciones que forman a los nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasarán a formar parte de los servicios de salud, los investigadores y docentes que operan estas instituciones, los profesores y estudiantes de todas las especialidades, y las industrias relacionadas (farmacéutica, de aparatos, de seguros médicos, etc.).

El campo médico presenta una paradoja crucial: por una parte, las instituciones públicas de salud son un espacio de ejercicio de la ciudadanía, en tanto que el acceso a ellas constituye un derecho social; pero por otra parte, la participación de las mujeres en estos espacios de salud es problemática, pues en ellas funciona una estructura disciplinaria diseñada para ‘mejorar la eficiencia’ de la atención que se brinda, dentro de la cual la posición subordinada de las mujeres se naturaliza y, por ende, se mantiene invisibilizada. El funcionamiento de los hospitales y de los servicios de salud en general está pensado bajo una lógica médico-administrativa altamente racionalizante. Por ello, desde el ingreso a la institución de una mujer a punto de parir, o de una mujer que busca acceso a métodos de anticoncepción, se realizan una serie de prácticas tendientes a garantizar la funcionalidad institucional. Dichas rutinas, sin embargo, no siempre son percibidas por las mujeres como prácticas concordantes con la intensidad del evento, con los procesos emocionales que están viviendo tanto ellas como las personas que las acompañan, y sobre todo con las necesidades de atención y seguridad que requieren.¹⁷

¹⁸ ¹⁹ Con frecuencia, la atención que ahí transcurre es vivida en términos despersonalizantes y la posibilidad de reclamar los propios derechos reproductivos (i.e. trato de ciudadana, y no de subordinada) se ve reducida al mínimo o eliminada.

Al mismo tiempo, la intensidad de las emociones y la dificultad para enfrentarlas, junto a la carga de trabajo y las presiones con las que normalmente hace su trabajo, ponen al personal de salud en una situación complicada y lo orilla a establecer rutinas tendientes a poner bajo control su proceso de trabajo.²⁰ Se trata entonces de dos lógicas-prácticas diferentes:²¹ la de las mujeres en proceso de parto, o que buscan servicios de salud reproductiva y la de los prestadores de servicios de salud. Cada una de ellas se expresa en prácticas específicas que, cuando no coinciden entre sí, contribuyen a reproducir las condiciones que permiten la existencia de un problema de mayor envergadura: la “mala calidad” de la atención que reciben las mujeres durante el embarazo, el parto y el

puerperio, o la franca violación de los derechos de las mujeres (violación de derechos que, ciertamente, puede estar vinculada de origen a la deficiencia en las competencias técnicas y a omisiones o errores de juicio médico, pero que sin duda es mucho más que sólo eso).²²

Por su parte, el *habitus* médico es la interiorización de las estructuras objetivas del campo médico que a su vez permite la reproducción de aquellas.²³ El principio de la acción social, dice Bourdieu, estriba en la complicidad entre estos dos estados de lo social: entre la historia hecha cuerpo en forma de *habitus* y la historia hecha cosas en forma de estructuras y mecanismos propios del campo, en este caso, del campo médico. Dicho en términos más simples: la conducta regular de los actores es el resultado del encuentro entre un *habitus* particular (es decir, las predisposiciones para actuar de cierta manera), y un campo que le es propicio. Las implicaciones de esta formulación son enormes, por cuanto nos obligan a preguntarnos: ¿en qué medida es posible para los prestadores de servicios —que han incorporado en forma de *habitus* las relaciones de poder y de género del campo médico; cuya “actitud natural” ante el mundo, en términos de Husserl,²⁴ es producto de la incorporación de un vasto sistema de jerarquías y, con frecuencia, de abusos y maltratos sufridos durante los años de formación y reproducidos puntualmente sobre las nuevas generaciones de residentes e internos a su cargo; y que enfrentan múltiples presiones laborales para atender, con escasos recursos, a una numerosa consulta— en qué medida, decíamos, es posible para ellos establecer relaciones ciudadanas con las usuarias de servicios de salud, es decir, relaciones basadas en la igualdad, en el conocimiento y el reconocimiento de los diversos derechos de salud y reproductivos, en el trato igualitario?

Es éste un cuestionamiento que no ha sido formulado así por los estudios convencionales de “calidad de la atención” —salvo tibias alusiones a las arduas condiciones de trabajo de los médicos en las grandes instituciones públicas de salud— porque la investigación en esta materia está atrapada por —es producto de— la lógica del propio campo médico. Sólo rompiendo esa atadura, sólo objetivando a la “calidad de la atención”, como un problema cuya génesis debe buscarse también fuera de lo que ocurre dentro del consultorio; sólo concibiendo a la violación de derechos reproductivos de las mujeres como un epifenómeno del campo médico que se manifiesta en las prácticas cotidianas que resultan del rutinario encuentro entre la estructura de poder de dicho campo y el *habitus* de los médicos, sólo en esa medida es posible hacer una investigación sociológica auténticamente científica, con perspectiva de género, en esta materia.

3. Las investigaciones acumuladas

A partir de la orientación conceptual previamente esbozada y de manera crecientemente sofisticada,²⁵ el problema de la violencia obstétrica ha sido investigado por el autor (Castro) desde fines de la década de los ochenta del siglo pasado^{7 26} y por los autores (Castro y Erviti), desde hace 15 años cuando, en 1998, con el apoyo de la Fundación MacArthur, iniciamos nuestras observaciones en salas de labor y parto, y comenzamos a realizar entrevistas en profundidad a médicos ginecobstetras. Resulta por ello absurda la pretensión de que la investigación en torno a esta materia se ha inaugurado apenas este año.²⁷

Esta vigorosa y sostenida línea de investigación sobre violencia obstétrica ha incluido observaciones en salas de labor y parto de varios hospitales públicos^{11 12} entrevistas en profundidad a médicos ginecobstetras y a otros profesionales igualmente formadores de opinión pública;^{28 29} entrevistas a mujeres que ingresan a las áreas de urgencias médicas por un aborto en curso o una emergencia ginecológica;³⁰ análisis de las estadísticas de la CONAMED y realización de múltiples grupos focales con estudiantes de medicina, residentes y médicos especialistas con muchos años de experiencia en diversos estados de la república;³¹ de igual manera, hemos realizado un análisis exhaustivo de las más de 170 recomendaciones que sobre abusos relacionados con la consulta ginecobstétrica y la atención del parto han emitido tanto la Comisión Nacional como las Comisiones Estatales de Derechos Humanos desde 2000 a la fecha;³² hemos analizado un amplio número de sentencias emitidas por el poder judicial en esta materia y hemos revisado las noticias sobre este problema aparecidas en los principales diarios del país a lo largo también de más de una década. Nuevas publicaciones con estos resultados están actualmente en prensa y un libro con los hallazgos de todos estos años de investigación en la materia aparecerá en 2014.

Por último, los resultados de estas investigaciones no sólo están disponibles en las publicaciones internacionales y nacionales ya citadas; también se han hecho del conocimiento público en eventos masivos con gran cobertura mediática, como la presentación, en septiembre del 2003, del libro *Género y Política en Salud*, que encabezó el propio Secretario de Salud de entonces, el Dr. Julio Frenk Mora y uno de cuyos capítulos está dedicado a este problema. O bien, presentaciones en congresos nacionales,³³ o la mesa sobre el conflicto de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos, que organizaron los autores en el marco del XXVIII Congreso Internacional de la Asociación Latinoamericana de Estudios Latinoamericanos, celebrada en Junio de 2009 en

Rio de Janeiro;³⁴ o bien en las conferencias que dictaron, el autor (Castro) bajo el título de "Violencia obstétrica como violencia de género", en la III Conferencia Mundial sobre Humanización del Parto y el Nacimiento celebrada en Brasilia en Noviembre de 2010, o la autora (Erviti) bajo el título "Formas diferenciadas de afectación a las mujeres de la criminalización a los derechos sexuales y reproductivos" en el III Congreso Latinoamericano Jurídico sobre Derechos Reproductivos en Cuernavaca en octubre de este año. Todo ello, amén de las múltiples presentaciones de los avances del proyecto realizadas en la Academia Nacional de Medicina y diversas universidades públicas.

REFERENCIAS

1. Inicia CNDH queja por parto en patio. Reforma. 4 de octubre de 2013.
2. Ya se va a aliviar; pásala no seas malito. Reforma. 12 de octubre de 2013.
3. CONAMED. Información solicitada directamente por los autores. 2013.
4. Castro R, Erviti J. Violation of reproductive rights during hospital births in Mexico. *Health and human rights*. 2003;7(1):91-110.
5. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla M. *Reproductive health and human rights. Integrating medicine, ethics and law*. New York: Oxford University; 2003.
6. Walby S. Is citizenship gendered? *Sociology*. 1994;28(2):379-95.
7. Bronfman M, Castro R. Discurso y práctica de la planificación familiar en América Latina. *Saúde em Debate, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)*. (25):61-8.
8. CLADEM. Silencio y complicidad. *Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en Perú*. Lima: CLADEM/ CRLP; 1998. 112 p.
9. CLADEM. Nada personal. Reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú 1996-1998. Lima: CLADEM; 1999.
10. D'Oliveira AF, Diniz SC y Schraiber LB. Violence against women in health care institutions: an emerging problem. *The Lancet* 2002; 359: 1681-1685.
11. Castro R, Erviti J. La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En: Rico B, López MP, Espinoza G, editors. *Hacia una política de salud con enfoque de género*. México: SSA-UNIFEM; 2003. p. 245-63.
12. Erviti J, Castro R. Strategies used by low-income Mexican women to deal with miscarriage and "spontaneous" abortion. *Qualitative health research*. 2004;14(8):1058-76.

13. Consejo Nacional de la Población. Encuesta Nacional de Planificación Familiar. 1995.
14. Instituto Mexicano de Seguro Social. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. 1998.
15. Figueroa-Perea JG. Anticoncepción quirúrgica, educación y elección anticonceptiva. Trabajo presentado en la Cuarta Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México: 1990.
16. Grupo de Información en Reproducción Elegida. Omisión e Indiferencia. Derechos reproductivos en México. México: GIRE; 2013.
17. Stevenson F. Concordance. *Social Theory & Health*. 2004;2(2):184-93.
18. Campero L, García C, Díaz C. "Alone I wouldn't have known what to do": a qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. *Social science and medicine*. 1998;47(3):395-403.
19. Galante Di Pace M. La atención institucional del parto: contrastes culturales y calidad de los servicios. Oaxaca: 1996.
20. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E. "Hacemos lo que podemos": los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud Pública de México*. 1997;39(6):546-53.
21. Bourdieu P. *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama; 1999.
22. Erviti J. Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos. En: Castro R y López A (eds.). *Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: UdelaR/CRIM-UNAM; 2010. p. 101-22.
23. Bourdieu P. *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI; 1991.
24. Husserl E. *Las conferencias de Paris. Introducción a la fenomenología trascendental*. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Filosóficas, 1998.
25. Castro-Pérez R. Prólogo. La calidad de la atención como epifenómeno de la estructura del campo médico. En: Castro Vázquez MC, editor. *De pacientes a exigentes Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*. Hermosillo: El Colegio de Sonora; 2008. p. 17-24.
26. Castro R. Formas de precariedad y autoritarismo presentes en la vivencia de la reproducción en el área rural de Morelos. En: Stern C, Echárri C, editors. *Salud reproductiva y sociedad Resultados de investigación*. México: El Colegio de México; 2000. p. 33-66.
27. Valdez-Santiago R, Hidalgo-Solórzano E, Mojarro-Iñiguez M, Arenas-Monreal LM. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista CONAMED*. 2013;18(1):14-20.
28. Erviti J, Sosa I, Castro R. Social origin of contraceptive counselling practices by male doctors in Mexico. *Qualitative health research*. 2010;20(6):778-87.
29. Erviti J. Mujeres, cuerpos y medicina. Un estudio con médicos en servicios de salud reproductiva". En: Agoff C, Casique I y Castro R (coords.). *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*. Cuernavaca: CRIM-UNAM; 2012. p. 119-143.
30. Erviti J, Castro R, Sosa-Sánchez IA. Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México. *Estudios sociológicos*. 2006;24(3):637-65.
31. Castro R. *Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México*. En: López RCyA, editor. *Poder médico y ciudadanía El conflicto de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: UdelaR/ CRIM-UNAM; 2010. p. 51-72.
32. Castro R. Indicios y probanzas de un hábitus médico autoritario. El caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud reproductiva. En: Agoff C, Casique I, Castro R, editors. *Visible en todas partes Estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*. México: Miguel Ángel Porrúa/ CRIM-UNAM; 2013. p. 145-65.
33. Erviti J, Sosa IA, Castro R. Respeto a los derechos reproductivos en las políticas de salud reproductiva. *Salud Pública de México, edición especial, XII Congreso de Investigación en Salud Pública*. 2007;49 (1):E161-E5.
34. Castro R, López A. *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: Universidad de la República; México: UNAM, CRIM 2010.

LA RED REGIONAL MEXICANA COCHRANE THE MEXICAN COCHRANE REGIONAL WEB

Alejandro G. González Garay¹

RESUMEN

La toma de decisiones en salud requiere de varios procesos para asegurar la calidad de las mismas, entre ellos se encuentra la disponibilidad de los estudios de investigación científica a nivel mundial. La elaboración de revisiones sistemáticas en el área de la salud es una de las soluciones más importantes al problema ante el exceso de publicaciones científicas en las ciencias médicas, ya que estas están diseñadas para disminuir el sesgo de la síntesis tradicional de la información médica.

La Colaboración Cochrane es una organización internacional que utiliza esta metodología para preparar, actualizar y divulgar revisiones sistemáticas permanentemente actualizadas, cuyo objetivo es asegurar la existencia de información disponible sobre los efectos de intervenciones sanitarias, realizadas de forma rigurosa y actualizada, para sustentar la toma de decisiones en materia de salud.

Desde el año 2000, se inició la incorporación de los fundamentos básicos de la medicina basada en evidencia en nuestro país a través de diferentes instituciones como la Asociación de Medicina Basada en Evidencias, A.C y el Instituto Nacional de Salud Pública, los cuales promovieron y difundieron los conceptos de evidencia en nuestro país. Esto facilitó la toma de decisiones en materia sanitaria por nuestros políticos sobre intervenciones costo efectivas y favoreció el establecimiento de convenios de participación con la Colaboración Cochrane culminando en la actual Red Regional Mexicana, encargada de elaborar, promover, difundir revisiones sistemáticas, talleres y cursos de capacitación para fomentar la buena práctica médica desde clínicos hasta políticos tomadores de decisiones en nuestro país.

Palabras clave: Medicina Basada en Evidencia, Revisiones Sistemáticas, Colaboración Cochrane..

INTRODUCCIÓN

Hasta hace algunos años el conocimiento aprendido durante la capacitación, la experiencia acumulada durante la práctica clínica, las pruebas ensayo-error y los lineamientos establecidos por dependencias gubernamentales fueron los recursos más comúnmente utilizados para la toma de decisiones sanitarias, teniendo así un proceso

poco reflexivo e innovador repercutiendo en la calidad de atención de los pacientes.

En la práctica médica existe una tendencia a aplicar de manera automática el conocimiento adquirido con gran reticencia a utilizar intervenciones basadas en nuevos conocimientos aunado a que los textos y revistas científicas a pesar de ser una fuente útil de información legitimada por los médicos, su contenido no siempre está adecuado a las necesidades específicas que se demandan en la práctica cotidiana.

Aunado a este problema, debemos reconocer que el médico clínico dispone de poco tiempo para revisar la información científica de reportes de investigaciones publicadas y que su crecimiento rebasa nuestras capacidades de lectura y análisis (> 17,000 ensayos clínicos publicados anualmente) sin mencionar los estudios no publicados, en los que debemos considerar que no toda la información está libre de sesgos según el diseño metodológico empleado por los investigadores, por lo cual esto generó que las decisiones sanitarias se tomaran sin evidencia sólida que demostraran su efectividad, seguridad y costo, lo cual repercutió en el incremento de complicaciones y gastos por las instituciones sanitarias en tratamientos poco efectivos.

Debido a estos antecedentes, se identificó una metodología científica que pudieran solucionar estos problemas para ofrecer información analizada adecuadamente, resumida y de suficiente calidad a los médicos y les facilitará la toma de decisiones cotidianas en los pacientes, la cual se conoce como revisión sistemática, la cual consiste en resumir la mejor evidencia disponible, contestando preguntas clínicas definidas utilizando métodos rigurosos de identificación, evaluación crítica y síntesis de todos los estudios científicos relevantes con la finalidad de minimizar los sesgos e identificar "la verdad completa".¹

Durante los siguientes años, los investigadores fueron identificando la importancia de utilizar a las revisiones sistemáticas como fuente de información en comparación de las revisiones narrativas (artículos de revisión tradicionales, editoriales, capítulos de libros de texto), para presentar a la comunidad médica y a la sociedad los resultados de la investigación científica y poner al alcance de los profesionales de la salud información depurada y

¹ Centro Colaborador Cochrane, Instituto Nacional de Pediatría. MÉXICO.

estructurada para mejorar la calidad de los servicios de atención de los pacientes.

La Colaboración Cochrane es una Organización Internacional, independiente sin fines de lucro, cuyo objetivo es asegurar la existencia de información disponible sobre los efectos de intervenciones sanitarias, realizada de forma rigurosa y actualizada, para sustentar las toma de decisiones en materia de salud.

La Colaboración Cochrane tuvo su desarrollo en respuesta al Dr. Archibald Leman Cochrane; investigador británico famoso por sus contribuciones al desarrollo de la epidemiología; para utilizar metódicamente la información científica en la atención de la salud y cuyas sugerencias fueron tomadas por el *Research and Development Programme of National Health Service* en Reino Unido y así se estableció el primer Centro Cochrane en Oxford (1992) para que colaborara con otras entidades en el país y resto del mundo; estas ideas fue presentadas en la *New York Academy of Sciences* las cuales llamaron la atención de los investigadores y un año más tarde se fundó la Colaboración Cochrane.

Actualmente existen en el mundo 53 grupos de revisión sistemática de la literatura, lo cuales han creado una red de personas e instituciones que atienden el análisis de diversos problemas de salud; cada grupo se vincula con un grupo editor internacional en donde analizan las revisiones sistemáticas generadas localmente y facilitan la divulgación de sus resultados a través *The Cochrane Library* localizada en Oxford, Inglaterra, siendo uno de los medios de publicación electrónica más importantes en el mundo.

Con esta ideología, México ha tratado de incorporar estos conceptos a sus líneas de trabajo en diversas instituciones del país para mejorar la calidad de atención sanitaria especialmente en unidades de primer y segundo nivel de atención, por lo cual, gracias a la ayuda del Centro Cochrane Iberoamericano hemos podido difundir estos conceptos entre nuestros tomadores de decisiones.^{2 3 4}

El Centro Cochrane Iberoamericano es un Centro Cochrane registrado por la Colaboración Internacional con sede en Barcelona (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau) dirigido por el Dr. Xavier Bonfill i Cosp; el cual es referencia para todos los Centros ubicados en países de habla hispana como son Ecuador, Colombia, Chile, Argentina, Venezuela, Centroamérica, Portugal, Cuba, Uruguay, Bolivia y México.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA RED MEXICANA COCHRANE

En 1995, algunos investigadores mexicanos interesados en mejorar la calidad de los servicios de salud, iniciaron la promoción del conocimiento de la Medicina Basada en Evidencia (MBE) en algunas instituciones de nuestro país, pero finalmente en el año 2000 se creó la "Asociación de

Medicina Basada en Evidencia", la cual facilitó la comunicación entre las personas interesadas y promovió la difusión de los conceptos de MBE a los profesionales de la salud para facilitarles la toma de decisiones en salud.

Para el año 2000, México inició su participación formal con el Centro Colaborador Iberoamericano, mediante el Instituto Nacional de Salud Pública para contribuir a la difusión de los elementos fundamentales de MBE e integrar a los investigadores y tomadores de decisiones a colaborar en la preparación de revisiones sistemáticas de temas de salud relevantes para nuestro entorno socio-económico.

Desde entonces 11 diferentes instituciones de salud de todo el país, participaron en actividades relacionadas con la Colaboración Cochrane, entre los cuales se encontraban el Instituto Nacional de Salud Pública, el Instituto Nacional de Psiquiatría, la Fundación Mexicana para la Salud, el Instituto Nacional de Rehabilitación, el Instituto Nacional de Pediatría y el Hospital Infantil de México, los cuales favorecieron la difusión de conceptos de MBE y la formación de jóvenes investigadores para mejorar la calidad de la atención de los pacientes.

Sin embargo, debido al periodo de recesión, el país sufrió recortes presupuestarios y por lo tanto las actividades de investigación se vieron minimizadas a favor del bienestar social; afortunadamente algunas personas interesadas continuaron realizando algunas actividades de formación, seminarios, difusión y publicación de revisiones sistemáticas, para así mantener la colaboración activa con los grupos Cochrane.^{5 6}

Actualmente, los diferentes centros de colaboración han logrado autofinanciar sus proyectos y fortalecer sus actividades lo cual favoreció el establecimiento de la Red Regional Mexicana Cochrane, mediante la cual tanto el Dr. Giordano Pérez y el Dr. Alejandro González pretendemos continuar las actividades hasta este momento desarrolladas y en coordinación con el Centro Iberoamericano impulsar nuestra producción para tener información científica de calidad útil para establecer políticas de salud que mejoren la calidad de atención de los pacientes en nuestro país.^{7 8}

ORGANIZACIÓN DE LA RED MEXICANA COCHRANE

Hasta este momento, nuestra Red Mexicana se encuentra organizada en :

- Cuatro Centros Colaboradores :
 1. Centro Colaborador Hospital Infantil de México "Federico Gómez" en México D.F., dirigido por el Dr. Juan Garduño (jgarduno@himfg.edu.mx).
 2. Centro Colaborador y Coordinador de la Red Regional Mexicana Cochrane Instituto Nacional de Pediatría en México D.F., dirigido por el Dr. Alejandro Gabriel

González Garay (agonzalezg@pediatria.gob.mx).

3. Centro Colaborador Fundación Mexicana para la Salud "FUNSALUD" en México D.F., dirigido por el Dr. Guillermo Meléndez Mier (melendez651@gmail.com).
4. Centro Colaborador Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey en Monterrey, Nuevo León, dirigido por el Dr. Luis Espinosa Sierra (luisespinoza@itesm.mx).

Cuyas funciones son :

- Reporte de actividades y producción de los Centros Colaboradores y Adheridos al Centro Iberoamericano en Barcelona.
- Facilitar apoyo metodológico, estadístico y lingüístico a personas interesadas.
- Formación de personal para desarrollar revisiones sistemáticas.
- Desarrollar revisiones sistemáticas (mínimo 1 al año).
- Impulsar la identificación de ensayos clínicos realizados en países iberoamericanos.
- Desarrollar ensayos clínicos.
- Elaborar Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia.
- Impulsar proyectos de investigación sanitaria.
- Realizar traducción al castellano de materiales de apoyo de la Colaboración.

• Cuatro Grupos Cochrane Asociados al Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey:

1. Grupo Cochrane Asociado Comisión Nacional de Arbitraje Médico. "CONAMED", en Mexico D.F., dirigido por Miguel Ángel Lezana Fernández (recomendaciones@conamed.gob.mx).
2. Grupo Cochrane Asociado y Coordinador de la Red Regional Mexicana Cochrane Hospital Pediátrico de Sinaloa "Rigoberto Aguilar Pico" en Culiacán, Sinaloa, dirigido por el Dr. Giordano Pérez Gaxiola (giordano@cochrane.mx).
3. Grupo Cochrane Asociado Instituto Mexicano del Seguro Social "IMSS" en México D.F., dirigido por el Dr. José de Jesús González Izquierdo (jose.gonzalezi@imss.gob.mx).
4. Grupo Cochrane Asociado Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca" en Guadalajara, Jalisco, dirigido por el Dr. Carlos Alberto Andrade Castellanos (andrade7979@hotmail.com).

• Un Centro Asociado al Hospital Infantil de México :

1. Grupo Cochrane Asociado Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua", en Mexico D.F., dirigido por la Dra. María Luisa Peralta Pedrero y Dra. Martha Alejandra Morales Sánchez (luisa.peraltap@gmail.com y marthams@prodigy.net.mx).

- Un Centro Asociado al Instituto Nacional de Pediatría:
 1. Grupo Cochrane Asociado Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", en Mexico D.F., dirigido por el Dr. Arturo Cébulo Vázquez (dirinv@inper.mx).

Cuyas funciones son :

- Facilitar apoyo metodológico, estadístico y lingüístico a personas interesadas
- Formación de personal para desarrollar revisiones sistemáticas
- Impulsar la identificación de ensayos clínicos realizados en países iberoamericanos
- Realizar traducción al castellano de materiales de apoyo de la Colaboración

Durante los siguientes años, nos proponemos fomentar la comunicación entre todas las personas interesadas, incrementar la producción de revisiones sistemáticas y difundirlas a los políticos para generar planes estratégicos sanitarios con los cuales se tomen decisiones costo efectivas en nuestro país.

REFERENCIAS

1. Faba-Beaumont G, Sánchez-Mendiola M; La Colaboración Cochrane en México. An Med Asoc Hosp ABC 2001;46(3):130-136.
2. Cochrane AL. 1931-1971: a critical review, with particular reference to the medical profession. En Medicines for the year 2000.London: Office of Health Economics, 1979.p.1-11.
3. Burls A. Antecedentes históricos, marco conceptual e importancia de la medicina basada en la evidencia; memoria del Seminario Internacional sobre Medicina Basada en la Evidencia. México: CENIDS 1999. p.21-33.
4. Docherty J. Atención a la salud basada en la evidencia práctica clínica; Memoria del Seminario Internacional sobre Medicina Basada en la Evidencia. México: CENIDS 1999. p.35-38.
5. The Cochrane Collaboration. General information. <http://www.cochrane.de/cochrane/general.htm>.
6. Bonfill X. La colaboración Cochrane; Memoria del Seminario Internacional sobre Medicina Basada en la Evidencia. México: CENIDS 1999. p105-124.
7. Editorial Cochrane's legacy. Lancet 1992;340:1131-32.
8. Lifshitz-Guinzberg A, Sánchez-Mendiola M. Medicina basada en evidencias. México: McGraw-Hill Interamericana, 2001.

Generalidades

La Revista CONAMED es la publicación oficial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Recibe artículos en idiomas español e inglés. Tiene una periodicidad trimestral* y ofrece sus publicaciones a texto completo de manera gratuita en su página institucional. Se encuentra registrada en diversos índices y repositorios hemerobibliográficos: Latindex, Periódica, Imbiomed, Cuiden, Dialnet, Artemisa, BVS-México y MediciLatina de EBSCO-Host.

Todo artículo recibido en la Revista CONAMED será sometido al Proceso de arbitraje editorial (revisión por pares académicos especialistas), bajo la modalidad doble ciego, que evaluarán el contenido de cada material, dictaminarán en un período de entre 7 y 45 días hábiles desde la fecha de recepción y se notificará al autor de contacto sobre el resultado de dicho dictamen.

El objetivo de la Revista CONAMED es favorecer un mejor entendimiento de las ciencias de la salud y el derecho en todas sus dimensiones. Para ello su Perfil Editorial incluye artículos que permitan un avance en la descripción, comprensión e intervención de temas relacionados con el acto médico, los cuidados de enfermería y demás acciones en salud. La temática central es la siguiente: conflicto derivado del acto médico, medios alternos de solución de conflictos, error médico y su prevención, seguridad del paciente, calidad de la atención en salud, ética profesional, derechos humanos y temas afines.

Presentación y entrega del original

Al remitir artículos es necesario que se designe un *autor de contacto*, quien deberá incluir su nombre completo, teléfono, correo electrónico y dirección postal. El autor de contacto será responsable de aportar al equipo editorial la información adicional que se le solicite, de revisar y atender los comentarios y sugerencias de los revisores y aprobar la versión final del documento.

Los trabajos remitidos deberán ser mecanografiados con procesador de textos: Word u OpenOffice.org, con letra Arial de 12 puntos, a uno y medio espacio (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. El formato del archivo digital que contiene el texto del artículo deberá ser .DOC o .TXT. Las páginas deberán numerarse consecutivamente.

Todos los artículos deberán incluir una página inicial (ver ejemplo), la cual constará de:

1. Título en español e inglés con una extensión máxima de 15 palabras.
2. Título breve en español, extensión máxima 7 palabras (para cornisas).
3. Nombre del autor(es) y cargos institucionales.ⁱⁱ
4. Nombre, descripción, teléfono, dirección postal y correo electrónico del autor de contacto, responsable durante el proceso editorial y para correspondencia.
5. Palabras clave en español e inglés. Para ello se recomienda emplear los términos de la versión más reciente de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS, <http://decs.bus.br/E/homepage.htm>) y del Medical Subject Headings del Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/>).
6. Las fuentes de financiamiento de la investigación, cuando aplique.
7. Los posibles conflictos de interés de los autores, cuando aplique.ⁱⁱⁱ

Los anexos, cuadros y las figuras deberán enviarse en archivos separados del texto, en los formatos originales en que se crearon (Word™, Excel™, Powerpoint™, Photoshop™, Illustrator™, Corel Draw™, etc.).

• Cuadros. Los cuadros se adjuntarán en páginas por separado, indicando claramente el número y el título del cuadro. Se identificarán con números arábigos y un título o enunciado explicativo. En el cuerpo del artículo, se indicará la ubicación del cuadro dentro de un párrafo. (Cuadro 1) No deben remitirse cuadros fotografiados. Preferentemente, serán elaborados en Word™ o Excel™ y se enviará el archivo original donde fueron elaborados.

• Figuras. Este apartado incluye gráficas, esquemas, flujogramas, dibujos, fotografías y demás apoyos visuales que el autor considere relevantes para esclarecer el contenido de su artículo. Se entregarán por separado, en versión digitalizada e impresa, una figura por página, indicando claramente su número y con flecha superior la orientación de cada una, así como la fuente, en su caso. Las figuras se identificarán con números arábigos y un título o enunciado que los explique. En el texto solamente se indicará la ubicación de cada figura dentro del mismo texto. Deberán ser enviados los archivos electrónicos originales, en los que se elaboró la figura o imagen, en formato JPG o TIFF, de alta resolución, a 300 dpi o mayor.

• Leyendas o pies de figuras. Deberán anotarse en una página por separado, en forma secuencial, indicando, con números arábigos, el número de la figura correspondiente.

Los trabajos deberán entregarse en formato digital a través de:

- correo electrónico
- en forma personal, o
- por vía postal en disquete de 3 ½, disco compacto o unidad de memoria USB.

Los trabajos deberán enviarse a:

Revista CONAMED.
Mitla 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Piso 8
Colonia Vértiz Narvarte
Delegación Benito Juárez
C. P. 03020, México, D. F.
México.

Teléfonos: +52 (55) 5420-7143,
+52 (55) 5420-7106
+52 (55) 5420-7103.

Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx.

Secciones de la Revista CONAMED

El autor podrá sugerir la sección de la Revista en la que considere que su original puede ser incluido pero será facultad del Editor decidir la sección definitiva para publicación.

1. Editorial.

Será escrito por el Editor, por el Editor Adjunto o por el Editor Invitado, aunque ocasionalmente podrá ser escrito por un autor invitado. Tendrá una extensión máxima de 3 cuartillas. Incluirá un título en español e inglés, así como, los datos de contacto del autor.

2. Artículos Originales.

Los artículos de investigación original reportarán hallazgos relevantes para el profesional de la medicina, relacionados con el acto médico y que contribuyan al aumento y refinamiento del conocimiento sobre el tema.

Se tiene como norma internacional que la contribución no sea mayor de 2,500 palabras, porque una extensión mayor dificulta la revisión y lectura de los documentos por los revisores, editores y lectores. Sin embargo, se tendrá flexibilidad con los autores y se discutirá con ellos la presentación de su documento. El resumen, los cuadros, las figuras y las referencias bibliográficas no se incluyen en el conteo de palabras. El contenido de un artículo original debe incluir:

- a) Título en español e inglés. No mayor de 15 palabras.
- b) Resumen estructurado en español e inglés. Los resúmenes estructurados deben construirse con los siguientes apartados, en un máximo de 250 palabras: Introducción (la razón del estudio), Material y métodos (que reflejen cómo se efectuó el estudio), Resultados (los hallazgos principales) y Conclusiones (la interpretación contrastada de los resultados).
- c) Palabras clave en español y en inglés. Al final de los resúmenes se anotarán 3 a 10 palabras o frases clave (Key words en el resumen en inglés) para facilitar su inclusión en los índices; se recomienda emplear los términos más recientes de los *Descriptores en Ciencias*

* Los números 1, 2, 3 y 4 de la Revista CONAMED se publican en los meses de enero, abril, junio y octubre respectivamente.

de la Salud (DECS, <http://decs.bus.br/E/homepage.htm>) y del *Medical Subject Headings del Index Medicus* (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/>).

- d) Introducción. Incluir los antecedentes, el planteamiento del problema y el objetivo del estudio.
- e) Material y métodos. Señalar el enfoque epistemológico de la investigación, el tipo de estudio, la población en estudio, las características de la muestra (en su caso, los métodos cualitativos o las pruebas estadísticas utilizadas), la metodología y los instrumentos de recolección de la información. Cuando se realice experimentación en sujetos humanos o animales, deberán incluirse los formatos de consentimiento informado correspondientes; así como, los mecanismos para resguardar la confidencialidad de los datos personales de los pacientes o sujetos de investigación.^{iv}

- f) Resultados. Incluir los hallazgos del estudio, señalando los cuadros y figuras necesarios para ampliar la información contenida en el texto. No repetir en el texto los datos contenidos en los cuadros o figuras.
- g) Discusión. Contrastar los resultados con lo informado en la literatura y con los objetivos del estudio.
- h) Referencias. Los números de las referencias bibliográficas se indicarán con números arábigos dentro del texto, como superíndices; deberán numerarse progresivamente según aparezcan en el texto. La bibliografía pertinente a cada artículo deberá ser referenciada de acuerdo a los Requisitos Uniformes para Manuscritos enviados a las Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas), conocida como formato Vancouver, que se encuentran disponibles en línea en la siguiente dirección: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Cuadro 1.

Cuadro 1. Ejemplos de formato de referencias (actualizado al 8-04-2013).

TIPO DE PUBLICACIÓN	FORMATO PARA REFERENCIAR
Revistas	Meljem-Moctezuma J, Hernández-Valdés B, García-Saisó S, Narro-Lobo JR, Fajardo-Dolci G. La Queja Médica y los Sistemas de Salud. Rev CONAMED. 2010 Oct-Dic; 15(4):181-7.
Libros	Luna-Ballina M. Los diez principios básicos de las relaciones interpersonales en la atención médica. México: CONAMED; 2008. 187 p.
Documentos con formato electrónico	Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Acuerdo que establece el Comité Editorial de la CONAMED. [Internet]; 2012 [acceso 2013-mar-01] Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/acuerdo_comite_editorial_conamed.pdf
La versión completa la podrá consultar en http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/modulo_uno/files/INSTRUCCIONESautoresversioncompleta_2013.pdf	

3. Artículos de Revisión.

Esta sección comprende artículos de revisión de temas relacionados con los contenidos de la Revista. Los documentos sometidos a publicación, no deberán exceder de 2500 palabras y contendrán resúmenes de formato libre, en español e inglés, de extensión no mayor de 250 palabras. Se anotarán, al final de los resúmenes, de 3 a 10 palabras clave en español e inglés. Se deberá incluir al menos 10 referencias, en el formato internacional descrito en el apartado 2h.

4. Artículos de Opinión.

Los artículos de opinión presentan posturas representativas con respecto a temas de relevancia para la calidad de la atención a la salud, la seguridad del paciente y temas afines, pero no reflejan necesariamente, la postura institucional de la CONAMED. Deberán incluir resúmenes de formato libre, en español e inglés, con 250 palabras como máximo y de 3 a 10 palabras clave en español e inglés. El texto no deberá exceder de 2500 palabras y podrá incluir hasta 10 referencias en formato Vancouver (apartado 2h).

5. Cartas al Editor.

Las Cartas al Editor abordan comentarios sobre los artículos publicados y será posible la publicación de comentarios por invitación. Las cartas deberán enviarse preferentemente en un lapso no mayor de ocho semanas posteriores a la publicación de un artículo.

Otras cartas al editor con contenidos de interés general también serán bienvenidas. Las cartas no se revisan normalmente bajo un procedimiento de revisión por pares, pero sí se toma en cuenta la trascendencia de su contenido, su longitud y estilo. Su extensión no debe ser superior a 250 palabras y apropiadamente referenciada cuando sea pertinente hacerlo. Se dará oportunidad a los autores para responder.

6. Caso CONAMED.

- a) Casos Institucionales. Esta sección considera la presentación paso a paso, de casos de queja médica donde se analiza el proceso de decisión clínica, con objeto de identificar si ocurrió un error o mala práctica, así como las consideraciones éticas y legales que ayudan a su comprensión, resolución y prevención futura. La presentación de los casos será realizada por especialistas de la CONAMED.
- b) Casos Externos. Se aceptarán aquellos casos que en forma vo-

luntaria, un profesional de la salud o una organización pública o privada de salud, desee(n) presentar con el objeto de estimular la cultura de la prevención del conflicto y mejorar la calidad en la práctica de la medicina. En todos los casos se garantizará la absoluta confidencialidad por parte de los editores.

- c) El texto no excederá las 2500 palabras y se acompañará hasta por 20 referencias. La estructura de la presentación seguirá el siguiente orden: 1) Resumen del caso; 2) Análisis Médico; 3) Análisis Jurídico; 4) Conclusión. Se recomienda todo material clínico (v. gr. imágenes radiológicas) que ilustre o auxilie la presentación y comprensión del caso.

7. Recomendaciones.

Son publicaciones institucionales de la CONAMED, que presentan acciones sencillas, al alcance de cualquier profesional de la salud, que son sugeridas para contribuir en la seguridad del paciente y a la prevención de un conflicto o una demanda. Están fundamentadas en el análisis detallado de las inconformidades que se presentaron ante la CONAMED y han sido avaladas por un grupo de médicos especialistas certificados, representantes de asociaciones médicas nacionales. Se basan en los problemas que ya sucedieron, con la intención de que no vuelvan a ocurrir, o al menos reducir su frecuencia o su efecto. Esta sección no es fija y se presentará preferentemente por funcionarios de la CONAMED o por autoridades de instituciones reconocidas, locales, nacionales o internacionales, incluyendo en su totalidad al grupo de trabajo que participó en su desarrollo.

8. Comunicaciones breves.

Esta sección no es fija e incluirá reportes de investigación, reseñas de documentos normativos o académicos y otras publicaciones relacionadas con el perfil editorial de la Revista CONAMED. También se considerarán informes de instituciones y agrupaciones académicas o profesionales que sean de interés general, siempre que sean aprobados por el Consejo Editorial.

Los informes deberán ser breves (no mayores de 500 palabras), deberán proponer entre una y tres palabras clave, podrán incluir una figura o un cuadro como máximo y la inclusión de referencias (en los formatos descritos en la sección 2h de estas instrucciones) será opcional.

9. Ejemplo de página inicial

Título en español: Los sistemas de notificación de eventos adversos en la mejora de la seguridad del paciente.

Título en inglés: Adverse events notification systems to improve patient safety.

Título breve: Sistemas de notificación de eventos adversos.

Sección en la que se sugiere se incluya el manuscrito: Artículo original.

Autores: José Meljem Moctezuma¹.

¹ Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

Autor de contacto: Dr. José Meljem Moctezuma. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Mitla 250, Esq. Eje 5 Sur Eugenia. Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. Teléfono: 52 (55) 5420-7000. Correo electrónico: jmeljem@conamed.gob.mx.

Fuentes de financiamiento de la investigación: Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Conflictos de interés de los autores: Los autores declaramos no tener intereses personales, comerciales, financieros o económicos directos o indirectos, ni conflictos de interés de cualquier índole que pudieran representar un sesgo para la información presentada en este artículo. Palabras clave. Incidentes. Eventos adversos, seguridad del paciente, software para la seguridad del paciente, sistemas de reporte, Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente.

Key words: Incidents, adverse events, patient safety, software for patient safety, reporting systems, International Classification for Patient Safety.

NOTAS

Arbitraje Editorial o Revisión por pares. La revisión por pares o arbitraje editorial, consiste en el conjunto de opiniones que realizan expertos externos, seleccionados por los editores, con el objetivo de mejorar la calidad de las publicaciones de una revista. Los revisores editoriales son expertos en el tema, seleccionados por el Editor con base en su trayectoria y experiencia profesional y académica. Su participación emite un dictamen rápido, cuidadoso, atento, sin sesgos y justificado. El proceso de arbitraje editorial tiene una duración aproximada de 45 días hábiles y es doble ciego, por lo cual los autores desconocen quién realiza la revisión y los revisores desconocen los nombres y –en la medida de lo posible– cualquier otro dato que permita la identificación de los autores. El porcentaje de aceptación de artículos en Revista CONAMED es de aproximadamente 85% (2008-2012).

Los autores pueden sugerir a la Revista CONAMED quién puede actuar como revisor de su trabajo, enviando el nombre y datos de contacto del posible revisor. Sin embargo, la Revista se reserva el derecho de atender dichas sugerencias. Se dará la oportunidad al autor de responder a los comentarios del revisor, cuando sea necesario.

Proceso de arbitraje editorial

1. Recepción del documento original por vía postal o electrónica.
2. Asignación de folio para seguimiento y envío de la “Carta de Recepción de artículo en Revista CONAMED”.
3. Prerrevisión para verificar que el tema del artículo esté alineado al Perfil editorial y con un formato y contenido general ajustados a las instrucciones para autores. El resultado de la prerrevisión podrá ser:
 - a) Preaprobado, tras lo cual el artículo continuará el proceso de arbitraje editorial; o
 - b) Prerrevisión no satisfactoria. Se enviará al autor de contacto una “Carta de artículo con prerrevisión no satisfactoria” con comentarios y sugerencias específicas.
4. Selección de dos Revisores para Arbitraje Editorial, que serán pares académicos especialistas en el tema central del artículo. Envío del documento despersonalizado (arbitraje doble ciego) a 2 revisores. Los revisores podrán dictaminar sobre el artículo con los siguientes resultados posibles: a) Aceptado para publicación, b) Aceptado con modificaciones menores, c) Requiere modificaciones mayores y d) No aceptado.

Una vez establecido el dictamen definitivo para cada artículo, se envía al autor de contacto la Carta de Aceptación o de No Aceptación

y se incorporan los comentarios pertinentes.

Una vez que un artículo ha sido “Aceptado” o “Aceptado con modificaciones menores”, es enviado al Banco de Artículos Aprobados y son sometidos a una segunda corrección editorial y traducción profesional. Se solicita al autor de contacto la firma de la “Carta de cesión de derechos de autor a la Revista CONAMED”. De acuerdo al tema central de cada número de la Revista CONAMED, el Editor acude al Banco de Artículos y se programa la fecha de publicación. Se envía una comunicación electrónica al autor de contacto para informarle acerca de la fecha definitiva de publicación de su artículo.

ii. Responsabilidad de autoría.

Los autores, al enviar su artículo, tácitamente certifican que 1) el artículo enviado a Revista CONAMED representa un trabajo válido al cual contribuyeron sustancialmente mediante la concepción y diseño del estudio, la recolección de los datos, el análisis y la interpretación de los mismos, la redacción o revisión crítica y propositiva del documento original; 2) aprobaron su versión final y 3) ni el artículo ni una parte sustancial del mismo ha sido publicado o está siendo considerado para publicación bajo su autoría en otro lugar.

iii. Declaración pública de conflictos de intereses de los autores

Existe un conflicto de intereses cuando un autor (o la institución del autor), un revisor o editor tiene relaciones financieras o personales. Estas relaciones varían, entre aquellos con potencial insignificante, hasta los que tienen un gran potencial para influir en el juicio. No todas las relaciones representan un verdadero conflicto de intereses. El potencial de conflicto de intereses puede existir si un individuo cree que la relación afecta a su juicio científico.

Los potenciales conflictos de intereses, tales como relaciones financieras, personales o académicas que pueden influir indebidamente (sesgo) en los resultados de un artículo, deberán ser declarados en la página inicial (apartado 9) que se envía a Revista CONAMED. Los formatos recomendados para ello son:

- SI HAY UN POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS. Nombre del autor, declaro que 1) he recibido financiación de [Nombre de la Organización] para asistir a eventos científicos o 2) soy empleado o he recibido honorarios de parte de [Nombre de la Organización] por concepto de asesorías, conferencias y actividades educativas en las que ha participado o 3) soy dueño o poseo acciones de [Nombre de la Organización] o 4) explicar cualquier otra situación que genera el potencial conflicto de interés.
 - En caso de NO EXISTIR CONFLICTOS DE INTERÉS QUE DECLARAR. “Los autores declaramos no tener intereses personales, comerciales, financieros o económicos directos o indirectos, ni conflictos de interés de cualquier índole que pudieran representar un sesgo para la información presentada en este artículo”.
- ### iv. Declaración de Consentimiento Informado

El manuscrito deberá cumplir con la Declaración de Consentimiento Informado y la *Declaración de respeto a los Derechos Humanos y de los Animales*, disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html>.

Si existe duda de que la investigación fue realizada de acuerdo con la Declaración de Helsinki, el autor deberá explicar las razones para su proceder y demostrar que el cuerpo institucional de revisión explícitamente aprobó los aspectos dudosos del estudio. Cuando se reportan experimentos en animales, se debe pedir a los autores que indiquen si se siguió la guía institucional y nacional para el cuidado y uso de animales.

Revista CONAMED se adhiere a las Recomendaciones para la Conducta, Reporte, Edición y Publicación de Trabajos Académicos en Revistas Médicas (Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (IC-MJE Recommendations, formerly the Uniform Requirements for Manuscripts) en todas sus secciones. Disponible en: <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>.



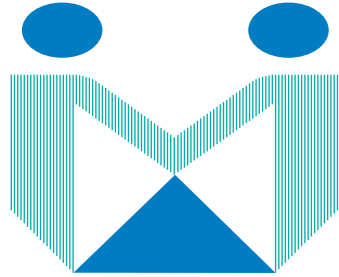
10 DERECHOS GENERALES DEL PERSONAL DE LA SALUD

- 1 Ejercer la profesión en forma libre, sin presiones y en igualdad de condiciones interprofesionales.
- 2 Laborar en instalaciones apropiadas y seguras, que garanticen la seguridad e integridad personal y profesional.
- 3 Contar con los recursos necesarios para el óptimo desempeño de sus funciones.
- 4 Abstenerse de garantizar resultados y proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
- 5 Recibir trato digno y respetuoso por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.
- 6 Tener acceso a la actualización profesional en igualdad de oportunidades para su desarrollo personal y a actividades de investigación y docencia de acuerdo con su profesión y competencias.
- 7 Asociarse libremente para promover sus intereses profesionales.
- 8 Salvaguardar su prestigio e intereses profesionales.
- 9 Tener acceso a posiciones de toma de decisión de acuerdo con sus competencias.
- 10 Recibir de forma oportuna y completa la remuneración que corresponda por los servicios prestados.

5420 7000 Y 01 800 711 0658

Mitla 250, esq. Eje 5 Sur Eugenia (A unos metro del metro Eugenia)
Col. Vértiz Narvarte, Deleg. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F.

Visite la página: www.conamed.gob.mx para localizar la Comisión más cerca de su entidad



**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