

REVISTA CONAMED

Órgano Oficial de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México. Volumen 29, Número 4, Octubre - Diciembre 2024 ISSN 2007 - 932X



Editorial

- El cambio de paradigma de la “cultura de la inmediatez” por la garantía de derechos humanos
- Buena práctica médica en el consultorio de primer nivel de atención
- Inconsistencias en el método clínico y su implicación en la mala práctica médica
- Omisión e inoportunidad en los estudios de laboratorio y gabinete
- Deficiencias en el tratamiento médico: Claves para mejorar la práctica médica
- Deficiencias en la atención quirúrgica en la población asegurada y sin afiliación a nivel nacional
- El egreso hospitalario precipitado y sus consecuencias en la atención médica
- La falta de disponibilidad y accesibilidad en los servicios de salud, francas violaciones al derecho a la protección a la salud
- La continuidad en la atención médica como factor de calidad asistencial
- Educación en salud: Las decisiones sostenibles en el ámbito de la salud
- Deficiencias documentales durante la atención médica y odontológica (expediente clínico, notas, registros y consentimiento informado)
- Barreras en la implementación de Vías de Atención Integrada para diabetes en Centros de Salud

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud deben ser:



Es el **grado** en que los servicios de salud prestados a individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados deseados en salud, consistente con los conocimientos profesionales actualizados, ofreciendo el mayor beneficio con el menor riesgo.



Implica que la calidad de la atención puede **medirse** y **mejorarse** continuamente.



El Sistema Nacional de Indicadores de Calidad (**INDICAS**), es una herramienta que registra, monitorea, compara y da seguimiento a las evidencias de mejora de calidad en las unidades de atención médica del país.

REFERENCIAS

Modelo de Gestión de Calidad en Salud. Secretaría de Salud, 2024. Disponible en:

http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/2024/2024_modelo_gestion_calidad.pdf

Nota descriptiva OMS: Servicios sanitarios de calidad, 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

INDICAS. Disponible en:

http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/sistema_indicas.html



SEGUROS

Evita causar daños a las personas a las que el cuidado está destinado.



EFICACES

Proporciona servicios de salud basados en evidencia.

Maximiza el beneficio de los recursos disponibles y evita su desperdicio.

Ofrece servicios para toda las personas a lo largo del curso de la vida.

INTEGRADOS

Ofrece servicios para toda las personas a lo largo del curso de la vida.



ACCESIBLES

Facilita la obtención de la atención cuando se requiere.

DISPONIBLES

Cuenta con recursos humanos, materiales y de Infraestructura para dar atención.



OPORTUNOS

Favorece la reducción de tiempos de espera y retrasos, con consecuencias dañinas.

EQUITATIVOS

Brinda calidad de atención sin importar género, etnia, ubicación geográfica o situación socioeconómica.



CENTRADO EN LAS PERSONAS-FAMILIAS

Proveen la atención que corresponda según las preferencias, necesidades y valores individuales.



Directora General
Dra. Odet Sarabia González

Director Asociado
Lcdo. Francisco Javier Guerra Zermeño

Editora
Dra. Leticia De Anda Aguilar

Co-editoras
Mtra. Cintia Judith Rojano Fernández
Lcda. Irma Kristel Rosas Díaz

Comité Editorial

Dra. Liliana Hernández Mendoza
Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México

Mtro. Miguel Manuel Ramírez Mandujano
Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México

Dr. Rafael Arias Flores
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Dra. Silvia Rosa Allende Pérez
Instituto Nacional de Cancerología, México

Dra. Jessica Guadarrama Orozco
Hospital Infantil de México "Federico Gómez", México

Dr. Fortino Solórzano Santos
Hospital Infantil de México "Federico Gómez", México

Dr. Pedro Jesús Saturno Hernández
Instituto Nacional de Salud Pública, México

Dra. Elvira Llaca García
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac, México

Dr. Jesús Carlos Briones Garduño
Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", México

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

Dr. Rodolfo Cano Jiménez
Dirección General de Políticas de Investigación en Salud, Secretaría de Salud, México

Dra. Laura Cortés Sanabria
Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Secretaría de Salud, México



Portada y forros: Lcdo. Christian Colmenares Yañez y Mtra. Sonia Adriana Tena Becerra
Interiores: Mtra. Sonia Adriana Tena Becerra



REVISTA CONAMED

• Vol. 29, Núm. 4, Octubre-Diciembre 2024 •

- Editorial** **301** **El cambio de paradigma de la “cultura de la inmediatez” por la garantía de derechos humanos**
The paradigm shift from the "culture of immediacy" to the guarantee of human rights
Martha Estela Arellano González
- Artículos de opinión**
- 303** **Buena práctica médica en el consultorio de primer nivel de atención**
Good medical practice in the first level of care office
Rafael García Fernández
- 307** **Inconsistencias en el método clínico y su implicación en la mala práctica médica**
Inconsistencies in the clinical method and implications in medical malpractice
Blanca Angélica Meneses Guevara
- 313** **Omisión e inoportunidad en los estudios de laboratorio y gabinete**
Omission and inappropriateness in laboratory and office studies
Aramara Yasmin Aco Flores
- 317** **Deficiencias en el tratamiento médico: claves para mejorar la práctica médica**
Deficiencies in medical treatment: Keys to improving medical practice
Chantal Escarlett del Rosario Zambrano Aguiñaga
- 324** **Deficiencias en la atención quirúrgica en la población asegurada y sin afiliación a nivel nacional**
Deficiencies to surgical care in the insured and unaffiliated population at the national level
Tania Janeth González Salinas, Diana González Álvarez, José Manuel Gutiérrez Zamudio
- 328** **El egreso hospitalario precipitado y sus consecuencias en la atención médica**
The hasty hospital discharge and its consequences on medical care
Ricardo Landa Reyes, Sarah Karyme Vázquez Villalba

Artículos de opinión

- 331** **La falta de disponibilidad y accesibilidad en los servicios de salud, francas violaciones al derecho a la protección a la salud**
The lack of availability and accessibility of health services, frank violations of the right to health protection
Leticia De Anda Aguilar
- 339** **La continuidad en la atención médica como factor de calidad asistencial**
Continuity in medical care, as a factor of quality of care
Martha Estela Arellano González
- 343** **Educación en salud: Las decisiones sostenibles en el ámbito de la salud**
Health Education: Sustainable decisions in the field of health
Carlos Augusto Sánchez Morales, Julián Rubén García Flores, Frida Zamara Mancilla Maya
- 349** **Deficiencias documentales durante la atención médica y odontológica (expediente clínico, notas, registros y consentimiento informado)**
Documentary deficiencies during medical and dental care (clinical record, notes, records and informed consent
Francisco Javier Guerra Zermeño, Antonio Ruiz Alegría, Karen Esquivel Ruiz
- 358** **Barreras en la implementación de Vías de Atención Integrada para diabetes en centros de salud**
Barriers to the implementation of Integrated Care Pathways for diabetes in primary care units
Pedro Jesús Saturno Hernández, Arturo Cuauhtémoc Bautista Morales, Ofelia Poblano Verástegui, Omar Acosta Ruiz, Sergio Flores Hernández, Laura del Pilar Torres Arreola



El cambio de paradigma de la “cultura de la inmediatez” por la garantía de derechos humanos

The paradigm shift from the "culture of immediacy" to the guarantee of human rights



Martha Estela Arellano González

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, reconoce que mejorar la calidad de la atención médica requiere un esfuerzo conjunto y continuo, que incluye la identificación de factores emergentes que inciden la satisfacción o no de los usuarios de los servicios de salud; entre ellos, se encuentra la creación de nuevos paradigmas, que han influido en el cambio de las expectativas y en la percepción de conceptos como justicia, derechos y obligaciones.

Sin embargo, como bien señaló Alfonso Llano,¹ los diferentes puntos de vista sobre distintos aspectos de la vida, plantean un serio problema al momento de abordar estos temas y establecer una valoración ética, pues no disponemos de una escala estandarizada de valores aceptada por todos; sin embargo, la dignidad, ese valor interno, incondicionado e incomparable,² que es la esencia de los derechos de humanidad, ha de ser el patrón de referencia para el ejercicio de nuestra profesión.

Los cambios acelerados nos impulsan como sociedad a desear, a querer las “cosas” y disfrutarlas aceleradamente. Para Ubieto,³ la distancia que hay entre dos “algos” es tiempo de desazón, de angustia, por lo que queremos “vivir sin tiempo” y el tiempo de la sociedad (de los otros), parece detenido en su movimiento. ¡Ha desaparecido el sentido de la espera! La sociedad contemporánea no se concibe sin el empleo de tecnología digital, la cual también ha alcanzado a la prestación de servicios de atención médica, y ha llevado a una percepción distorsionada de la realidad, en la que todo debe ocurrir de forma inmediata, sin demora, y cuando ello no sucede pensamos que hay algo que no funciona bien; esta percepción contribuye a la queja médica.

Young y colaboradores, señalan: “Se nos pide hoy que hagamos diagnóstico con signos y síntomas mínimos, no teniendo en cuenta el factor tiempo tan importante en Medicina, sumado a que el límite entre salud y enfermedad es a veces tenue”, presionando al profesional a dar una respuesta y determinar una conducta diagnóstica y/o terapéutica “en tiempo real”, y mayor rapidez a la hora de obtener información;⁴ sin embargo, es necesario distinguir entre la inmediatez y la oportunidad, entre la precipitación y buscar la consistencia en el método clínico, entre el egreso prematuro y la continuidad en la atención médica y entre la complacencia y el buen quehacer médico.

En la relación médico-paciente la amenaza de la demanda o queja lleva a actitudes complacientes que no siempre son en beneficio del paciente, pueden causar daño y mal uso y abuso de los sistemas de salud, con la afectación, inclusive a los derechos de terceros. Semigram H, Linder J. et al;⁵ analizaron 23 verificadores de síntomas informáticos identificados en el Reino Unido, los Estados Unidos, los Países Bajos y Polonia; aplicaron 770 evaluaciones estandarizadas para el diagnóstico y 532 para

Directora de Sala Pericial

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Citar como:

Arellano González ME. El cambio de paradigma de la “cultura de la inmediatez” por la garantía de derechos humanos. Rev CONAMED 2024; 29 (4): 301-302.

Conflicto de intereses:

“La autora declara 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”.

Financiamiento: no existió financiamiento.

el Triage, encontrando un diagnóstico correcto en condición de urgencia de sólo el 24%, en patologías no urgentes de 38% y en situación de autocuidado del 57%, lo que demuestra que las aplicaciones de Internet no son la solución para mejorar la eficiencia y eficacia de los diagnósticos médicos.

Pese a ello, el paciente influido por los medios de comunicación, duda, cuestiona el saber y actitudes médicas, a lo que contribuye la ansiedad intensificada asociada con el autodiagnóstico en Internet. Juntos, la confusión, los consejos de Internet errados y la "necesidad de la inmediatez", pueden alentar a los pacientes a recibir atención innecesariamente o bien a no acudir cuando realmente la requieren.

No hay una solución fácil, no hay una solución única, pero cambiar el paradigma de la "cultura de la inmediatez", por la inmediatez, entendida como proximidad, como una construcción basada en la relación que abarca comportamientos comunicativos verbales y no verbales de una manera que aumenta la atención y la cercanía psicológica entre los individuos, mantener actitudes, comportamientos y un ejercicio profesional que garantice los derechos del usuario, es un sendero del que considero no debemos apartarnos, como veremos a lo largo de los artículos que forman parte de este volumen.

REFERENCIAS

1. Llano Escobar Alfonso S. J. ¿Qué es Bioética? 3R Editores, colección bioética, 2000
2. Emmanuel Kant, Crítica de la razón pura. Buenos Aires, Colihue, 2007
3. Ubieto Santiago. La Angustia, La Inmediatez y El Tiempo. Accesado el 29 de octubre de 2024, disponible en: <https://es.scribd.com/document/125812094/La-angustia-la-inmediatez-el-tiempo-Santiago-Ubieto>
4. Young P. Finn B, Bruetman J. La Medicina de la inmediatez. Medicina (Buenos Aires) 2017; 77; 347
5. Semigram H, Linder J. et al. Evaluation of symptom checkers for self diagnosis and triage: audit study. BMJ. Jul 2015; 351: h3480



Buena práctica médica en el consultorio de primer nivel de atención

Good medical practice in the first level of care office

Rafael García Fernández



Resumen

El primer nivel de atención en salud en México, es fundamental porque actúa como el punto de contacto inicial entre el sistema de salud y la población.

La buena práctica médica en el consultorio de primer nivel de atención implica ofrecer una atención integral, accesible y continua a la comunidad. Mejoran la calidad del cuidado, incrementan la satisfacción de los pacientes y reducen la incidencia de complicaciones graves o costosas, con ello se contribuye a tener una mejor calidad de vida a la población.

Palabras Clave: atención primaria de salud, calidad de la atención de salud, derecho a la salud, medicina general, primer nivel de atención.

Abstract

The first level of health care in Mexico is fundamental because it acts as the initial point of contact between the health system and the population.

Good medical practice in the first-level of care office involves offering comprehensive, accessible, and continuous care to the community. They improve the quality of care, increase patient satisfaction and reduce the incidence of serious or costly complications, thus contributing to a better quality of life for the population.

Keywords: primary health care, quality of health care, right to health, general medicine, first level of care.

Introducción

La salud está reconocida como un derecho fundamental en nuestro país, así lo indica la Constitución Política, en su artículo 4º, donde establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, lo cual implica que el Estado tiene la obligación de garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, sin discriminación y de manera equitativa.¹

En la práctica, el cumplimiento de este derecho ha enfrentado varios desafíos. Los problemas de cobertura, infraestructura deficiente, falta de personal y desabasto de medicamentos son obstáculos que afectan la calidad del servicio, en particular en zonas rurales o marginadas. Además, la pandemia de COVID-19 reveló muchas

Médico Cirujano con Maestría en Administración de Sistemas en Salud y Maestría en Dirección y Gestión de Instituciones en Salud

Citar como:

García Fernández R. Buena práctica médica en el consultorio de primer nivel de atención. Rev CONAMED 2024; 29 (4): 303-306.

Conflicto de intereses:

"El autor declara 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".

Financiamiento: no existió financiamiento.

debilidades estructurales del sistema de salud, poniendo en evidencia la necesidad de reformas y mayores inversiones para garantizar el acceso universal a la salud.²

Aunque el derecho a la salud está garantizado en la Constitución, su implementación sigue siendo un reto en México, especialmente en términos de equidad y acceso.

CALIDAD EN LA ATENCIÓN

La calidad en la atención médica en México, a pesar de estar garantizada como un derecho constitucional, enfrenta serios desafíos para materializarse de manera uniforme en todo el país. La calidad de los servicios de salud se refiere a la provisión de atención médica que sea oportuna, segura, centrada en el paciente, eficaz, eficiente y equitativa. En México, esta calidad varía según la institución, la región y el acceso a los recursos.²

Algunos aspectos para destacar que impactan en esta calidad son:

1. Disparidades en la calidad de la atención

Existen grandes diferencias en la calidad de la atención médica entre las zonas urbanas y rurales, y entre las instituciones, públicas y privadas. En áreas rurales y comunidades marginadas, la falta de infraestructura adecuada, personal capacitado y equipamiento médico moderno hace que la calidad de los servicios sea inferior a la que se ofrece en grandes ciudades.

2. Instituciones de salud

Las instituciones públicas de salud, como el IMSS, ISSSTE y el IMSS Bienestar, enfrentan problemas de saturación, escasez de medicamentos y largas listas de espera, lo que compromete la calidad de la atención. Mientras tanto, las clínicas y hospitales privados suelen ofrecer servicios de mejor calidad, pero su acceso está limitado por el alto costo, lo que excluye a gran parte de la población de bajos ingresos.

3. Indicadores de calidad

Los indicadores clave para evaluar la calidad de la atención médica incluyen:

- Acceso oportuno a la atención médica: En muchas instituciones públicas, los tiempos de espera para consultas o procedimientos pueden ser largos, afectando el diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades.
- Seguridad del paciente: A menudo hay denuncias de prácticas médicas inseguras o errores médicos, debido a la falta de recursos, personal sobrecargado o insuficiente capacitación.
- Satisfacción del paciente: Estudios muestran una insatisfacción recurrente en el sistema de salud pública, principalmente por la falta de medicamentos, la atención tardía y la percepción de un trato impersonal.

4. Normatividad y evaluación de calidad

En México, existen normas que establecen lineamientos para el correcto funcionamiento de los servicios de salud. Estas normas buscan garantizar que la atención médica esté alineada con estándares internacionales de calidad.

Aunque el derecho a la salud está garantizado en la Constitución de México, la calidad de la atención médica presenta importantes variaciones. Para hacer realidad el derecho a una atención de calidad es necesario superar las barreras de acceso, fortalecer las instituciones de salud y mejorar las condiciones de trabajo del personal médico.

EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN MÉXICO

El primer nivel de atención en salud en México es fundamental porque actúa como el punto de contacto inicial entre el sistema de salud y la población. Su importancia radica en varios aspectos clave:^{3,4}

1. Accesibilidad: Es el nivel más cercano a la comunidad, lo que facilita que las personas accedan a servicios médicos sin necesidad de desplazarse largas distancias o esperar largos periodos para recibir atención.
2. Prevención y promoción de la salud: Se realizan actividades preventivas, como la vacunación, el monitoreo de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión) y la promoción de hábitos saludables. Estas intervenciones ayudan a reducir la incidencia de enfermedades más graves que podrían requerir atención especializada.

3. Detección temprana: Permite la identificación y tratamiento temprano de enfermedades, lo que puede evitar complicaciones mayores y reducir la carga en los hospitales de, segundo y tercer nivel.
4. Enfoque comunitario: Se basa en un modelo de atención integral que considera el entorno social, económico y cultural del paciente, lo que permite brindar atención más personalizada y efectiva.
5. Descongestión del sistema de salud: Al resolver problemas de salud comunes en este nivel, se reduce la presión sobre los hospitales y clínicas de mayor complejidad, que pueden concentrarse en casos más graves.
6. Costo-eficiencia: El enfoque en la prevención y atención temprana en el primer nivel reduce los costos a largo plazo del sistema de salud, ya que evita tratamientos más costosos y complicados en los niveles superiores.

En resumen, el primer nivel de atención es vital para mejorar la calidad de vida de la población, controlar la demanda de servicios más complejos y fortalecer la sostenibilidad del sistema de salud en México.

RELEVANCIA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Alrededor del 80% de las consultas médicas en México se realizan en el primer nivel de atención, según datos de diversas instituciones de salud. Este nivel incluye los centros de salud, clínicas de Medicina familiar y consultorios de atención primaria, que se encargan principalmente de la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de enfermedades comunes y crónicas, como la diabetes e hipertensión.⁵

El primer nivel de atención es el punto de contacto inicial para la mayoría de la población y abarca tanto el sector público (IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud), como privado.

Para establecer una buena práctica médica en un consultorio de Medicina General en México, es fundamental integrar una serie de elementos que abarquen aspectos éticos, técnicos y administrativos. A continuación, se detallan los componentes clave:³⁻⁶

1. Cumplimiento de Normativas y Regulaciones

- Licencias y permisos: El médico debe contar

con cédula profesional, certificaciones vigentes, y estar registrado ante las autoridades de salud (COFEPRIS, SSA).

- Normas Oficiales Mexicanas (NOM): Seguir las NOM vigentes que rigen el ejercicio de la Medicina, como la NOM-004-SSA3-2012 (del expediente clínico) y la NOM-005-SSA3-2018 (requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios), NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 (RPBI), entre otras.^{7,8,9}

2. Atención Centrada en el Paciente

- Historia clínica integral: Elaborar y actualizar un expediente clínico completo, que incluya antecedentes médicos, tratamientos y diagnósticos previos.
- Comunicación clara: Explicar de forma comprensible los diagnósticos y tratamientos a los pacientes, fomentando la toma de decisiones compartidas.
- Empatía y respeto: Tratar a los pacientes con dignidad, comprendiendo sus necesidades físicas y emocionales.

3. Calidad en la Atención Médica

- Diagnóstico preciso: Utilizar herramientas diagnósticas adecuadas, como estudios de laboratorio y exámenes físicos, para identificar correctamente las enfermedades.
- Tratamiento actualizado: Ofrecer tratamientos basados en la mejor evidencia científica disponible, ajustados a las guías clínicas vigentes.
- Referencias oportunas: Derivar a especialistas cuando sea necesario para garantizar una atención integral.

4. Ética Profesional¹⁰

- Confidencialidad: Mantener en todo momento la privacidad de la información del paciente, en conformidad con la Ley General de Protección de Datos Personales.
- Consentimiento informado: Asegurarse de que los pacientes comprendan y aprueben cualquier procedimiento o tratamiento a realizar.
- No discriminación: Brindar atención médica sin distinción de raza, género, orientación sexual o situación económica.

5. Gestión Administrativa Eficiente¹¹

- Agenda organizada: Manejar una programación de citas eficiente para evitar tiempos de espera excesivos y garantizar el flujo constante de pacientes.
- Control de inventario: Tener un sistema de gestión de insumos médicos y medicamentos para evitar desabasto.

6. Actualización Profesional Continua

- Educación médica continua: Participar en cursos, congresos y talleres para mantenerse al día con los avances médicos.
- Certificación periódica: Renovar las certificaciones del Consejo Nacional de Certificación en Medicina General para asegurar un ejercicio médico de calidad.

7. Seguridad en el Consultorio

- Instalaciones adecuadas: Contar con espacios higiénicos, seguros y con la infraestructura básica necesaria (agua potable, ventilación, equipo médico en buen estado).
- Equipos de emergencia: Disponer de un botiquín y equipo para situaciones de emergencia.
- Protocolos de bioseguridad: Implementar medidas como el lavado de manos, uso de cubrebocas, desinfección de superficies y manejo adecuado de residuos biológicos.

8. Relación con la Comunidad

- Promoción de la salud: Realizar actividades de prevención y promoción de la salud, como campañas de vacunación y detección de enfermedades.
- Responsabilidad social: Participar en programas de apoyo a la salud comunitaria, ofreciendo servicios accesibles o gratuitos a poblaciones vulnerables.

9. Tecnología y Digitalización

- Uso de software de gestión médica para historias clínicas electrónicas, citas, recetas electrónicas y facturación.
- Posibilidad de teleconsultas o seguimiento virtual, cuando sea apropiado.

CONCLUSIÓN

El derecho a la salud es algo que debe garantizarse a toda la población como un derecho universal, al seguir estos principios, un consultorio de Medicina General en México no solo garantizará una atención médica de calidad, sino también contribuirá a una práctica ética, segura y eficiente.

El primer nivel de atención sigue siendo el pilar de la salud en nuestro país, en el que se deben fortalecer las acciones de los médicos iniciando desde la formación del pregrado, brindando las herramientas necesarias para correcto el ejercicio de la Medicina.

REFERENCIAS

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ciudad de México: Publicación oficial del Gobierno; 1917
2. Asociación Mexicana de lucha contra el cáncer. Acción conjunta contra el cáncer. Una deuda con la salud de México. Una Propuesta desde la sociedad Civil. 1ª Edición. México 2024
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008
4. Secretaría de Salud de México. Modelo de Atención Integral a la Salud. Ciudad de México: Secretaría de Salud; [consultado el 3 oct 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/modelo-de-atencion-integral-a-la-salud>
5. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud. Boletín de Información Estadística 2021. Secretaría de Salud; 2021. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud>
6. Rasanathan K, Evans TG. Primary health care: a strategy for the 21st century. *Lancet*. 2020;395(10225):678-9
7. Secretaría de Salud. NOM-005-SSA3-2018, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Diario Oficial de la Federación. 2020. Disponible en: <https://www.dof.gob.mx>
8. Secretaría de Salud. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación. 2012. Disponible en: <https://www.dof.gob.mx>
9. Secretaría de Salud. NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. Diario Oficial de la Federación. 2003. Disponible en: <https://www.dof.gob.mx>
10. Secretaría de Salud. Código de Ética para el personal de salud. Secretaría de Salud. 2016. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud>
11. Goñi L. Administración de Servicios de Salud: Un enfoque práctico. 2ª ed. México: McGraw-Hill; 2012



Inconsistencias en el método clínico y su implicación en la mala práctica médica

Inconsistencies in the clinical method and implications in medical malpractice

Blanca Angélica Meneses Guevara



Resumen

El método clínico, es el proceso sistemático por el cual las médicas y los médicos logramos diagnosticar una enfermedad, tiene como objetivo el conocimiento del proceso salud-enfermedad del paciente; no sólo involucra el conocimiento clínico, sino también epidemiológico y social, ya que, para analizar una enfermedad se deben tomar en cuenta todos los factores asociados al paciente, en el contexto bio-psico-social. Consta de cinco etapas que nos permite a los clínicos llegar a una hipótesis diagnóstica; sin embargo, en cada una de estas etapas se pueden cometer errores que vulneren el método clínico y, por ende, el diagnóstico y el tratamiento que se implemente, lo que podría incurrir en mala práctica médica. El objetivo de este artículo de opinión es analizar el método clínico, las inconsistencias en el mismo, así como destacar acciones que puedan ayudar a prevenir errores durante su desarrollo.

Palabras Clave: inconsistencias, mala práctica, método clínico.

Abstract

The clinical method is the systematic process by which physicians are able to diagnose a disease; its main objective is the understanding of the patient's health-disease process, not only involving the clinical knowledge but also the epidemiologic and social knowledge, taking into consideration that to properly analyze a disease, all the patient's associated factors must be examined in a bio-psycho-social context. It consists of five stages that allow physicians to reach a diagnosed hypothesis; however, during each of these stages, errors can be made, altering the clinical method and, consequently, altering the diagnosis and its implemented treatment, leading to medical malpractice. The aim of this opinion article is to analyze the clinical method, the inconsistencies within itself, as well as to highlight actions that can prevent errors along its process.

Keywords: inconsistencies, malpractice, clinical method.

EL MÉTODO CLÍNICO

"La clínica se refiere al estudio de los enfermos, no al estudio de la enfermedad". La enfermedad es una abstracción conceptual derivada del estudio de muchos enfermos, en los cuales se descubrieron regularidades, similitudes en el orden semiológico, clínico, evolutivo y de pronóstico que permitieron conocer e identificar un proceso morboso, que era el mismo para cada paciente. Este concepto de enfermedad, se consolidó definitivamente con el progreso de la anatomía patológica, que permitió aislar e identificar con mayor certeza estas afecciones. En muchas de ellas se conocen ya las

Médica Especialista en
Medicina Interna

Comisión Nacional de
Arbitraje Médico

Citar como:

Meneses Guevara BA.
Inconsistencias en el método
clínico y su implicación en
la mala práctica médica.
Rev CONAMED 2024; 29 (4):
307-312.

Conflicto de intereses:

"La autora declara 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".

Financiamiento: no existió financiamiento.

causas, y los avances de la terapéutica han permitido conocer nuevas regularidades de la respuesta a los medicamentos. Por tanto, el estudio de los enfermos permitió hacer estas generalizaciones de carácter teórico, que hoy forman parte del cuerpo de conocimientos de la semiología, la patología y la clínica. Sin embargo, al mismo tiempo que se identificaban estas regularidades que permitían asegurar que varios enfermos tenían la misma enfermedad, los clínicos observaban que, en cada uno de los enfermos, la afección, siendo la misma, tenía una expresión clínica diferente, peculiar; se describió entonces lo que se denominó formas clínicas de la enfermedad, dadas por la variabilidad genética, ambiental, los diferentes modos de actuar de un mismo agente etiológico, las asociaciones en un mismo paciente de otras enfermedades, el estado de inmunidad natural en un momento dado, así como la respuesta física y psíquica de cada individuo ante la enfermedad, por esta razón la expresión clínica y evolutiva es diferente para cada enfermo, aun cuando tienen la misma afección.

Al final, el diagnóstico será casi siempre el de entidades nosológicas conocidas; pero para llegar a ello se requiere dedicación, capacidad de observación, juicio clínico certero, capacidad para analizar situaciones nuevas, creatividad, audacia en las conjeturas, pero prudencia y rigor al establecer conclusiones. Para ello, es necesario implementar el método clínico, que no es más que el método científico aplicado al trabajo con los pacientes.¹

La medicina individual, la clínica, utiliza el método científico a escala observacional y experimental si aceptamos que toda observación bien hecha es, una investigación y toda terapéutica bien diseñada es un experimento.²

El método clínico, es el proceso sistemático por el cual los médicos logran diagnosticar una enfermedad, tiene como objetivo el conocimiento del proceso salud-enfermedad del paciente; no sólo involucra el conocimiento clínico, sino también epidemiológico y social, ya que, para analizar una enfermedad se deben tomar en cuenta todos los factores asociados al paciente, en el contexto bio-psico-social.

El método clínico, también llamado proceso de diagnóstico, conserva las técnicas utilizadas para llegar a la confirmación de una hipótesis, a través del interrogatorio, examen físico y razonamiento.

Al ser un proceso metódico y sistemático, evita que el médico emita afirmaciones por sentido común o falsas premisas; que, si es verdad, en algunas ocasiones pueden coincidir con la enfermedad del paciente, no es una regla. En otras palabras, gracias al método clínico se producen conocimientos objetivos, cuyo resultado es un conocimiento sistemático y fundamentado.

El método clínico puede aportar hasta el 95% del diagnóstico. A través del interrogatorio se puede llegar al 60% a 70% del diagnóstico, el examen físico añade un 10% a 15% y los exámenes complementarios pueden subir esta certeza diagnóstica hasta el 95%. Se puede dividir en etapas:

Tabla 1. Etapas del método clínico.¹¹

Primera etapa:	<ul style="list-style-type: none"> Identificación del problema.
El paciente siente una alteración, que le motiva a buscar al médico.	
Segunda etapa:	<ul style="list-style-type: none"> Búsqueda de la información.
Búsqueda de la información, dirigida y orientada a encontrar datos importantes que lleven a la resolución del problema, para ello se emplea: <ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis. - Examen físico. 	
Tercera etapa:	<ul style="list-style-type: none"> Formulación de la hipótesis.
Con toda la información obtenida, el médico ya debería tener una impresión diagnóstica, diagnóstico presuntivo o hipótesis formulada, la cual deberá estar basada en la información recogida y tener un fundamento teórico.	
Cuarta etapa:	<ul style="list-style-type: none"> Contrastación diagnóstica.
Se debe someter a contrastación el diagnóstico presuntivo, el cual se realiza programado de manera enfocada una diversidad de pruebas diagnósticas (laboratorio, imagen, anatomo-patológicas, etc.).	
Quinta etapa:	<ul style="list-style-type: none"> Exposición de resultados. Diagnóstico definitivo.

La hipótesis diagnóstica se aprueba o se rechaza con la realización de exámenes complementarios, aunque debe recalcar que en algunas ocasiones no es necesario realizarlos para llegar al diagnóstico definitivo. En los casos en que se rechaza la hipótesis, se reinicia el método.³

Para poder aplicar correctamente el método clínico, se requiere de distintos principios, como se enumera a continuación:

1. Buena relación médico-paciente.
2. Destreza en el interrogatorio y en el examen físico.
3. Organización y jerarquización de la información.
4. Integrar los problemas biológicos con los psicosociales y laborales.
5. Dominio del razonamiento clínico (análisis, síntesis, contrastación, objetividad y visión integral).
6. Indicar las pruebas de acuerdo a la clínica.
7. Conocer la interpretación, las limitaciones y los riesgos de la exploración complementaria y la instrumentación que se utilice.
8. Evitar las iatrogenias (por la palabra, las investigaciones o la terapéutica).
9. Reconocer y analizar en el colectivo de trabajo, los errores.
10. Mantener una conducta ética en todos los casos.

Cuando no se respetan estos principios o requisitos, se está vulnerando el método clínico.⁴ Actualmente, existe una crisis del método clínico, debido a un progresivo menosprecio de la clínica asociado a una creciente debilidad en el desarrollo de habilidades semiológicas y clínicas, sobrevaloración de la tecnología, falta de tiempo en la consulta médica y desinterés por entablar una buena relación médico-paciente.

La vulneración al método clínico, puede desarrollarse en cada una de las etapas, como ejemplos se pueden destacar:

Primera fase:

- No establecer la adecuada relación médico-paciente.
- No categorizar apropiadamente el problema o los problemas del enfermo.

Segunda fase:

- Acentuar más lo anecdótico que lo semiológico en el interrogatorio.
- Interrogar parcial o incompletamente.
- La no realización del examen físico, o éste se efectúa en forma inapropiada o incompleta.

Tercera fase:

- No se formulan hipótesis diagnósticas.
- Sustituir los juicios diagnósticos.

Cuarta fase:

- Selección inapropiada de los exámenes paraclínicos de acuerdo a la hipótesis diagnóstica.
- La no justificación de las pruebas seleccionadas.
- La no contrastación del cuadro con el resultado de los exámenes paraclínicos.
- Indicar batería de exámenes y posteriormente orientar el interrogatorio y el examen clínico.
- El no arribar, como parte del juicio médico, al diagnóstico total, global e integral del paciente.

Quinta fase:

- El no reflejar en el expediente clínico del paciente los juicios establecidos en las diferentes fases del método clínico.
- La no comunicación a colegas de las experiencias obtenidas en el trabajo médico.

Según los autores Ilizástigui y Rodríguez-Rivera, los errores que se cometen con más frecuencia durante la exploración clínica son:

De técnica:

- Comunicación inadecuada con el enfermo que produce incomodidad del mismo, humillación u hostilidad.
- Posición inapropiada del enfermo para realizar la técnica exploratoria.
- Orden y organización deficiente durante el examen.
- Técnica defectuosa para explorar o usar instrumentos de exploración.
- Equipo deficiente o inexistente.
- Práctica de la exploración en momento inoportuno (no hay facilidades para la confidencia, escasez de tiempo o de cooperación del paciente).

Por omisión:

- El omitir parte de la exploración.

Obtención de información inexacta:

- No detectar signos existentes.
- Detectar signos que no existen.
- Interpretar variantes fisiológicas o anatómicas como anormalidades.
- No obtener los detalles de los signos detectados.

De interpretación:

- No conocer el significado fisiopatológico de un signo.
- No conocer los signos que confirman una hipótesis o la descartan.

De registro:

- No registrar un hallazgo por olvido.
- Escritura ilegible, abreviatura incomprensible, mala gramática, registro incompleto de los datos recogidos.
- Registrar diagnóstico y no signos recogidos.⁵

Deterioro de la relación médico-paciente:

La relación médico-paciente es el eslabón más sensible y humano de la práctica médica. Desde hace algunos años, se ha producido un deterioro de la comunicación entre el médico y el paciente al intentar los primeros, dominar la entrevista médica. Estudios realizados plantean que los médicos interrumpen a los pacientes a los 18 segundos de haber empezado a hablar y que solo el 20% de los pacientes puede completar el relato de sus quejas, en el 98% de los casos estos no exponen sus problemas emocionales. Otros estudios plantean que el médico de la atención primaria de salud sólo dedica 13 minutos como promedio a cada paciente, mientras que el internista dedica 18 minutos; sin embargo, se considera que interrogar y examinar a un paciente nuevo requiere de las mejores condiciones de cooperación paciente-médico un mínimo de 30 minutos. En un estudio realizado en Canadá por Beaumier y Bordage encontraron, entre las deficiencias más frecuentes de los médicos las siguientes: el médico no se identifica, es decir, no existe una adecuada presentación; no se le concede al paciente el tiempo necesario para que relate su problema. Con respecto al examen físico, se realiza de forma desorganizada, mecánica e irrelevante. Se

ha invocado como causa de esta situación, la falta de tiempo. La ausencia de consultas para el seguimiento de los pacientes o la realización de estos por otros médicos agrava la situación anterior, y ello genera la necesidad de establecer estrategias de consulta que permitan seguir la evolución de los pacientes adecuadamente en la atención primaria de salud.

Subvaloración del interrogatorio y del examen físico:

Como consecuencia de la acumulación de conocimientos y el progreso tecnológico, se derivaron de la Medicina Interna y la Cirugía, diversas especialidades como requerimiento necesario y provechoso; no obstante, en estas especialidades, con cierta frecuencia no se realizan adecuadamente el interrogatorio y el examen físico. Los profesionales se limitan a examinar "su parte" y, por lo tanto, no pueden obtener una visión general de la salud del paciente, realizar una valoración correcta de ella y administrarles tratamientos adecuados.

Sobrevaloración de la tecnología:

El progreso tecnológico ha significado un gigantesco paso de avance a la Medicina moderna. Ellas ayudan a confirmar o negar posibles diagnósticos, a revelar la existencia de enfermedades ocultas y causas posibles de ciertos cuadros clínicos a veces incomprensibles, estas como herramientas pueden alcanzar espacios a los que no puede llegar el médico directamente, proveen ayuda diagnóstica y los médicos se pueden beneficiar de su empleo si se utilizan con mesura y sentido común. El error está en considerar que la tecnología sustituye y desplaza a la clínica; ésta no reemplaza la pericia clínica sino que la extiende y la enriquece.⁶

Sin embargo, existen factores que, de forma variable, también pueden afectar la calidad de la información clínica e interferir con ello en el proceso diagnóstico, entre los que destacan:

Factores o variables dependientes fundamentalmente del proceso patológico:

- Diferentes formas clínicas de presentación de las enfermedades.
- Diferente frecuencia y representatividad de las distintas formas clínicas para sugerir una enfermedad.
- Pobre existencia de signos patognomónicos.

- Variabilidad en la intensidad de los síntomas de un individuo a otro.
- Aparición progresiva de las manifestaciones clínicas según la historia natural de la enfermedad.
- Intensidad de las alteraciones orgánicas, extensión de los procesos patológicos y velocidad de ocurrencia de los cambios internos.
- Compleja diferenciación de algunas manifestaciones clínicas entre síntomas reales o cambios fisiológicos.

**Factores o variables dependientes
fundamentalmente del individuo enfermo
o la fuente de información**

- La personalidad.
- El nivel cultural y de instrucción.
- Capacidad de comunicación.
- Voluntad para cooperar.
- Interpretaciones personales de los datos.
- Inexactitud o incongruencia entre fuentes de información.
- Sesgo de recuerdo.
- Desconocimiento de información necesaria.
- Omisión, desvirtuación o falsificación intencional de la información.
- Simulación de enfermedades y síndrome de Moünchhausen.

**Factores o variables dependientes
fundamentalmente de las condiciones en
que se recoge la información**

- Rapidez propia de las situaciones de urgencia.
- Insuficiente iluminación.
- Excesivo ruido ambiental.
- Falta de privacidad.
- No disponibilidad de instrumentos o defectos en: estetoscopio, esfigmomanómetro, oftalmoscopio, etc.

**Factores o variables dependientes
fundamentalmente del médico**

- Nivel del desarrollo de las competencias, habilidades clínicas y comunicativas.
- Nivel de desarrollo de la personalidad.⁷

El método clínico es quizás la herramienta médica más antigua que se conozca, constituye una categoría fundamental en las ciencias médicas y el elemento formativo más importante para

el aprendizaje, desarrollo y consolidación de habilidades en el campo de la profesión médica, por lo tanto, constituye el método fundamental de enseñanza en el proceso docente educativo de la carrera de Medicina, ya que su utilización como esquema formativo contribuye a consolidar su estudio y a la vez a estimular su implementación en la práctica médica diaria.⁸

El método clínico es inseparable a la práctica y a la docencia en las carreras de la salud, su inobservancia genera mala praxis, con la consecuente pérdida de eficiencia y eficacia en los servicios de salud y mala formación de sus estudiantes. Su rescate y defensa es imprescindible en esta época de notables avances de la tecnología, su correcta aplicación no niega sino presupone el uso racional de los estudios complementarios.⁹

La clave en la solución de esta llamada crisis del método clínico radica en el esmero de cada profesional de la salud en la realización de un exhaustivo interrogatorio y un minucioso examen físico, de modo que se llegue a un número reducido de diagnósticos o al diagnóstico definitivo a través del razonamiento que emana del método clínico, y entonces a partir de este punto sean indicados los exámenes complementarios necesarios para confirmar el diagnóstico o para el seguimiento de la evolución de una determinada enfermedad diagnosticada con anterioridad.

Otra clave para frenar la utilización excesiva de los medios diagnósticos descansa en justificar la necesidad de cada uno de los exámenes complementarios indicados a un determinado paciente de modo que, para ello, se tenga que recurrir al método clínico.

Además, es necesario incrementar los conocimientos de los estudiantes de medicina acerca de la importancia del método clínico, que se enseñe y se presencie su aplicación en las diferentes instituciones hospitalarias donde se desarrolla su formación.

El flujo en la atención del paciente debe ser, en primer lugar, la aplicación del método clínico, y luego, la realización de estudios complementarios, y no a la inversa, pues el uso de las tecnologías, lejos de elevar la calidad en la atención al paciente, lo que provoca es un aumento del estrés del paciente, una exposición de éste a riesgos innecesarios o incluso, la producción de daños al paciente.¹⁰

En conclusión, el método clínico es la forma sistematizada por la cual, los médicos pueden recabar toda la información clínica de un paciente en su contexto bio-psico-social y su vulneración en cualquiera de sus etapas puede incidir en su diagnóstico, tratamiento y pronóstico; en ello radica la importancia de fomentar su conocimiento, así como llevar a cabo acciones que prevengan errores y/o omisiones durante el desarrollo del mismo a fin de evitar mala práctica médica.

REFERENCIAS

1. Ilizástigui-Dupuy F, Rodríguez-Rivera L. El método clínico. *MediSur* [Internet]. 2010; 8(5): 2-11
2. Arteaga-Herrera, Fernández-Sacasas J.A. El método clínico y el método científico. *Medisur*. 2010; 8(5): 12-20
3. Frómata-Guerra A; Sánchez-Figaredo S.A. Maya-Castro M.A. et al. El método clínico: perspectivas actuales. *Bionatura*. 2017; 2(1): 255-260
4. Hernández-Aragonés J.C. Vulnerabilidad del método clínico. *Revista electrónica de Ciencias Médicas en Cienfuegos*. *Medisur*. 2010; 8(5): 134-143
5. Arteaga-Herrera, Fernández-Sacasas J.A. El método clínico y el método científico. *Medisur*. 2010; 8(5): 12-20
6. Cisnero-Álvarez Y; Hernández-Castellanos G; Jiménez-Leyva M; et al. Valoraciones sobre la crisis del método clínico en el nuevo milenio. *CCM*. 2013; 17(1): 65-70
7. Corona-Martínez L.A; Fonseca-Hernández M. El método clínico y los dilemas de la clínica. *Medisur*. 2011; 9(5): 57-66
8. Solís-Cartas U; Valdés-González J.L. Calvopina-Bejarano S., et al. El método clínico como pilar fundamental en la enseñanza médica. *Revista Cubana de Reumatología*. 2018; 20(1): 1-7
9. Afonso de León J.A; Piña-Rusinyol J.J., Pérez-Cruz M; et al. Sobre la vulnerabilidad del método clínico. *Rev. Med. Electrón*. 2017; 39(3): 663-665
10. Guillén-León Laura A; Campos-Sánchez C.M; Acosta-Escanaverino I., Consideraciones acerca de la crisis del método clínico ante el desarrollo tecnológico. *FEM*. 2021; 24(5): 271-273
11. Fuente: Frómata-Guerra A; Sánchez-Figaredo S.A. Maya-Castro M.A. et al. El método clínico: perspectivas actuales. *Bionatura*. 2017; 2(1): 255-260.



Omisión e inoportunidad en los estudios de laboratorio y gabinete

Omission and inappropriateness in laboratory and office studies

Aramara Yasmin Aco Flores



Resumen

Una de las causas de quejas por mala práctica es la omisión o inoportunidad en la realización de estudios de laboratorio y gabinete como parte de las pruebas diagnósticas que permiten identificar una determinada enfermedad en el paciente. En el presente artículo se exploran las causas, consecuencias y recomendaciones que pueden contribuir a minimizar este error en la atención médica.

Palabras Clave: estudios de laboratorio y gabinete, omisión en la atención médica, pruebas diagnósticas, responsabilidad médica.

Abstract

One of the causes of malpractice complaints is the omission or inoportunidad in the performance of laboratory and cabinet studies as part of the diagnostic tests that allow the identification of a certain disease in the patient. This paper explores the causes, consequences and recommendations that can contribute to minimize this error in medical care.

Keywords: laboratory and cabinet studies, omission in medical care, diagnostic tests, medical liability.

Los casos de mala práctica médica surgen cuando un paciente es perjudicado o considera que fue perjudicado por un médico, enfermera u otro profesional de la Medicina, quien falló en indicar o aplicar el tratamiento adecuado para la atención de su salud. Diagnóstico y medicación erróneos representan un gran porcentaje de las reclamaciones en las demandas por negligencia médica. Cuando un médico falla en diagnosticar una enfermedad grave o bien no ha acertado al indicar el tratamiento y/o los medicamentos correctos, el paciente puede perder oportunidades de evitar complicaciones, daños colaterales y sus consecuencias.¹

En efecto, derivado de los análisis médicos institucionales efectuados en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se ha identificado que una de las causas que originan las quejas por mala práctica, tienen su origen en la omisión o la realización no oportuna de estudios diagnósticos tanto de laboratorio como de gabinete, por lo que se considera relevante la revisión sobre las causas, repercusiones y recomendaciones que podrían eficientar el diagnóstico, y por ende mejorar la calidad de la atención médica.

En el ámbito de la salud, los profesionales deben tomar decisiones en un marco de incertidumbre. Al realizar un diagnóstico, se categorizan los signos y

Médica Especialista en Geriatria

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Citar como:

Aco Flores AY. Omisión e inoportunidad en los estudios de laboratorio y gabinete. Rev CONAMED 2024; 29 (4): 313-316.

Conflicto de intereses:

"La autora declara 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".

Financiamiento: no existió financiamiento.

síntomas, sumados a los hallazgos de exámenes complementarios de una condición clínica particular, implicando la definición de un tratamiento y pronóstico específico. Un diagnóstico médico oportuno es fundamental para evitar complicaciones de salud a corto, mediano y largo plazo.³

Durante el proceso diagnóstico se utilizan herramientas de la anamnesis, exploración física y exámenes complementarios para apoyar dicha categorización, signos y síntomas. Estas herramientas, conocidas como pruebas o métodos diagnósticos, permiten estimar la probabilidad de la presencia o ausencia de la condición médica sospechada. Así la información aportada por los métodos diagnósticos incrementan o disminuyen la probabilidad de una condición particular.⁴

Las pruebas diagnósticas son un grupo de acciones dentro de las cuales se incluyen preguntas en la anamnesis, signos al examen físico y exámenes complementarios (laboratorio, procedimiento o imagen), utilizados con el objetivo de determinar la presencia o ausencia de una condición. En algunos casos también se usan para establecer su severidad. Los exámenes de laboratorio y gabinete (como rayos X y ultrasonidos), son indispensables porque integran el proceso de un diagnóstico acertado. Un dictamen médico, con base exclusivamente en síntomas puede estar equivocado.

Al igual que sucede con el cuidado médico en general, los problemas derivados de la utilización de pruebas diagnósticas pueden clasificarse en:

1. Sobreutilización: ocurre por la realización de acciones innecesarias. Cuando la determinación diagnóstica se realiza en específicas circunstancias en las que el daño potencial excede al posible beneficio.
2. Mala utilización: ocurre por la ejecución inadecuada de maniobras convenientes y necesarias. Se ha seleccionado una determinación diagnóstica adecuada, pero ocurre una complicación que conduce a que el paciente no reciba todo el beneficio que debiera.
3. Subutilización: ocurre por la omisión de intervenciones necesarias. No se realiza una determinación diagnóstica concreta que habría producido un resultado favorable para el paciente.

Las pruebas de laboratorio clínico son un componente importante del proceso de diagnóstico. Hasta el 80% de las decisiones médicas están influenciadas por los análisis de laboratorio. Se ha encontrado que los errores en el diagnóstico ocurren con mayor frecuencia (44%), en la fase de pruebas diagnósticas (omisión de la solicitud, notificación y seguimiento de los resultados de laboratorio). Los retrasos en el diagnóstico son una fuente importante de morbilidad y mortalidad y se subestiman como causa de lesión del paciente.⁹

Dentro de las causas que originan estos errores en el diagnóstico, se incluyen:

- Diagnóstico no considerado por el médico tratante.
- No buscar ayuda de un especialista desde el principio.
- Antecedentes limitados (falta de historia social) o examen físico por parte del médico tratante.
- Tratamiento con antibióticos sin un diagnóstico claro, se ha asociado a un mayor riesgo de diagnósticos tardíos y enmascarados u omitidos de enfermedades infecciosas y no infecciosas. Esto también puede contribuir a la aparición de resistencia a antimicrobianos.
- La confianza excesiva en los resultados de las pruebas (por ejemplo, "eco negativo significa que no hay endocarditis").
- Diagnóstico prematuro (diagnóstico sin la verificación adecuada).¹⁰

Las pruebas diagnósticas inadecuadas en atención primaria pueden ser infrautilizadas o sobreutilizadas. La subutilización de las pruebas puede provocar errores y retraso en el diagnóstico y la administración de un tratamiento eficaz, lo que lleva a resultados adversos para los pacientes y costos adicionales.¹¹

La sub o sobreutilización de las pruebas varían de acuerdo al nivel de atención y los padecimientos implicados, aunque todos con consecuencias en la salud de los pacientes. Por mencionar unos ejemplos, en un metaanálisis a nivel mundial se encontró que a nivel de atención primaria el ecocardiograma, fue el más subutilizado en pacientes con insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular, otras fueron las pruebas de función respiratoria en pacientes para confirmar enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Por otro lado, en segundo nivel de atención se ha identificado

una sobreutilización de ecocardiograma como parte de las valoraciones preoperatorias a pesar de no tener síntomas o signos cardiovasculares. También se solicitan sin justificación urocultivos, endoscopías y colonoscopías en rango variable; estudios de tomografía y resonancia magnética en cefaleas sin banderas rojas.¹²

Los retrasos en el diagnóstico se producen en un amplio espectro de enfermedades, pero es especialmente importante tenerlos en cuenta en el caso de las enfermedades infecciosas. A nivel individual, incluso los retrasos breves en el diagnóstico y el tratamiento pueden aumentar la morbilidad de algunas enfermedades infecciosas (endocarditis, abscesos epidurales, etc.); Muchas enfermedades infecciosas son difíciles de diagnosticar debido a presentaciones variables y las limitaciones de las pruebas diagnósticas. Muchos signos y síntomas (por ejemplo, fiebres y escalofríos), son marcadores inespecíficos de inflamación que comparten muchas infecciones diferentes, independientemente del patógeno. Por ejemplo, las infecciones bacterianas potencialmente mortales pueden ser inicialmente indistinguibles de las infecciones víricas comunes autolimitadas. Por lo que es importante un alta sospecha diagnóstica para solicitar los estudios apropiados.¹³

En los pacientes con enfermedades crónicas, se ha identificado que algunas pruebas se solicitan con menos frecuencia de lo recomendado por las Guías de Práctica Clínica (por ejemplo, HbA1c o microalbúmina), mientras que otras se solicitan con más frecuencia de la recomendada (por ejemplo, pruebas de la función hepática, hemograma, función tiroidea). Esto refleja una falta de claridad o de divulgación de las últimas directrices basadas en la evidencia para el seguimiento de las enfermedades crónicas. Además de ser una fuente potencial de desperdicio, el uso excesivo de pruebas de laboratorio puede ser una fuente de daño, potencialmente causando ansiedad al paciente, pruebas posteriores innecesarias, derivaciones y sobrediagnóstico. También tiene un impacto significativo en la carga de trabajo y los costos del médico de cabecera a través de la revisión de los resultados de las pruebas y más investigaciones posteriores a pruebas anormales. Por otra parte, no realizar la prueba puede dar lugar a retrasos en los diagnósticos, complicaciones, daños al paciente y litigios.¹⁴

Entre las consecuencias de la mala indicación de las pruebas diagnósticas se encuentran:

- Obtención de resultados falsos positivos o falsos negativos y sus graves consecuencias.
- Sobrecarga de trabajo de los servicios auxiliares de diagnóstico.
- Despilfarro de recursos sanitarios.
- Pobre calidad de los servicios de salud.¹⁵

Algunas recomendaciones que pueden resultar útiles para mejorar la utilización de las pruebas diagnósticas:

- Involucrar a los pacientes en una negociación clínica en la que pacientes y médicos compartan sus preocupaciones, discutan las áreas de desacuerdo y lleguen a una conclusión mutuamente aceptable puede mejorar la relación médico-paciente y aumentar la participación de los pacientes en su propia atención.¹⁶
- Mejorar la comunicación durante las transiciones de la atención de los equipos hospitalarios a los ambulatorios, para continuar con los protocolos diagnósticos y seguimiento apropiado del paciente.
- Educación a través de la retroalimentación. Vías de diagnóstico (es decir, «algoritmos») para indicaciones/síntomas específicos, aplicación de criterios reflejos para resultados de pruebas patológicas definidas, pruebas reflexivas o creación de equipos de gestión del diagnóstico.
- Mayor interrelación entre los médicos de asistencia y el personal del laboratorio. Uso de comentarios interpretativos. Indicadores automatizados cuando las pruebas no tienen valor clínico en el entorno específico o se repiten demasiado pronto, recomendación de pruebas con un alto valor predictivo negativo.^{17,18}

Por lo tanto, si se quiere conseguir una práctica clínica segura, se deben alcanzar tres objetivos:

1. Identificar qué procedimientos clínicos, diagnósticos y terapéuticos son los más eficaces.
2. Garantizar que se aplican a quien los necesita.
3. Que se realicen correctamente sin errores.¹⁹

CONCLUSIÓN

La omisión o la realización no oportuna de los estudios de laboratorio y gabinete, de los que son

meritorios los pacientes que generan diagnósticos equivocados o retraso en la integración diagnóstica adecuada, y con ello dilación en el manejo apropiado, aumento de morbilidad, agravamiento del paciente, aumento en los costos de atención, así como ansiedad del paciente ante la incertidumbre de su padecer. Dirigir la atención a la identificación de en los errores cometidos en el proceso diagnóstico, permitirá implementar acciones que los minimicen y con ello disminuir el daño a los pacientes, mejorar la calidad en la atención y resguardar el derecho prioritario a la salud.

REFERENCIAS

1. Fuente del Campo A; Ríos A. El ejercicio de la Medicina y su entorno legal. *Cir. Plást. Iberolatinoam.* 2018;4482):123-130
2. Perez I, Taito IY; González CG, et al. Cómo interpretar las pruebas diagnósticas. *Medwave* 2021;21(7): e8432 <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/06/2.-Lectura-complementaria.-Perz-I.-Como-interpretar-las-pruebas-diagnosticas.pdf>
3. Ofrece IMSS diagnósticos médicos oportunos que evitan complicaciones de salud. Comunicado. Coordinación de comunicación social. 13/04/13. https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/i2f_news/056_PDF.pdf
4. Perez I, Taito IY, González CG, et al. Cómo interpretar las pruebas diagnósticas. *Medwave* 2021;21(7): e8432 <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/06/2.-Lectura-complementaria.-Perz-I.-Como-interpretar-las-pruebas-diagnosticas.pdf>
5. Op cit Pérez
6. Op cit IMSS
7. Barba J. Contribución del laboratorio clínico en la seguridad del paciente. *Rev Latinoam Patol Clin Med Lab* 2014; 61 (1): 11-23
8. Van Moll C, Egberts T, Wagner C; et al. The Nature, Causes, and Clinical Impact of Errors in the Clinical Laboratory Testing Process Leading to Diagnostic Error: A Voluntary Incident Report Analysis. *J Patient Saf.* 2023; 19(8):573-579
9. Suneja M, Beekmann SE, Dhaliwal G, et al. Diagnostic delays in infectious diseases. *Diagnosis* 2022; 9(3): 332-339
10. Op cit 9
11. O'Sullivan JW, Albasri A, Nicholson BD; et al. Overtesting and undertesting in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2018; 8:e018557
12. Op cit O'sullivan
13. Op cit Suneja
14. Jones T, Patel R, Elwenspoek MM, et al. Variation in laboratory testing for patients with long-term conditions: a longitudinal cohort study in UK primary care.
15. Op cit Barba.
16. Kravitz R; Callahan EJ. Patients' Perceptions of Omitted Examinations and Tests. *J Gen Intern Med* 2000; 15:38-45
17. León CC, Rivero G, López M, et al. Uso irracional de las pruebas de laboratorio clínico por parte de los médicos de asistencia. *MEDISAN.* 2015;19(11) [Internet] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001100001
18. Mrazek C, Lippi G, Keppel MH; et al. Errors within the total laboratory testing process, from test selection to medical decision-making - A review of causes, consequences, surveillance and solutions *Biochem Med (Zagreb)* 2020;30(2):020502 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7271754/> Recuperado el 14/10/24
19. Op cit Barba J
20. FuentedelCampoA,RíosA;Elejercicio delaMedicinaysuentorno legal. [Internet] *Cir. Plást. Iberolatinoam.* 2018;4482):123-130. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922018000200002. Recuperado el 14/10/24
21. Perez I, Taito IY, González CG; et al. Cómo interpretar las pruebas diagnósticas. [Internet] *Medwave.* 2021;21(7):e8432 <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/06/2.-Lectura-complementaria.-Perz-I.-Como-interpretar-las-pruebas-diagnosticas.pdf> Recuperado el 08/10/24
22. Ofrece IMSS diagnósticos médicos oportunos que evitan complicaciones de salud. Comunicado. Coordinación de comunicación social. [Internet] 13/04/13. https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/i2f_news/056_PDF.pdf Recuperado el 08/10/24
23. Barba J. Contribución del laboratorio clínico en la seguridad del paciente. [Internet] *Rev Latinoam Patol Clin Med Lab* 2014; 61 (1): 11-23. Recuperado el 08/10/24. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2014/pt141c.pdf>. Recuperado el 14/10/24
24. van Moll C, Egberts T, Wagner C; et al. The Nature, Causes, and Clinical Impact of Errors in the Clinical Laboratory Testing Process Leading to Diagnostic Error: A Voluntary Incident Report Analysis. *J Patient Saf.* [Internet] 2023;19(8):573-579. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10662575/>. Recuperado el 14/10/24
25. Suneja M, Beekmann SE, Dhaliwal G; et al. Diagnostic delays in infectious diseases. [Internet] *Diagnosis* 2022; 9(3): 332-339. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9424060/>. Recuperado el 14/10/24
26. O'Sullivan JW, Albasri A, Nicholson BD; et al. Overtesting and undertesting in primary care: a systematic review and meta-analysis. [Internet] *BMJ Open.* 2018;8: e018557. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5829845/>. Recuperado el 14/10/24
27. Jones T, Patel R, Elwenspoek MM; et al. Variation in laboratory testing for patients with long-term conditions: a longitudinal cohort study in UK primary care. [Internet] *BJGP Open* 2023;7-11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10354328/> Recuperado el 14/10/24
28. Kravitz R; Callahan EJ; Patients' Perceptions of Omitted Examinations and Tests. [Internet] *J Gen Intern Med* 2000; 15:38-45. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495321/> Recuperado el 14/10/24
29. León CC, Rivero G, López M; et al. Uso irracional de las pruebas de laboratorio clínico por parte de los médicos de asistencia. [Internet] *MEDISAN.* 2015;19(11) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001100001 Recuperado el 08/10/24
30. Mrazek C, Lippi G, Keppel MH; et al. Errors within the total laboratory testing process, from test selection to medical decision-making - A review of causes, consequences, surveillance and solutions *Biochem Med (Zagreb)*. [Internet] 2020;30(2):020502. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7271754/> Recuperado el 14/10/24



Deficiencias en el tratamiento médico: Claves para mejorar la práctica médica

Deficiencies in medical treatment: Keys to improving medical practice

Chantal Escarlett del Rosario Zambrano Aguiñaga



Resumen

Este artículo examina las principales deficiencias en el tratamiento médico y su impacto en la calidad de la atención y la salud pública. Los factores que contribuyen a estas deficiencias incluyen errores de diagnóstico, falta de adherencia al tratamiento, carencias de infraestructura y equipamiento, escasez de profesionales especializados y desinformación. Estos problemas no solo aumentan la morbilidad y mortalidad de diversos padecimientos, sino que también generan desconfianza hacia los servicios de salud y elevan los costos al derivar en tratamientos adicionales. Se analiza el contexto de estas deficiencias desde la perspectiva de los profesionales de salud, el sistema de salud y los pacientes, identificando áreas críticas como la comunicación efectiva, la equidad en el acceso a la salud y la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas.

El artículo concluye proponiendo recomendaciones para mejorar la práctica médica, enfatizando la capacitación continua, el desarrollo de habilidades de comunicación, el fomento de la equidad y el empoderamiento del paciente. Asimismo, subraya la importancia de políticas públicas centradas en la persona y en la cooperación multisectorial para reducir la fragmentación de la atención médica y asegurar un sistema de salud más eficiente y equitativo.

Palabras Clave: acceso a la salud, adherencia al tratamiento, calidad de la atención médica, deficiencias, paciente, salud pública, tratamiento médico.

Abstract

This article examines the main deficiencies in medical treatment and their impact on the quality of care and public health. Contributing factors to these deficiencies include diagnostic errors, lack of treatment adherence, shortages in infrastructure and equipment, scarcity of specialized professionals, and misinformation. These issues not only increase the morbidity and mortality of various conditions but also foster distrust toward healthcare services and raise costs by leading to additional treatments. The context of these deficiencies is analyzed from the perspectives of healthcare professionals, the healthcare system, and patients, identifying critical areas such as effective communication, equity in healthcare access, and adherence to treatment in chronic diseases.

The article concludes by proposing recommendations to improve medical practice, emphasizing ongoing training, the development of communication skills, the promotion of equity, and patient empowerment. It also highlights the importance of public

Subdirectora de
Coordinación Médica

Comisión Nacional de
Arbitraje Médico

Citar como:
Zambrano Aguiñaga
CHE. Deficiencias en el
tratamiento médico: Claves
para mejorar la práctica
médica. Rev CONAMED 2024;
29 (4): 317-323.

Conflicto de intereses:
"La autora declara 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".

Financiamiento: no existió
financiamiento.

policies centered on the individual and multisectoral cooperation to reduce the fragmentation of medical care and ensure a more efficient and equitable healthcare system.

Keywords: access to health, adherence to treatment, quality of medical care, deficiencias, patient, public health, medical treatment

INTRODUCCIÓN

Las deficiencias en el tratamiento médico se refieren a diversos factores que intervienen en la calidad de la atención médica e impactan de forma negativa en la salud pública. Dentro de éstas se pueden encontrar errores de diagnóstico, falta de adherencia a tratamientos, falta de equipamiento e infraestructura, escasez de profesionales especializados, desabasto de medicamentos, deficiencias en la comunicación entre profesionales o entre el personal médico y pacientes, desinformación entre otras.

Abordarlas no es una tarea sencilla que requiera solo de eficiencia y economía, sino también de aspectos sociales, asegurando equidad e igualdad en el acceso a una atención médica de calidad, así como redes organizadas que involucren a todos los tomadores de decisiones, evitando la fragmentación de la atención de la salud, buscando que esa sea centrada en el paciente y logrando un abordaje integral e integrado.¹

Las consecuencias que representan estas deficiencias tanto en las personas usuarias como en los sistemas de salud. Estas fallas reducen la calidad de la atención lo que genera desconfianza en los servicios de salud, llevando a complicaciones evitables con el tratamiento adecuado. Esto no sólo incrementa las tasas de morbilidad y mortalidad, sino que también incrementa los costos para el sistema de salud, debido a las complicaciones o tratamientos adicionales que se derivan de una atención inoportuna o inadecuada.

El objetivo de este artículo es identificar las principales deficiencias en el tratamiento médico y proponer recomendaciones que mejoren la práctica clínica, promoviendo una adecuada planeación, una óptima distribución de recursos y fomentando la calidad de la atención médica.

CONTEXTO DE LAS DEFICIENCIAS EN EL TRATAMIENTO MÉDICO

Las deficiencias en el tratamiento médico se refieren a la falta de adherencia a las pautas de tratamiento, errores en la administración de medicamentos, diagnósticos inadecuados y la ausencia de un seguimiento adecuado. Estas deficiencias pueden surgir de múltiples factores, incluidos la comunicación ineficaz entre profesionales de la salud y pacientes, la falta de recursos y la complejidad de las condiciones médicas.

Estudios indican que entre el 30% y el 50% de los pacientes no siguen adecuadamente sus tratamientos médicos. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha señalado que esta falta de adherencia no sólo afecta el bienestar del paciente, sino que también incrementa los costos en el sistema de salud. En enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión, las tasas de adherencia son especialmente preocupantes, con cifras que indican que solo una tercera parte de los pacientes cumplen con sus tratamientos.²

Abordar las deficiencias en el tratamiento médico es crucial para mejorar los resultados de salud. Una adherencia adecuada puede reducir las complicaciones, mejorar la calidad de vida y disminuir la carga financiera sobre los sistemas de salud. Además, mejorar la práctica clínica a través de la educación y el empoderamiento del paciente puede conducir a una mayor satisfacción con el cuidado recibido y a una mejor gestión de las condiciones crónicas.

FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LAS DEFICIENCIAS DEL TRATAMIENTO MÉDICO

Existen diversos factores que contribuyen a las deficiencias en el tratamiento médico, en los cuales tanto los prestadores de servicios como las personas usuarias desempeñan un papel clave en su prevención. Entre los más destacados se destacan los siguientes:

PROFESIONALES DE LA SALUD

Los errores diagnósticos y de tratamiento son considerados una de las principales causas que afectan la calidad y la seguridad de la atención médica, ya sea por la falta de actualización de

conocimientos, diagnósticos y tratamientos tardíos, exploración física incompleta, seguimiento de casos y coordinación entre el personal médico tratante en los diferentes niveles de atención entre otras.

Por lo que se debe trabajar en establecer acciones que permitan la mejora del proceso diagnóstico y por ende del tratamiento médico. Abarcar desde la formación, capacitación, actualización y certificación de todo el personal profesional de salud, establecer protocolos de atención que permitan mejorar la coordinación y colaboración de todos los involucrados en el proceso de atención médica buscando que sea centrada en la persona de manera integral, así como el uso de sistemas de información en salud integrados que permitan conocer la historia clínica del paciente y hallazgos importantes de su estado de salud.³

La comunicación es uno de los principales factores, para disminuir las deficiencias en el tratamiento médico. Una comunicación deficiente, afecta la relación médico paciente dificultando la transmisión de la información y el apego a las indicaciones emitidas por el médico. Por ello, mantener una comunicación efectiva, asertiva y empática es una responsabilidad compartida. Es fundamental que el médico ofrezca explicaciones claras y concretas para garantizar una comprensión adecuada y mejorar los resultados del tratamiento.

Es común en la práctica médica que tanto el profesional de la salud como el paciente no comprenda la información completa durante el proceso de atención. Esto a menudo se debe a la forma en que se transmite el mensaje. Por ello, la comunicación debe adaptarse al nivel de alfabetización del paciente, facilitando su comprensión de la información y asegurando que entienda tanto su diagnóstico, como el tratamiento indicado. Esto se traduce en una mayor adherencia al tratamiento, así como en mejores resultados en la atención médica.⁴

SISTEMA DE SALUD

El acceso a los servicios de salud ha sido un reto significativo en todos los países independientemente de su nivel de desarrollo, debido a diversos determinantes socioeconómicos, de género, religión y políticas entre otros.

El tener acceso limitado en ciertos grupos de población es un factor determinante de las deficiencias en el tratamiento médico, pues al existir inequidad y desigualdad de la prestación de los servicios de salud, se generan condiciones que impactan negativamente en el bienestar y la calidad de vida en las personas; ya que se vulnera su derecho a la salud impidiendo que se reciba acceso a la prevención, diagnósticos y tratamientos oportunos o atención médica especializada.

Por lo que se debe impulsar políticas públicas eficientes, centradas en las personas y estrategias que permitan mejorar la equidad en el acceso a la salud a través de la cooperación y coordinación de todos los sectores involucrados, fomentando el desarrollo social, educativo y económico.⁵

Tener acceso a los servicios de salud no garantiza que se otorgue una atención médica de calidad. Existen desafíos significativos derivados de la escasez de recursos e insumos, así como del personal médico general y especializado principalmente en zonas rurales o de difícil acceso.

En México, hay 2.4 médicos por cada 1,000 habitantes, inferior al promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que es de 3.5 por cada 1,000 habitantes y 2.9 enfermeras/os por cada 1,000 habitantes (2019),⁶ por lo que la demanda de servicios de salud se vuelve un reto importante. Aunado a esto, existe un contraste en el país entre regiones con escasez de equipamiento e infraestructura y otras donde estos recursos están subutilizados, esta subutilización se debe, en gran medida, a la falta de profesionales especializados que contribuyan a la emisión de diagnósticos precisos y oportunos a través de la interpretación de estudios de laboratorio y gabinete específicos. Contar con un diagnóstico exacto permite orientar y diseñar tratamientos específicos, ajustados a las necesidades individuales de cada persona, mejorando así la efectividad del tratamiento médico.

PACIENTES

Los cuidados y decisiones diarias de los pacientes son crucial durante el tratamiento médico, ya que impacta directamente en las acciones curativas y de rehabilitación, como se comentó previamente la adherencia al tratamiento, es una de las principales problemática a nivel mundial según la OMS, sobre

todo en personas con enfermedades crónicas, por lo que la educación en cuanto a la importancia en el apego al tratamiento y el monitoreo del mismo, se vuelve esencial para aumentar la seguridad de los pacientes y tener mejores resultados tanto en el control de enfermedades como en la prevención de complicaciones derivadas a la falta de adherencias.

Para lograr una mejora en la adherencia al tratamiento se requiere de un trabajo constante y dinámico en el que se establezcan acciones coordinadas que permitan un enfoque multidisciplinario.

¿Qué se entiende por desinformación?

Es aquella información que se difunde y ha sido manipulada en un intento de engañar, normalmente con motivaciones de índole económico con el objetivo de obtener un beneficio y supone una amenaza para los procesos de toma de decisiones, sobre todo para la salud y seguridad.

El impacto de la desinformación en salud, el papel del internet y las redes sociales son fundamentales para la proliferación de falsas creencias sobre tratamientos "milagro"; ya sean no comprobados o aún en estudio. Esta situación se convierte en un factor difícil de controlar y supervisar, lo que genera gran preocupación, dado que estos medios de comunicación contribuyen a la difusión de información errónea.

Se debe trabajar en concientizar acerca de los riesgos que esto conlleva y fomentar un pensamiento racional y crítico, promover la alfabetización digital y en materia de salud en la población en general entre otras.⁷

FACTORES SOCIOECONÓMICOS QUE AFECTAN A LA SALUD

Los factores socioeconómicos desempeñan un papel crucial en la salud de los pacientes, influenciando no solo el acceso a la atención médica, sino también la calidad de ésta. Estos factores incluyen el nivel de ingresos, la educación, el empleo, el estatus socioeconómico y el entorno social y físico en el que vive una persona.

Las personas con menor poder adquisitivo a menudo enfrentan barreras para acceder a servicios de salud adecuados, ya sea por la falta de seguridad

social, lo que limita la capacidad de acceder a tratamientos médicos lo que pospone la atención médica y muchas veces a complicaciones de salud graves.

La estabilidad económica y empleo también tienen un impacto en la salud de las personas, pues no contar con trabajo estable y percibir salarios bajos pueden generar situaciones de estrés que afecten la salud física y mental. Además, de que limita el acceso a la atención médica por la falta de beneficios de salud que se otorgan a través de un empleo estable.

El nivel educativo es otro aspecto que afecta la capacidad de comprender la información en salud y apegarse a las recomendaciones médicas. Así como, influir en las decisiones sobre la salud, incluyendo la adopción de estilos de vida saludable.

El entorno social en el que se desenvuelve el paciente juega un papel crucial pues la familia, amigos y comunidades son fundamentales para crear un ecosistema de bienestar y un entorno positivo en el que cuenten con apoyo emocional. Otro factor importante es el acceso a servicios básicos, el desarrollo de comunidades con condiciones ambientales óptimas donde se tenga acceso a agua potable, saneamiento, áreas verdes son determinantes clave en la salud.

IMPLICACIONES DE LAS DEFICIENCIAS EN EL TRATAMIENTO

CONSECUENCIAS PARA LOS PACIENTES

Las deficiencias en el tratamiento médico tienen implicaciones significativas, especialmente en casos graves de personas con enfermedades crónicas, cáncer o inmunológicas, lo que contribuye al aumento de la morbilidad y mortalidad en estos grupos de población. Además, estos pacientes pueden presentar disminución en su calidad de vida debido a los efectos secundarios en la falta de atención, tratamientos inadecuados o desabasto de medicamentos. Esta situación genera altos costos al sistema de salud, derivados de las complicaciones en el estado de salud que resultan de estas deficiencias.

Para comprender la importancia y evitar las deficiencias en el tratamiento médico es necesario abordarlo también desde una perspectiva de ética y justicia, respetando la autonomía de cada uno de los pacientes quienes deben tener la capacidad de

tomar decisiones informadas sobre su tratamiento, al existir una mala comunicación se puede vulnerar dicho principio. Los profesionales de la salud deben actuar siempre en busca del bienestar de la persona y evitar causar daño. Además, de tomar en cuenta las determinantes sociales en salud, buscando que independientemente de éstas, todas las personas tengan acceso a tratamientos de calidad.

IMPACTO EN LOS SISTEMAS DE SALUD

En cuanto al impacto que generan las deficiencias en el tratamiento médico en los sistemas de salud, destacan el incremento de los costos asociados a las complicaciones por tratamientos tardíos e inadecuados, diagnósticos y tratamientos limitados y la falta de acceso a atención integral e integrada.

El mal uso de medicamentos particularmente los antimicrobianos juega un papel fundamental en el incremento de gasto monetario en los sistemas de salud, a consecuencia de las reacciones adversas generadas, incrementado los días de estancia hospitalaria por infecciones y complicaciones secundarias al inadecuado uso de estos medicamentos. La OPS, estima que alrededor del 50% del uso de antibióticos es inapropiado, ocasionando un impacto negativo en los resultados de salud.⁶

A pesar de que en Latinoamérica se ha mejorado la vigilancia en cuanto al consumo de antibióticos y se han implementado sistemas de control en la prescripción de medicamentos; en necesario contar con información en salud integrada que permita llevar la trazabilidad de la atención médica y se logre identificar las problemáticas a tiempo que permitan intervenir de manera oportuna generando conciencia en cuanto a la prescripción racional en los tratamientos médicos y evitando ingresos hospitalarios innecesarios.

Por otro lado, la escasez de recursos como el equipamiento médico e infraestructura juega un papel importante para la detección oportuna de ciertas patologías, particularmente las oncológicas, pues esto influye directamente en la detección temprana del cáncer y el otorgamiento oportuno del tratamiento independientemente de si es médico o quirúrgico.

Si bien, el contar con suficientes recursos en salud es fundamental, eso no asegura que los resultados sean siempre favorables, pues se debe buscar la eficacia del gasto, mejorar la capacidad y disponibilidad general de todos los recursos, buscando que el sistema de salud sea resiliente. Por ejemplo, Estados Unidos es el país con mayor gasto en salud de los países de la OCDE y, sin embargo, tiene las peores tasas de mortalidad evitable.⁸

REPERCUSIONES ÉTICAS Y SOCIALES

Antes que nada, es importante mencionar que toda práctica médica, por consiguiente, todas las decisiones clínicas deben estar apegadas a los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia, y de justicia. Al existir deficiencias en el tratamiento médico no solo se afecta la salud física y mental de los pacientes, sino que también existen implicaciones éticas y sociales importantes.

El otorgar un tratamiento insustancial donde la probabilidad de que el paciente presente escasos o ningún beneficio sólo generará incremento en el costo de la enfermedad, por lo que el profesional de la salud deberá actuar siempre a fin de proteger, promover, y restaurar la salud.⁹

Por otro lado, desde el aspecto social al existir deficiencias en el tratamiento médico independientemente de los factores desencadenantes, se reflejan desigualdades sociales que impactan mayormente en los pacientes de entornos socioeconómicos desfavorables ocasionando peores resultados de salud.

Esto plantea un dilema ético sobre la justicia, la equidad e igualdad en la atención médica, la falla en atención médica y apoyo a grupo vulnerables puede prolongar la enfermedad y ciclos de pobreza.

Otra repercusión importante al brindar una práctica médica deficiente es la desconfianza que se produce hacia los profesionales de la salud, unidades médicas o el sistema en general, viéndose afectada la relación médico-paciente y propiciando que, al no sentir sus necesidades atendidas, se vuelvan reacios a buscar atención médica en el futuro.

Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad ética de abogar por el bienestar de sus pacientes y trabajar en aminorar las deficiencias en el tratamiento médico, a través de una correcta

comunicación con los pacientes, educación en salud sobre sus derechos y obligaciones como pacientes, ser conscientes de las barreras sociales y económicas que existen y afectan directamente a la adherencia de los tratamientos y el acceso equitativo e igualitario a la atención médica.¹⁰

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA PRÁCTICA MÉDICA

Un aspecto fundamental para evitar deficiencias en el tratamiento médico es la actualización del conocimiento entre los profesionales de salud. Esta práctica es esencial para disminuir los diagnósticos erróneos y, por ende, los tratamientos inadecuados.

Es necesario generar espacios de trabajo seguros donde se intercambien experiencias e información sobre los principales retos que enfrentan los profesionales de la salud y derivan en deficiencias en el tratamiento médico, con la finalidad de aprender y desaprender de esos eventos adversos y buscar soluciones que disminuyan la frecuencia de éstas a través de la réplica de buenas prácticas y experiencias de éxito.

Otro aspecto fundamental, es el desarrollo de habilidades blandas, con el objetivo de mejorar la capacidad de interrelacionarse, generado un ecosistema en el que se logró trabajar de forma colaborativa, empática y eficiente, impactando directamente en la mejora de la calidad de la atención médica y salud del paciente, ya que éstas complementan las habilidades cognitivas mejorando las competencias de los profesionales de la salud no sólo desde el ámbito profesional sino personal también.¹¹

En la relación médico paciente es fundamental establecer una comunicación efectiva, asertiva y empática, que permita generar un entorno de confianza en el que el paciente tendrá una mayor recepción de la información y esto impactará positivamente en su adherencia al tratamiento, en el manejo de sus emociones y satisfacción de la atención médica.

Es necesario aprender a escuchar al paciente, pues se considera uno de los principales motivos de quejas de las personas usuarias de los servicios de salud; ya que hacen referencia a que no existe contacto visual con los médicos, sobre todo en consultas de control de personas con enfermedades

crónicas, no los exploran y la comunicación es deficiente; por lo que deben considerarse todos los componentes de la comunicación y no sólo la verbal, sino también el lenguaje corporal, el cómo se expresa la información y la forma en la que se pronuncia.

Es primordial encontrar un punto de equilibrio entre la demanda que existe, la falta de personal, la actitud de los profesionales de la salud y el uso de herramientas tecnológicas para disminuir la falla en la comunicación.¹²

CONCLUSIÓN

Si bien son múltiples los factores que influyen en las deficiencias del tratamiento médico, se debe trabajar en implementar acciones que fomenten una correcta práctica médica. Abordar los factores socioeconómicos que afectan la salud es fundamental para mejorar los resultados de salud a nivel poblacional. Las intervenciones que integran consideraciones socioeconómicas en la atención médica pueden ayudar a reducir disparidades en salud, aumentar la adherencia a tratamientos y promover el bienestar general de los pacientes.

También se debe abordar las repercusiones éticas y sociales de las deficiencias en el tratamiento médico para promover un sistema de salud más justo, eficiente y efectivo. La mejora de la atención médica debe incluir consideraciones éticas que protejan a los pacientes y aborden las desigualdades que existen en la prestación de los servicios de salud.

Es importante que no sólo se investigue sobre los factores que influyen en las deficiencias del tratamiento médico, sino también en las estrategias que permitan disminuirlas y abogar por políticas que promuevan el acceso equitativo, asegurando que todas las personas tengan la oportunidad de recibir el tratamiento adecuado.

La capacitación y actualización continua es necesaria, abordando no sólo los temas médicos sino también, los que involucran el desarrollo de habilidades blandas y, los aspectos éticos y legales. Así como, la colaboración interdisciplinaria y el trabajo en equipo es indispensable para abordar las necesidades de los pacientes y mejorar la calidad de la atención médica.

Por otro lado, se debe empoderar a los pacientes a través de la sensibilización y educación sobre su enfermedad, tratamiento y la prevención de complicaciones, las campañas masivas de difusión y los programas de Salud Pública juegan un papel crucial en esto.

Una buena coordinación, participación y comunicación entre todas las personas involucradas en el proceso de atención médica, es fundamental para fomentar buenas prácticas, aumentar la calidad en la atención y disminuir toda clase de deficiencias en la prestación de servicios de salud.

REFERENCIAS

1. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Organización Panamericana de la Salud; 2019. [Consultado 21 de octubre de 2024] Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>
2. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Organización Panamericana de la Salud; 2004 [Consultado 21 de octubre de 2024]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/41182>
3. Minúe Lorenzo S, Astier-Peña MP, Coll Benejam T; El error diagnóstico y sobre diagnóstico en Atención Primaria. Propuestas para la mejora de la práctica clínica en medicina de familia. Atención Primaria 2021;53 Suppl 1(102227):102227 [Consultado 22 de octubre de 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102227>
4. Balogh EP, Miller BT, Ball JR; Committee on Diagnostic Error, Board on Health Care Services, Institute of Medicine, et al. Introduction. Washington, D.C., DC: National Academies Press; 2015. [Consultado 22 de octubre de 2024] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK338600/>
5. Blanca Pelcastre, Sergio Meneses, Mario Sánchez, Celinia Rueda, René Leyva; Equidad en el acceso a servicios de salud en México. Instituto Nacional de Salud Pública. 2021 [Consultado 24 de octubre de 2024] Disponible en: https://insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISS_Equidad_acceso.pdf
6. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. OECD. 2020 [Consultado 23 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.oecd.org/es/publications/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020_740f9640-es.html
7. Desinformación y salud pública [Internet]. Who.int. [Consultado 24 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/disinformation-and-public-health>
8. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. [Consultado 24 de octubre de 2024]; Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en
9. Castillo Fernández D; Dilemas bioéticos en la práctica clínica y el manejo del dolor crónico. Med Etica, 2023 Consultado 22 de octubre de 2024]; 34(3):720–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.36105/mye.2023v34n3.03>
10. Martin-Fumadó C, Gómez-Durán EL, Morlans-Molina M; Consideraciones éticas y médico-legales sobre la limitación de recursos y decisiones clínicas en la pandemia de la COVID-19. Rev Esp Med Leg 2020; [Consultado 24 de octubre de 2024]; 46(3):119–26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2020.05.004>
11. Vargas R, Zaldivar Acosta M; Habilidades Blandas: una respuesta para la mejora de la atención de profesionales de la salud. Rev Esp Edu Med. 2023 [Consultado el 22 de octubre de 2024]; 4(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/edumed.576321>
12. Vega-Hurtado C; Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2020, [Consultado 23 de octubre del 2024]; 58(2):197–201. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/RevistaMedicadelInstitutoMexicanodelSeguroSocial/2020/vol58/no2/16.pdf>



Deficiencias en la atención quirúrgica en la población asegurada y sin afiliación a nivel nacional

Deficiencies to surgical care in the insured and unaffiliated population at the national level



Tania Janeth González Salinas*, Diana González Álvarez**, José Manuel Gutiérrez Zamudio***

Resumen

La cirugía es un componente esencial de la asistencia sanitaria en todo el mundo desde hace más de un siglo. Dada la creciente incidencia de los accidentes de tránsito, traumatismos, padecimientos oncológicos, enfermedades cardiovasculares, crónico degenerativas, etc.

Los motivos de queja en las gestiones más frecuentes son: diferimiento de cirugía por falta de insumos quirúrgicos, exceso de protocolos preoperatorios (vigencia en los estudios y valoraciones preoperatorias), falta de tiempos quirúrgicos y revaloraciones por secuelas de corto, mediano y largo plazo ante la demora de atención; ya que es imperativo recordar que el estado y pronóstico de los pacientes cambia constante y presurosamente.

Definitivamente, se tiene por entendido que para el éxito de los tratamientos sea el mejor, depende de ambas partes es decir de los usuarios y prestadores.

Ante la falta de capacidad resolutoria de los distintos prestadores de servicio de salud en el sector público, es importante no solo ver las incidencias de las presuntas "malas praxis" por el área médica, sino valorar que los procesos administrativos se realicen en su totalidad, conforme a la normativa aplicable a la atención quirúrgica.

Palabras Clave: atención médica oportuna, cirugía segura, insumos médicos, tratamiento quirúrgico, uso racional de recursos.

Abstract

Surgery has been an essential component of healthcare throughout the world for more than a century. Given the increasing incidence of traffic accidents, trauma, oncological conditions, cardiovascular diseases, chronic degenerative diseases, etc., surgery has become an essential component of health care worldwide for more than a century.

The most frequent reasons for complaints in the procedures are: postponement of surgery due to lack of surgical supplies, excess of preoperative protocols (validity in preoperative studies and assessments), lack of surgical times and re-evaluations due to short, medium and long-term consequences due to delay in care, since it is imperative

*Subdirectora Médica

** Médica Especialista en Medicina Legal

*** Director Médico

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Citar como:

González Salinas TJ, González Álvarez D, Gutiérrez Zamudio JM. Deficiencias en la atención quirúrgica en la población asegurada y sin afiliación a nivel nacional. Rev CONAMED 2024; 29 (4): 324-327.

Conflicto de intereses:

"Los autores declaran 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".

Financiamiento: no existió financiamiento.

to remember that the condition and prognosis of patients changes constantly and rapidly.

Definitely, it is understood that for the success of the treatments to be the best, it depends on both parties, that is, on the users and providers.

Given the lack of resolution capacity of the different health service providers in the public sector, it is important not only to see the incidences of the alleged "malpractices" by the medical area, but also to assess that the administrative processes are carried out in the entire process, in accordance with the regulations applicable to surgical care

Keywords: timely medical care, safe surgery, medical supplies, surgical treatment, rational use of resources.

DESARROLLO

A nivel mundial, diversas organizaciones se ven interesadas en el bienestar integral de la población humana, siendo así que, como ejemplo puntual, la Organización de las Naciones Unidas, en su Resolución aprobada por la Asamblea General, el 25 de septiembre de 2015,¹ se atienden objetivos para las personas y el planeta, siendo el tercer objetivo, garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos; en todas las edades. Partiendo del punto anterior para superar estas adversidades, y subsanar las deficiencias convencionales en la atención sanitaria, es necesario aumentar la inversión y el compromiso en los sistemas de salud para crear resiliencia frente a las contingencias sanitarias.

Si bien lo establece la Ley General de Salud, la atención médica debe ser integral, contemplando la parte preventiva, curativa, paliativa y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;² en los cinco ámbitos anteriores, los tratamientos quirúrgicos se encuentran dentro de las posibilidades de ofertar a diversos tipos de pacientes de manera inclusiva, incrementando al ser oportunos, la calidad, eficacia y eficiencia de los resultados a los pacientes.

La cirugía es un componente esencial de la asistencia sanitaria en todo el mundo desde hace más de un siglo. Dada la creciente incidencia de los accidentes de tránsito, traumatismos, padecimientos oncológicos, enfermedades cardiovasculares, crónico degenerativas, etc; el peso

de los tratamientos quirúrgicos en los sistemas de salud públicos se ha visto en aumento. Se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas. A pesar del costo eficacia que puede tener la cirugía en cuanto a vidas salvadas y complicaciones evitadas, la falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en gran parte del país.

Dentro del Sistema Nacional de Salud, las especialidades médicas quirúrgicas tales como: Traumatología y Ortopedia, Cirugía General, Urología, Neurocirugía, Cirugía Vascul y Angiología, Otorrinolaringología, Cirugía Estética Plástica y Reconstructiva principalmente, se encuentran con una incidencia relevante en quejas presentadas por los usuarios sobre la falta de capacidad resolutoria en los procedimientos quirúrgicos.

Siendo la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, un mecanismo alternativo de solución de controversias entre los prestadores de servicios médicos y los usuarios de servicios médicos, la Dirección General de Orientación y Gestión, mediante el proceso de Gestión Inmediata como alternativa para la resolución de conflictos, en el periodo de enero del 2023 a septiembre del 2024,⁴ se ha atendido un total de 1255 gestiones inmediatas siendo este un tema presentado con un 45%, de un total de 2738 gestiones solicitadas al sector de Salud Pública. En dichas gestiones los motivos de queja más frecuentes son: diferimiento de cirugía por falta de insumos quirúrgicos, exceso de protocolos preoperatorios (vigencia en los estudios y valoraciones preoperatorias), falta de tiempos quirúrgicos y revaloraciones por secuelas de corto, mediano y largo plazo ante la demora de atención, ya que es imperativo recordar que el estado y pronóstico de los pacientes cambia constante y presurosamente.

Ahora bien, el Cuadro Básico y Catálogo de Osteosíntesis y Endoprótesis cuenta con actualizaciones donde la última publicada en el Diario Oficial de la Federación,⁵ previo a la contingencia sanitaria COVID, dicho catálogo tiene como objetivo principal homogeneizar las políticas de adquisición de las instituciones públicas federales del Sistema Nacional de Salud, por lo que es de suma importancia actualizar y supervisar que los reglamentos o bases de adquisiciones y arrendamientos de servicios por las distintas Instituciones de Salud, sean llevados con

la mayor eficiencia posible. Es decir, verificar que los tiempos administrativos no impacten en el resultado final que es la población, ya que la demora de atención por los motivos ya mencionados favorece a un mayor número de secuelas físicas, psicológicas y sociales de los usuarios.

Dentro de los insumos con mayor demanda y con demora de entrega a las unidades médicas, son los relacionados con el material de osteosíntesis y endoprótesis (prótesis, tornillos, placas, fijadores externos, clavos centro medulares, etc.), que son utilizados para atención médica en cualquiera de sus facetas en los distintos tipos de fracturas; las cuales, si bien en algunos casos pueden resolverse mediante tratamiento conservador que consiste en inmovilización y vigilancia, también pueden ser candidatos a manejo quirúrgico. Por lo que, de la intervención de la Dirección General de Orientación y Gestión, mediante Gestiones Inmediatas, relacionadas con las especialidades mencionadas, tienen una mayor incidencia para su atención, con la finalidad de prevenir o resarcir el daño presentado por la demora de atención, ya que las secuelas suelen ser el segundo motivo de queja.

Otro problema recurrente, se encuentra al presentar demora en la atención que conlleva una saturación debido a la falta de actualización de todo el proceso administrativo de arrendamiento de los equipos médicos, por ejemplo, de laparoscopia o de servicios subrogados para tratamiento como clínicas de hemodiálisis y radioterapia. Dichos procesos administrativos multifactoriales, son elaborados por las instituciones de acuerdo a su disponibilidad y normativa, por lo anterior que la actualización y supervisión de la misma, tiene un impacto relevante a petionar, ya que los padecimientos relacionados a las mismas, no son patologías que puedan ser atendidas a largo plazo o con demora hasta contar con el trámite administrativo, tales como apendicitis con probables peritonitis, coledocolitiasis con obstrucción de vías biliares, sangrados de tubo digestivo, padecimientos oncológicos, fracturas cerradas y expuestas, rupturas de aneurismas, etc.

Dicho aplazamiento, se suma la remodelaciones de instalaciones del área de urgencias y quirófanos en todos los institutos o la falta de arreglo de los equipos de imagenología; que han generado en patologías donde los procedimientos quirúrgicos pueden ser programados con una demora mayor a tres meses, cuyo vencimiento de las valoraciones

preoperatorias, haciendo un bucle de actualización de estudios pre quirúrgicos y valoraciones médicas, generando un mayor impacto en el gasto público de salud, haciendo uso repetitivo de recursos humanos y materiales de gastos que podrían no haberse erogado. Adicional que en ciertas zonas del país existen limitaciones de contar con los especialistas necesarios en las Instituciones, de los cuales obligan a los prestadores de salud, a tener que recurrir a servicios subrogados o unidades clínicas de otros estados que ponen un factor de riesgo en algunos de los pacientes por la inestabilidad del estado de salud que presenta. Teniendo así una reducción en el pronóstico de mejoría del paciente. Dicho impacto en el paciente puede llevarlo a una disminución en los ingresos personales, ya que muchos de ellos al tener una secuela pueden ser calificados con una pensión parcial o permanente que afecta todo el entorno social, mental y físico del paciente. Y al prestador de salud teniendo un impacto en el incremento de los pensionados que, si bien no se paga el mismo porcentaje a un accidente de trabajo, es un gasto que podría ser reducido si se diera la atención en tiempo y forma.

Definitivamente, se tiene por entendido que para que el éxito de los tratamientos sea el mejor, depende de ambas partes es decir de los usuarios y prestadores. Y que la comunicación eficaz ante los usuarios de atención médica, sobre la importancia de seguir las recomendaciones generales posteriores a los eventos quirúrgicos, tales como los cuidados de férulas, heridas o de prótesis, administrar sus tratamientos farmacológicos y asistir a las consultas de seguimiento hasta el alta médica o envío a rehabilitación física si se ameritara es una parte complementaria para que se tenga la reinstalación a la sociedad a la menor brevedad posible.

No pasa desapercibido que en algunos casos, los usuarios han manifestado que para tener acceso a un tratamiento quirúrgico oportuno, se han visto en la necesidad de adquirir de forma particular los insumos, en contravención con lo establecido en el artículo 77 Bis 5 de la Ley General de Salud, en el que se indica que corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, entre otras, desarrollar, coordinar, supervisar y establecer las bases conforme a las cuales las entidades federativas y, en su caso, la Federación, llevarán a cabo la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, ello en independencia del trámite de un probable reembolso. De los cuales no siempre podrá ser

considerado por las Instituciones como procedente, y una vez más presenta un impacto socioeconómico ante los usuarios, violentando aún más sus derechos humanos, y por parte de los prestadores de servicio en específico el área médica, impacta ya que las quejas presentadas ante esta Comisión Nacional son en su mayoría referenciados hacia el área médica sin entender que detrás de ello, se tiene un procedimiento administrativo del cual no puede modificar o incidir, debido a las funciones para los cuales son contratados.

En conclusión, la falta de capacidad resolutoria en los distintos prestadores de salud de sector público es importante no solo ver las incidencias de las presuntas “malas praxis” por el área médica, sino valorar que los procesos administrativos y del estado se lleven a su totalidad conforme a la misma normativa indica. Así como la capacitación y actualización al personal administrativo y médico ante las atenciones a los usuarios, y educar a la población sobre los cuidados de salud posteriores a un evento quirúrgico y sobre evitar las automedicaciones y diagnósticas erróneas por medios digitales.

REFERENCIAS

1. ONU. Asamblea General (70° período de sesiones: 2015-2016). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: resolución / adoptada por la Asamblea General. ONU
2. Nueva Ley Publicada en el Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud [Internet]. Gob.mx.. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
3. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. La Cirugía Segura Salva Vidas [Internet]. Who.int. [citado el 24 de octubre de 2024]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Información Estadística [Internet]. gob.mx. Disponible en: <https://www.gob.mx/conamed/articulos/estadistica-institucional-y-boletin>
5. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Cuadro Básico y Catálogo de Osteosíntesis y Endoprótesis. Gob.mx. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5544462&fecha=22/11/2018



El egreso hospitalario precipitado y sus consecuencias en la atención médica

The hasty hospital discharge and its consequences on medical care

Ricardo Landa Reyes*, Sarah Karyme Vázquez Villalba**



Resumen

Dentro de las deficiencias en la atención médica, el egreso hospitalario precipitado tiene diversas condiciones subyacentes que lo generan; a su vez, puede tener consecuencias que en sí no afectan la evolución y pronóstico de los pacientes; sin embargo, existen otras que acaban complicando la historia natural de los padecimientos o que, por sus características, representan riesgos potenciales para la salud de los pacientes.

Palabras Clave: egreso hospitalario precipitado, nota de egreso, seguridad del paciente.

Abstract

Among the deficiencies in medical care, hasty hospital discharge has various underlying conditions that generate it; in turn, it may have consequences that in themselves do not affect the evolution and prognosis of patients; however, there are others that end up complicating the natural history of the conditions or that, due to their characteristics, represent potential risks to the health of patients.

Keywords: hasty hospital discharge, discharge note, patient safety.

Derivado del análisis del acto médico que lleva a cabo la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), dirigido a la emisión de Laudos y la integración de Dictámenes Médicos Institucionales (DMI), se han advertido diversas desviaciones por parte de los prestadores de atención médica de los sectores público, social y privado, tanto de los señalamientos de *Lex artis*, como de la normativa sanitaria aplicable. Dentro del listado de tales desviaciones, se encuentra el egreso precipitado, objeto del presente trabajo.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud,¹ se define al egreso hospitalario, como el evento de salida del paciente del servicio de hospitalización, lo que implica la desocupación de una cama censable. Excluye movimientos entre diferentes servicios dentro del mismo hospital.

Desde el punto de vista del área de Enfermería,² el egreso de pacientes o usuarios, es el procedimiento por el cual se prepara y ayuda al paciente en todos los aspectos concernientes a su traslado a otro servicio hospitalario o a la salida del hospital.

En el proceso de egreso de los pacientes, además del médico tratante, participan diferentes actores, algunos de ellos son los médicos residentes, enfermeras

*Director de Sala Arbitral, Comisión Nacional de Arbitraje Médico

** Pasante en Servicio Social de la Licenciatura en Ciencia Forense, Escuela Nacional de Ciencias Forenses, UNAM

Citar como:

Landa Reyes R, Vázquez Villalba SK. El egreso hospitalario precipitado y sus consecuencias en la atención médica. Rev CONAMED 2024; 29 (4): 328-330.

Conflicto de intereses:

"Los autores declaran 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".

Financiamiento: no existió financiamiento.

y personal administrativo, quienes deben cumplir una serie de procedimientos antes de la salida del paciente de la unidad hospitalaria.

Los principales motivos de egreso hospitalario son:

- Por mejoría o curación: restablecimiento de condiciones clínicas que dieron origen al ingreso hospitalario.
- Por alta médica: por haber completado el tratamiento.
- Por traslado a otra institución: habitualmente de un centro de menor complejidad a uno de mayor complejidad según el estado y requerimiento del paciente.
- Por defunción: fallecimiento del paciente.
- Por salida voluntaria manifiesta: es el egreso del paciente en contra de la prescripción del médico tratante.
- Por fuga o egreso no manifiesto: es el egreso del paciente sin aprobación, ni conocimiento del personal de salud.

Por cuanto al alta o egreso hospitalario precipitado (EHP), la bibliografía es muy escasa y la existente muy escueta; no obstante, el EHP se puede conceptualizar como el otorgamiento del alta o egreso hospitalario a pesar de existir condiciones clínicas que no lo justifican.

Dos estudios extranjeros de investigación revelan que eventos adversos relacionados con el alta hospitalaria ocurrieron en alrededor de 19.6% de los casos, teniendo como consecuencia el reingreso hospitalario en los primeros 30 días posteriores al alta.³ En un estudio acerca de 362 laudos que fueron emitidos por la CONAMED durante el periodo 2012-2016, se identificaron diversos incidentes adversos relacionados con la atención médica; entre ellos, el egreso precipitado representó el 7.5% con 27 casos.⁴

Si bien, estos estudios de investigación no se pronuncian sobre las causas subyacentes que llevaron al EHP, del análisis del acto médico en diversos asuntos que la CONAMED ha conocido, así como de resoluciones en el ámbito médico y jurídico,^{5,6} es posible establecer, entre otros, los siguientes motivos de génesis del EHP:

- Pacientes hospitalizados por descontrol metabólico, insuficiencia renal y/o desequilibrio hidroelectrolítico que son dados de alta, omitiendo la realización de estudios de

laboratorio de control, sin certeza real de sus condiciones clínicas.

- Pacientes hospitalizadas por alteraciones en el binomio madre/feto que son egresadas sin conocer el estado de bienestar fetal.
- Pacientes con larga estancia hospitalaria, atendidos en Unidades de Cuidados Intensivos o en áreas de riesgo, que son dados de alta sin descartar que hayan adquirido procesos infecciosos asociados a la atención de la salud (IAAS).
- Pacientes atendidos en el servicio de Urgencias por motivo de hemorragias, que son dados de alta sin identificar el sitio de sangrado.
- Pacientes con factores de riesgo neurológicos, cardiovasculares y oncológicos que son dados de alta sin llevar a cabo diagnósticos diferenciales por medio de estudios de imagen.
- Pacientes egresados en los que no se ha llegado al diagnóstico de certeza, pero sin indicación de seguimiento o envío a unidades de mayor capacidad.
- Egreso hospitalario sin la certeza del buen funcionamiento de dispositivos, tales como drenajes, sondas, cánulas, etc.
- Egreso hospitalario sin prever o atender factores de riesgo en domicilio.

Algunas de estas desviaciones no representan en sí afectación a la evolución y pronóstico de los pacientes; sin embargo, existen otras que acaban complicando la historia natural de los padecimientos o que, por sus características, representan riesgos potenciales para la salud de los pacientes.

A manera de ejemplo y sin que se trate de una muestra representativa, derivado del análisis de 239 Dictámenes Médicos Institucionales elaborados durante el periodo 2020-2024, por la Sala Médica 3 de Especialidades Quirúrgicas, dependiente de la Dirección General de Arbitraje de CONAMED, se advirtió que en 5.4% de ellos existió un EHP (13 casos).

De los 13 casos, 10 correspondieron al grupo etario de 31 a 60 años, dos a mayores de 60 años y uno más al grupo entre 12 a 18 años. Diez correspondieron a establecimientos de índole social y tres de orden público.

Como se aprecia, es posible que el riesgo de EHP se pueda actualizar prácticamente en cualquier grupo de edad e independientemente del tipo de establecimiento de atención médica. Las consecuencias de estos EHP fueron que cinco pacientes reingresaron a la unidad hospitalaria con procesos infecciosos complicados a nivel local (cavidad abdominal o pélvica) y sistémico (sepsis); dos regresaron en malas condiciones generales que incluso pusieron en peligro su vida; dos con complicaciones vasculares y de la herida quirúrgica; sin que afortunadamente se hubiese suscitado mayor daño a la salud en los cuatro pacientes restantes, pues su evolución no se vio alterada por esta deficiencia.

Toda vez que el EHP, puede afectar la salud de los pacientes, causándoles lesiones que pueden poner en peligro su vida, secuelas o incluso su defunción, lo que conlleva sanciones para los profesionales de la salud en procesos de índole civil, penal o administrativo,^{7,8,9} resulta de relevancia que el médico que otorga el alta se asegure que:

- El paciente haya recibido el manejo integral del o los padecimientos que motivaron su ingreso.
- Que las entidades patológicas del ingreso o las sobreagregadas en hospitalización se hayan controlado, mejorado, sanado o rehabilitado. En su caso, identificar cuáles quedan pendientes y porqué.
- De considerarlo, recabe estudios de laboratorio y gabinete de control que así lo confirmen.
- Al alta hospitalaria otorgue al paciente y familiares instrucciones claras y precisas sobre el manejo subsecuente en domicilio; así como aquellos datos de alarma cuya presencia haga necesario su regreso a la unidad médica.

Lo anterior debe quedar expresamente reflejado en la nota de egreso, la cual deberá integrarse conforme los señalamientos del inciso 8.9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico:¹⁰

- 8.9.1** Fecha de ingreso/egreso;
- 8.9.2** Motivo del egreso;
- 8.9.3** Diagnósticos finales;
- 8.9.4** Resumen de la evolución y el estado actual;
- 8.9.5** Manejo durante la estancia hospitalaria;

- 8.9.6** Problemas clínicos pendientes;
- 8.9.7** Plan de manejo y tratamiento;
- 8.9.8** Recomendaciones para vigilancia ambulatoria;
- 8.9.9** Atención de factores de riesgo (incluido abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);
- 8.9.10** Pronóstico.

Se concluye que el cabal cumplimiento de las consideraciones hasta aquí expresadas, repercutirán en pro de la seguridad del paciente, del propio profesional de la salud y de la calidad de la atención médica.

REFERENCIAS

1. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012. En materia de información en salud. DOF: 30/11/2012
2. Yáñez Méndez C.P; Evaluación del protocolo de egreso del paciente hospitalizado en el área de Urgencias, Clínica de Traumas y Fracturas. Montería, Córdoba 2023
3. Pérez Galaz F. Indicaciones al egreso del paciente. Seguridad del paciente. Meditips. Disponible en: Disponible en: <https://www.meditips.com/2020/02/29/instrucciones-al-egreso-del-paciente/>
4. Athié Gutiérrez C; Dubón Peniche M.C; Valoración ética de los errores médicos y la seguridad del paciente. Rev. Cir.cir, vol 88 N° 2. Ciudad de México mar/abr. 2020. Epub 15-nov-2021
5. Atlas abogados. Consecuencias de dar el alta hospitalaria a un paciente demasiado pronto. Disponible en: Consecuencias de dar el alta hospitalaria a un paciente demasiado pronto (atlasabogados.com)
6. Eymín G; Aizman A; Lopetegui M; Manjarrez E. Proceso de alta hospitalaria. Revisión de la literatura. Rev. Med. Chile, vol 142, N° 2. Santiago. Feb 2014
7. Secuelas por alta precipitada. Casajuana abogados. Disponible en: <https://www.abogadosnegligencia.es/secuelas-por-alta-precipitada/>
8. La Vanguardia. El Instituto Catalán de Salud, condenado por un alta precipitada a una mujer que falleció. Barcelona, España. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20240703/9779519/instituto-catalan-salud-condenado-alta-precipitada-mujer-fallecio-agenciaslv20240703.html>
9. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Comunicado DGDDH/136/2022. 10 de mayo de 2022.
10. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente clínico. DOF 29 de junio de 2012



La falta de disponibilidad y accesibilidad en los servicios de salud, francas violaciones al derecho a la protección a la salud

The lack of availability and accessibility of health services, frank violations of the right to health protection

Leticia De Anda Aguilar



Resumen

México, como parte de las Naciones Unidas, en el reconocimiento, protección y promoción de los derechos humanos, se ha adherido a diversos Pactos Internacionales, ante lo cual y a efecto de cumplir con los acuerdos correspondientes, ha establecido ordenamientos jurídicos diversos para garantizar la protección de los derechos humanos; dentro de estos, particularmente para efecto del presente análisis, el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PDESC), el cual contiene el artículo más exhaustivo de derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud; y que en lo específico establece en la Observación General N°14, formulada por su Comité. En lo que al derecho a la salud se refiere y específicamente buscando salvaguardar el derecho a la protección a la salud, y como parte de éste en sus 4 elementos que le integran, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud para su población, ha establecido puntualmente diversos preceptos jurídicos; sin embargo, a pesar de todos estos esfuerzos, como parte del día a día se identifica la falta de disponibilidad y accesibilidad; situaciones que se manifiestan de diversas formas tales como carencia de insumos, personal insuficiente y no idóneo, así como falta de infraestructura y equipamiento. Todas estas fallas en los servicios de salud, en la gran mayoría de las ocasiones, son observadas como simples deficiencias administrativas, sin darles mayor importancia o relevancia; siendo que deberían de ser atendidas como graves inobservancias jurídicas; y bajo un enfoque de derechos como una franca violación al derecho a la protección a la salud.

El presente artículo tiene como finalidad revisar bajo un enfoque de derechos humanos, cuáles han sido los ordenamientos jurídicos para garantizar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud, que ha establecido el Estado Mexicano, en cumplimiento de Pactos Internacionales a los que se ha adherido.

Palabras Clave: accesibilidad, derechos humanos, disponibilidad, protección a la salud.

Abstract

As part of the United Nations, Mexico has signed various International Covenants in order to recognize, protect and promote human rights. In order to comply with the corresponding agreements, Mexico has established various legal provisions to guarantee the protection of human rights. With regard to the right to health, and specifically seeking to safeguard the right to health protection and, as part of this, the availability and accessibility of health services for its population, it has established various legal provisions. However, despite all these efforts, as part of everyday life, there is a lack of availability and accessibility to health services; situations that manifest

Directora de Sala Arbitral

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Citar como:

De Anda Aguilar L. La falta de disponibilidad y accesibilidad en los servicios de salud, francas violaciones al derecho humano a la protección a la salud. Rev CONAMED 2024; 29 (4): 331-338.

Conflicto de intereses:

"La autora declara 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".

Financiamiento: no existió financiamiento.

themselves in various ways such as lack of supplies, insufficient and unqualified personnel, as well as lack of infrastructure and equipment. All these failures in health services, in the vast majority of cases, are seen as simple administrative deficiencies, without giving them greater importance or relevance; they should be treated as serious legal violations. and from a rights perspective as a clear violation of the right to health protection.

The purpose of this paper is to review, from a human rights perspective, the legal systems that have been established by the Mexican State to guarantee the availability and accessibility of health services, in compliance with the International Pacts to which it has adhered.

Keywords: accessibility, availability, health protection, human rights.

INTRODUCCIÓN

En México, el reconocimiento de los derechos humanos, ha sido el resultado de distintos movimientos sociales y procesos políticos a través de los cuales inicialmente fueron afirmados, después reivindicados, posteriormente conquistados y finalmente consagrados constitucionalmente; adicionalmente desde 2011, adquieren el carácter de "convencional"; es decir que aquellos contenidos en los tratados y convenciones internacionales de los cuales el Estado Mexicano forme parte, deben reconocerse, protegerse y promoverse.¹

La falta de disponibilidad y accesibilidad en los servicios de salud, se traduce en muchas ocasiones como carencia de insumos, de personal suficiente e idóneo, así como infraestructura y equipamiento insuficientes; situaciones que en la gran mayoría de las ocasiones son observados como simples deficiencias administrativas, sin embargo, bajo una visión estricta y minuciosa, deben ser observados como inobservancias jurídicas, pero sobre todo y de mayor trascendencia, como francas violaciones al derecho humano a la protección a la salud.

A efecto de comprender del porqué de este planteamiento, es menester tener como premisa central que cualquier acto en torno al ser humano, debería de llevarse a cabo con enfoque de respeto y protección de los derechos humanos; ante lo cual,

el estado debe garantizar que así sea, no siendo la excepción el derecho a la protección a la salud.

Por lo anterior, el presente trabajo tiene como finalidad presentar una revisión con enfoque de derechos humanos, centrada en el derecho a la protección a la salud, de cómo el Estado Mexicano, en cumplimiento de compromisos internacionales, ha establecido ordenamientos jurídicos a fin de garantizar cumplir con los criterios de disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud establecidos en tratados internacionales.

LOS DERECHOS HUMANOS EN MÉXICO

Los derechos humanos como normas que reconocen y protegen la dignidad de todos los seres humanos; rigen la forma en que los individuos viven en sociedad y se relacionan entre sí, así como sus relaciones con el Estado y las obligaciones de éste hacia ellos.²

Como parte de los derechos humanos se encuentra contemplado el derecho a la protección de la salud, el cual establece que todo ser humano tiene derecho a que se le garanticen las condiciones necesarias para lograr su bienestar físico, mental y social, a través de bienes y servicios de calidad, mismos que le aseguren el más alto nivel posible de salud.³

Los instrumentos jurídicos con que actualmente cuenta México, para hacer efectivos los derechos humanos, son el resultado de lo que progresivamente se ha ido plasmando en la Constitución Política, como resultado de diversos movimientos sociales y procesos políticos, dentro de estos se destacan momentos y documentos históricos tales como la Constitución de Cádiz de 1812, la Constitución de 1814 (Constitución de Apatzingán/ Decreto Constitucional para la Libertad de la América Mexicana), la Constitución de 1824, el Acta Constitutiva y de Reforma de 1847, la Constitución de 1857 y la Constitución de 1917, lo cual ha conducido al Estado Mexicano a su legislación actual.⁴

PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

A fin de garantizar la protección de los derechos humanos, la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 16 de diciembre de 1966, adoptó el Pacto

Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR), el cual entró en vigor el 03 de enero de 1976, con la ratificación de 35 Estados.⁵

Este Pacto, el Comité de Derechos Humanos y la Declaración Universal, forman la Carta Internacional de Derechos Humanos.⁵

El Comité de Derechos Humanos (CCPR), es un órgano de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR), que al igual que el (ICESCR), se basan en los Derechos de la Declaración Universal de Derechos Humanos.⁵

En México, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales fue aprobado por la H. Cámara de Senadores del Congreso de la Unión, el 18 de diciembre de 1980, según Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF), el 09 de enero de 1981,⁶ y con decreto de promulgación,⁶ publicado en el DOF, el 12 de mayo de 1981.

La protección y defensa de los derechos humanos en México fueron elevadas a rango constitucional el 28 de enero de 1992, con la publicación del decreto que adicionó el apartado B al artículo 102 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.⁷

EL DERECHO A LA SALUD, EL DERECHO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD Y SUS ALCANCES

El derecho a la salud no debe entenderse como el simple derecho a *“estar sano”*; implica libertades y derechos. Entre las libertades involucra el derecho que tiene todo individuo a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas, tratamientos y experimentos médicos no consensuales. Mientras que, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud;⁸ entendiendo así que el derecho a la protección a la salud, es el derecho de todo ser humano a que se le garanticen las condiciones necesarias para lograr su bienestar físico, mental y social, a través de bienes y servicios de calidad que le aseguren el más alto nivel posible de salud.^{3,9,10}

INSTRUMENTOS INTERNACIONALES QUE RATIFICAN EL DERECHO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD

Desde el establecimiento de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, pero fundamentalmente con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, a nivel mundial se ha buscado ratificar el derecho a la protección a la salud, siendo así que diversos instrumentos internacionales se han pronunciado al respecto, como a continuación se cita:

- La Constitución de la Organización Mundial de la Salud¹¹ (1946), que señala que *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (...) Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos (...)”*.
- La Declaración Universal de los Derechos Humanos¹² (1948), que establece en su artículo 25 que *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”*.
- La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre¹³ (1948), la cual señala en su artículo XI que *“Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”*.
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁴ (1966), que en su artículo 12, dispone *“El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*.
- El Protocolo de San Salvador (Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos económicos, sociales y culturales),¹⁵ (1988); el cual en su artículo 10 refiere que *“Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social; por lo que con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Parte se comprometieron a reconocer la salud como*

un bien público y a adoptar medidas tendientes a garantizar ese derecho”.

- Observación General N° 148 (2000) CDESC, sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Misma que señala que los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna (párrafo 2 del artículo 2), y la obligación de adoptar medidas (párrafo 1 del artículo 2), en aras de la plena realización del artículo 12. Esas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud.

TUTELA DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

A fin de supervisar la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales por sus Estados Partes, fue creado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR, por sus siglas en inglés), órgano compuesto por 18 expertos independientes quienes supervisan no sólo la aplicación del Pacto, sino también del Protocolo Facultativo; para que todas las personas consideradas en los derechos del Pacto puedan disfrutarlos plenamente.¹⁶

El Comité también publica documentos que interpretan y clarifican los artículos del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, mismos que son conocidos como Observaciones Generales.

En materia de Derecho a la Protección de la Salud, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el 11 de agosto de 2000, emitió la Observación General 14 (*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud [artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales]*),⁸ la cual señala que para efecto que los Estados Parte puedan cumplir con el derecho previamente citado, los servicios de salud deben cumplir con los siguientes criterios:

A) Disponibilidad. *“Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá*

*de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS”.*⁸

B) Accesibilidad. *“Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte”.*⁸

C) Aceptabilidad. *“Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate”.*⁸

D) Calidad. *“Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas”.*⁸

Atendiendo a los criterios previamente referidos, el Estado Parte, a efecto de cumplir con sus obligaciones en lo que al derecho a la protección a la salud se refiere, deben adoptar leyes u otras medidas para cuidar por el acceso igualitario a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; vigilar que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud; así como controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología.

MÉXICO Y EL DERECHO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD

En lo que a nuestro país se refiere, el derecho a la salud fue consolidado por primera vez en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,¹⁷ el 03 de febrero de 1983, cuando se publicó en el Diario Oficial de la Federación,¹⁸ la reforma al 4to constitucional que establece que: *“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”*.

La reglamentación del Derecho a la Protección a la Salud, se establece en la Ley General de Salud,¹⁹ destacando que en su artículo 2º se establecen las finalidades de tal derecho:

- I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población. Tratándose de personas que carezcan de seguridad social, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados; Fracción reformada DOF 29-11-2019 VI. VII. VIII.
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud; Fracción reformada DOF 08-11-2019 El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud, y Fracción reformada DOF 08-11-2019.
- VII. La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

INSTRUMENTOS JURÍDICOS MEXICANOS QUE ESTABLECEN EL CUMPLIMIENTO DE DISPONIBILIDAD Y ACCESIBILIDAD DE RECURSOS DE SALUD

Hablar de los instrumentos jurídicos que en México se han decretado para cumplir con cada uno de los cuatro criterios que establece la Observación General No. 1408 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,¹² sería particularmente largo y extenso; por lo cual, atendiendo al tema del presente artículo, nos enfocaremos a señalar particularmente cuáles son los ordenamientos jurídicos que ha establecido el Estado Mexicano para que la disponibilidad y accesibilidad se atiendan, y con ello se garantice que en los servicios de salud se tenga personal suficiente e idóneo, se disponga de los insumos necesarios y se cuente con la infraestructura y equipamiento suficientes, para así salvaguardar el derecho a la protección a la salud.

En México, los ordenamientos jurídicos que establecen el cumplimiento de disponibilidad y accesibilidad que establece la Observación General No. 1408 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,¹² se encuentran desde la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,¹⁶ pasando por la Ley General de Salud,¹⁹ el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica,²⁰ y diversas Normas Oficiales Mexicanas,²² mismas que a continuación se revisarán de forma concreta revisión de los mismos.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS¹⁷

Como reiteradamente se ha señalado y se sabe que el 4to constitucional en su párrafo cuarto considera para la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud que en cada entidad exista número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud; y estos cuenten con las condiciones sanitarias adecuadas, considerando con ello, se tenga infraestructura, material, instrumental y personal idóneo para otorgar servicios de salud y en cuanto a este último, que sea profesional y capacitado.

LEY GENERAL DE SALUD¹⁹

En lo que a la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud se refiere, en su artículo 2º establece que el derecho a la protección de la salud, tiene dentro de sus finalidades:

El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población. (fracción V)

Tratándose de personas que carezcan de seguridad social, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados

Fracción reformada DOF 29-11-2019

El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud

Fracción VI reformada DOF 08-11-2019

De igual forma en su artículo 53, señala que:

“La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán los procedimientos para regular las modalidades de acceso a los servicios públicos a la población en general y a los servicios sociales y privados.”

Artículo reformado DOF 27-05-1987

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA¹⁹

En relación con la disponibilidad particularmente en los servicios de salud, el artículo 21 de este reglamento establece:

“En los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, deberá contarse, de acuerdo a las normas oficiales mexicanas correspondientes, con personal suficiente e idóneo.”

Artículo reformado DOF 01-11-2013

Dicho artículo se vincula con el artículo 245, que a la letra dice:

“Se sancionará con multa de doscientas a quinientas veces el salario mínimo general diario, vigente en la zona económica de que se trate, al responsable de cualquier

establecimiento que preste servicios de atención médica, en el que se carezca de personal suficiente e idóneo o equipo, material o local adecuados de acuerdo a los servicios que presten.”

“En caso de reincidencia o de no corregirse las deficiencias, se procederá a la clausura temporal, la cual será definitiva si al reanudarse el servicio continúa la violación.”

Bajo misma tesitura el artículo 87 y el 138 Bis 12, del mismo reglamento, respectivamente señalan que:

“Los servicios de Urgencia de cualquier hospital, deberán contar con los recursos suficientes e idóneos de acuerdo a las normas oficiales mexicanas que emita la Secretaría, asimismo, dicho servicio deberá funcionar las 24 horas del día durante todo el año, contando para ello en forma permanente con médico de guardia responsable del mismo.” (Art. 87)

Artículo reformado DOF 01-11-2013

“Las instituciones del Sistema Nacional de Salud promoverán que la capacitación y actualización de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en materia de cuidados paliativos se realice por lo menos una vez al año. (Art. 138 Bis 12).

Para efectos de fomentar la creación de áreas especializadas que dispone la Ley en la fracción V del artículo 166 Bis 13, las instituciones del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el grado de complejidad, capacidad resolutive, disponibilidad de recursos financieros, organización y funcionamiento, contarán con la infraestructura, personal idóneo y recursos materiales y tecnológicos adecuados para la atención médica de cuidados paliativos, de conformidad con la norma oficial mexicana que para este efecto emita la Secretaría.

Las instituciones y establecimientos de atención médica que proporcionen cuidados paliativos deberán contar con el abasto suficiente de fármacos e insumos para el manejo del dolor del enfermo en situación terminal.”

Artículo adicionado DOF 01-11-2013

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD²¹

El artículo 33 de dicho Reglamento establece que:

“En la elaboración del Plan Maestro de Infraestructura, deberán considerarse, al menos, las necesidades de salud de la población, las características socioculturales, demográficas, epidemiológicas, información sobre accesibilidad y utilización de servicios, así como los criterios que para el Modelo Integrado de Atención a la Salud defina la Secretaría”.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS²²

En lo que a disponibilidad a los servicios de salud se refiere, se han emitido diversas Normas Oficiales Mexicanas, en el entendido que estas últimas son regulaciones técnicas de observancia obligatoria en el territorio nacional expedidas por las dependencias competentes, cuya finalidad es establecer las características que deben reunir los procesos o servicios cuando éstos puedan constituir un riesgo para la seguridad de las personas o dañar la salud. Algunas de las Normas Oficiales que contemplan la disponibilidad son:

- *Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. (DOF 08/01/13).*
- *Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria (DOF 23/09/14).*
- *Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica. (DOF 04/09/13).*
- *Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. (DOF 04/09/15).*
- *Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.*

En accesibilidad a los servicios de salud, se han emitido las siguientes Normas Oficiales Mexicanas:

- *Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA-2023, Para la atención médica integral a personas con discapacidad.*
- *Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.*

CONCLUSIÓN

Pues bien, después de haber realizado la revisión de los ordenamientos jurídicos mexicanos en los que se fundamenta la obligatoriedad de la disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud; y teniendo plenamente identificada la presencia de los mismos en Leyes, Reglamentos y Normas Oficiales diversas; nos lleva a la reflexión de que tales preceptos aun y cuando muchos de ellos tienen décadas de haber sido establecidos, no sólo no se conocen, sino que no se cumplen se conozcan, lo que nos abre la interrogante del porqué de estos incumplimientos no sólo de índole jurídico, sino en violación al derecho a la protección a la salud.

Si bien este cuestionamiento no será resuelto en el presente artículo, establece el precedente para trabajos futuros de investigación, que permitan analizar de forma puntual, porqué aún y cuando a partir de nuestra Carta Magna hasta las Normas Oficiales Mexicanas, desde hace décadas se tienen mandatos que obligan a todas y cada una de las instituciones de salud a cumplir con los criterios de disponibilidad y accesibilidad, esto no es así; lo que ha permitido de forma recurrente y cotidiana se tengan estas deficiencias, que se han circunscrito en muchos de los casos a ser consideradas simples deficiencias administrativas atribuibles a una institución, sin que sean vistas con la gravedad de incumplimiento jurídico que tienen, y con un alcance aún mayor, e incluso de compromiso a pactos internacionales, son francas violaciones al derecho a la protección a la salud, en detrimento de la población mexicana.

REFERENCIAS

1. Medina Parra, R.I. Derechos Humanos en México, entre la modernidad, postmodernidad y ultramodernidad. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*. Volumen 29, Número 57 enero - junio 2020. (Consultado el: 23/10/24. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/noesis/v29n57/2395-8669-noesis-29-57-160.pdf>)
2. ¿Qué son los derechos humanos? Naciones Unidas. (Consultado el: 23/10/24. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/what-are-human-rights#:~:text=Los%20derechos%20humanos%20son%20los,idioma%20%20cualquier%20otra%20condici%C3%B3n>)
3. Delgado Carbajal B; Bernal Ballesteros MJ; cols. Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos. 2na edición. México. Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. 2016. Pp 217 - 251. (Consultado el 23/10/24. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4974/20.pdf>)
4. Solís García, B. III. Los derechos humanos en México. 1. Declaraciones y Constituciones en México. Evolución de los Derechos Humanos. México. Pp 94-99. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. (Consultado el: 23/10/24. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3100/9.pdf>)
5. Antecedentes del Pacto. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Naciones Unidas. (Consultado el 24/10/24. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/cescr/background-covenant#:~:text=Acerca%20de%20los%20%C3%B3rganos%20creados%20en%20virtud%20de%20tratados,-Acerca%20de%20los&text=El%20Pacto%20Internacional%20de%20Derechos,Carta%20Internacional%20de%20Derechos%20Humanos.>)
6. DECRETO da Promulgación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, abierto a firma en la ciudad de Nueva York, E.U.A., el 19 de diciembre de 1966. (consultado el: 28/10/24. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4646611&fecha=12/05/1981#gsc.tab=0)
7. Decreto por el que se reforma el Artículo 102 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (Consultado el: 23/10/24. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4646760&fecha=28/01/1992#gsc.tab=0)
8. Observación General No. 14. Consejo Económico y Social. Naciones Unidas. E/C.12/2000/4. 11 de agosto de 2020
9. IX. Derecho a la protección de la Salud. La Declaración Universal de los Derechos Humanos. (Consultado el: 23/10/24. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>)
10. López Arellano, O; López Moreno, S; Moreno Altamirano, A. El derecho a la salud en México. Universidad Autónoma Metropolitana. 1era Edición. 2015. México. Pp. 1-69
11. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. (Consultado el: 24/10/24. Disponible en: https://apps.who.int/gb/edg/pdf_files/Ref-docs/constitucion-sp.pdf)
12. La Declaración Universal de los Derechos Humanos. (Consultado el: 24/10/24. Disponible en: https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf)
13. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. (Consultado el: 24/10/24. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/mandato/basicos/declaracion.asp>)
14. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (Consultado el: 24/10/24. Disponible en <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>)
15. El Protocolo de San Salvador. (Consultado el: 24/10/24. Disponible en: <https://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/protocolo-san-salvador-es.pdf>)
16. Introducción al Comité. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Naciones Unidas. (Consultado el: 25/10/24. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/cescr/monitoring-economic-social-and-cultural-rights>)
17. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (Consultado el 29/10/24. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>)
18. Decreto por el que se adiciona con un párrafo penúltimo el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (Consultado el: 29/10/24. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5593045&fecha=08/05/2020#gsc.tab=0)
19. Ley General de Salud. (Consultado el: 29/10/24. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>)
20. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. (Consultado el: 30/10/24. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf)
21. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. (Consultado el: 30/10/24. Disponible en: www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSS_171214.pdf)
22. Compendio de Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con infraestructura y equipamiento médico. (Consultado el 31/10/24. Disponible en: www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/802730/Compendio_Normas_Oficiales_Mexicanas.pdf)



La continuidad en la atención médica como factor de calidad asistencial

Continuity in medical care, as a factor of quality of care

Martha Estela Arellano González



Resumen

Diversos estudios en materia de calidad de los servicios asistenciales, reconocen la continuidad como un factor intrínseco a ésta; por lo que se hace necesario conocer su alcance y contenido. Se describen también dos variantes de falta de continuidad que tienen alto impacto en la atención médica, como son la fragmentación y la falta de seguimiento, así como algunas estrategias que se han implementado para disminuir su incidencia.

Si bien en la era actual, los servicios deben enfocarse en garantizar la calidad asistencial, no se puede dejar de lado la importancia en la relación entre el personal sanitario y, las y los usuarios de los servicios de salud, dado que la información, comunicación efectiva y colaboración se destacan como elementos imprescindibles para la continuidad en la atención.

Palabras Clave: calidad de la atención médica, continuidad en la atención médica, falta de seguimiento, fragmentación de la atención, información, participación informada.

Abstract

Various studies on the quality of healthcare services recognize continuity as an intrinsic factor to this; so it is necessary to know its scope and content. Two variants of lack of continuity that have a high impact on medical care are also described, such as fragmentation and lack of follow-up, as well as some strategies that have been implemented to reduce their incidence.

This article gives an outline of the topics mentioned, seeking to contribute to the quality of medical care.

Although in the current era, services must focus on guaranteeing quality of care, the importance of the relationship between health personnel and users of health services cannot be ignored, since information, effective communication and collaboration stand out as essential elements for continuity in care.

Keywords: quality of medical care, continuity in medical care, lack of follow-up, fragmentation of care, information, informed participation.

Todo bien o servicio ofertado en el mercado, debe cumplir con estándares de "calidad". El Diccionario de Lengua Española,¹ precisa que la calidad es la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo que permiten juzgar su valor, en el ámbito

Directora de Sala Pericial

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Citar como:

Arellano González ME. La continuidad en la atención médica como factor de calidad asistencial. Rev CONAMED 2024; 29 (4): 339-342.

Conflicto de intereses:

"La autora declara 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".

Financiamiento: no existió financiamiento.

médico dichas propiedades deben incorporar de manera relevante el aspecto humano que conlleva la prestación de servicios de atención médica al proteger los valores más preciados de la humanidad, la vida y la salud.

De esta forma, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la calidad en salud como *"asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente, y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso"*;² y reconoce que uno de los elementos para asegurar la calidad de la atención sanitaria, es su continuidad.

La continuidad de la atención es *"el grado en el que una serie de eventos de atención médica se experimenta como coherente, conectado y consistente con las necesidades médicas y el contexto personal de los clientes"*;³ sin olvidar que se está prestando un servicio que puede involucrar todo un sistema, para la prevención, curación, rehabilitación y acciones paliativas, que debe garantizar esa continuidad.

En efecto, la Ley General de Salud, (artículo 77 Bis 5, A III),⁴ establece la obligación del Estado de garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de atención médica y farmacéutica en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, a favor de las personas beneficiarias del Sistema de Salud para el Bienestar que así lo requieran a través de la implementación de redes integradas bajo los principios de accesibilidad, aceptabilidad, calidad, oportunidad, integralidad y continuidad, al igual que en las disposiciones normativas de las Instituciones de derechohabencia.

La falta de continuidad en la atención médica ha sido abordada, desde los años 60's, tratando de evaluar el impacto en la salud de los pacientes y, posteriormente como un factor determinante de la calidad, sin embargo, algunos autores se refieren al abandono de atención por parte de los pacientes, otros a la falta de acceso a los servicios de salud y otros más a la atención por diferentes profesionales de la salud, por lo que es necesario identificar las variantes de falta de continuidad, como la atención fragmentada y la falta de seguimiento.

La atención fragmentada, se ha definido como: el estado de atención limitada, no continua, episódica y desorganizada en múltiples especialidades y entornos sanitarios; también se ha definido como *"la atención mal coordinada entre múltiples proveedores y organizaciones"*.⁵ Algunos autores han realizado estudios relativos al impacto de la atención fragmentada por la Consulta Externa de enfermedades crónicas en relación con la necesidad de hospitalizaciones por complicaciones, como es el estudio de Cheng,⁶ mientras que Turbow y Cols,⁷ plantearon el problema de la readmisión hospitalaria en un establecimiento médico distinto sin acceso a la información clínica preexistente, y demostró el impacto negativo en la evolución clínica del paciente.

En las inconformidades médicas, en México, también es frecuente observar la atención simultánea por diversas instituciones, además de solicitar servicios privados, lo que constituye riesgos graves para la seguridad del paciente por sobredosis, incompatibilidad de medicamentos con efectos tóxicos o, por el contrario, fútiles; además de que la información que recibe el paciente puede generar confusión y pérdida de la confianza.

La atención fragmentada también hace referencia a la que se otorga en las instituciones de salud durante la atención hospitalaria, con cambios de turno, guardias, rotación de personal, traspaso del paciente a otro servicio, contrataciones temporales y participación del personal en formación que inciden en la falta de continuidad.

Para Haggerty y colaboradores, la continuidad tiene tres componentes:

1. *Información,*
2. *Gestión, y*
3. *Relacional.*

Haggerty, se refiere al componente "Información", como el uso consistente de la información recopilada del historial médico y personal del paciente para hacer recomendaciones y tomar decisiones apropiadas sobre la atención actual, de donde se desprende que el registro en el expediente clínico puede ser insuficiente.³

La falta de continuidad al cambio de turno, que se ha identificado como un riesgo en la seguridad del paciente, ha llevado al desarrollo de herramientas diseñadas para asegurarse que el personal que recibe el turno, obtenga la información indispensable para

dar continuidad a la atención; entre las herramientas disponibles se encuentran SBAR (Situation – situación-, Background –antecedentes-, Assessment –evaluación-, Recommendation –recomendación-) para situaciones de alto riesgo,⁸ (situaciones complejas que requiere de atención inmediata o acción), aunque puede aplicarse en cualquier momento, y el método de transferencia IDEAS (Identificación, Diagnóstico, Estado, Actuaciones, Síntomas/Signos de alarma), estrategias que no sustituyen el registro en el expediente clínico,⁹ pero sí disminuyen los errores de comunicación.

En el mismo tenor, como parte final del proceso de consentimiento bajo información, se obtiene la participación informada, en donde el paciente interviene activamente en la toma de decisiones respecto a su salud y constituye una herramienta para disminuir el abandono de la atención y mejorar el apego terapéutico; por otro lado, la Medicina Participativa como un componente del modelo de la Medicina 5 y 6 “Ps” (Personalizada, Precisa, Preventiva, Predictiva, Participativa y Poblacional), se enfoca a la participación activa no sólo del propio individuo, sino que involucra a la familia y el equipo de salud para planificar los cambios necesarios en los estilos de vida o tratamientos para tener una mejor calidad de vida;¹⁰ la elaboración de planes terapéuticos involucrando al paciente y sus redes de apoyo, también es una herramienta útil, pues al tomar cuenta las necesidades y particularidades del paciente favorece el autocuidado.

En ambos casos, la participación informada y la Medicina Participativa dependen, no sólo la calidad de la información, sino de la capacidad del profesional de la salud para transmitirla, lo que redundará en el impacto positivo o negativo en la continuidad de la atención. En este rubro, también participa el segundo componente de la continuidad de la atención que según Haggerty implica un enfoque constante y progresivo para gestionar el problema de salud del paciente que se adapta a las necesidades y situaciones cambiantes.

El tercer componente, se refiere a establecer relaciones con múltiples proveedores que conecten el pasado, el presente y el futuro, que implica construir una atmósfera de confianza a través de un compromiso terapéutico continuo.³

Sin embargo, también es relevante la continuidad de atención intrahospitalaria y si bien su estudio se ha enfocado principalmente en los

cambios de turno, también tiene impacto la falta de seguimiento en los turnos vespertino, nocturno, fines de semana y días festivos, por falta de personal suficiente e idóneo para la atención, hecho que, requiere eficientar los recursos humanos disponibles en las instituciones.

Con independencia de si se está ante una atención individual, compartida o atención multidisciplinaria, en el contexto institucional o particular, son múltiples las variantes de falta de continuidad que impactan en la calidad de la atención médica y consecuentemente en la salud de los usuarios, de ahí la necesidad de que el paciente cuente con información suficiente que permita a los profesionales de salud que participan en su atención tener acceso a la información necesaria para dar continuidad a la atención que amerita su condición clínica, evitar tratamientos innecesarios, injustificados e incluso contraindicados, duplicidad de estudios y realizar las acciones oportunas para el diagnóstico de eventuales complicaciones.

En este punto es importante destacar el señalamiento de la Organización Mundial de la Salud,² en el sentido de que, para aprovechar los beneficios de una atención médica de calidad, los servicios de salud deben ser: oportunos, con reducción de los tiempos de espera y a veces de retrasos dañinos; equitativo, sin que la atención varíe en calidad debido al género, la etnia, la ubicación geográfica y la situación socioeconómica; eficiente al maximizar el beneficio de los recursos disponibles y evitar el desperdicio y no menos importante: integrado, es decir proporcionar atención que pone a disposición toda la gama de servicios de salud a lo largo del curso de la vida.

Estudios internacionales se han enfocado en la continuidad de atención en consulta externa y el impacto que tiene el abandono en su seguimiento, lo que permite que el paciente evolucione sin que el personal médico pueda adoptar medidas para prevenir complicaciones o detectarlas oportunamente; hecho que indudablemente también impacta a nuestro país. Sin embargo, no podemos dejar de lado que también existe un tercer factor, los servicios médicos rebasados en su capacidad instalada ante el número de usuarios que demandan el servicio, lo que lleva al otorgamiento de citas de seguimiento, de referencia a especialistas y para la realización de estudios más allá de lo recomendado, lo que conduce a la falta de seguimiento.

La falta de seguimiento puede definirse como la omisión o retraso en la realización de una prueba o tratamiento, derivado del estado clínico o el resultado de estudios efectuados a un paciente, se ha enfocado en entidades clínicas específicas como el impacto en el pronóstico del cáncer.¹¹

Si bien es cierto que el hecho de retrasar injustificadamente un diagnóstico de cáncer, representa un gran impacto no sólo en la salud del paciente, sino social y económico, la falta de seguimiento también se encuentra en otro tipo de patologías, entre ellas, las infectocontagiosas (p.e. tuberculosis e infección por virus de la inmunodeficiencia humana), que puede tener repercusión en la salud de terceros, o trastornos electrolíticos graves que pueden poner en riesgo la vida del paciente (hiper o hipokalemia). De ahí que sean destacables las estrategias implementadas por algunos establecimientos, como la localización de pacientes por las áreas de Trabajo Social para que continúen su atención, y el sistema de alerta directa al personal de salud o al paciente por laboratorios clínicos para que busque atención médica inmediata.

En síntesis, si bien hay mucho que hacer para lograr la continuidad en la atención médica, reducir la fragmentación de la atención y mantener un seguimiento óptimo, algunas estrategias que han resultado de utilidad para ello, son:

- Lograr la participación informada,
- Optimizar la información y facilitar oportunamente los resúmenes clínicos que solicite el paciente,
- Mantener canales de comunicación con los profesionales de la salud que participan en la atención y,
- Establecer sistemas de alertamiento, cuando hay indicios de abandono de la atención o estudios que implican un riesgo para el paciente y/o para terceros.

REFERENCIAS

1. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.7 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [14 de octubre de 2024]
2. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la Atención. Disponible en https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1, accesado el 14 de octubre de 2024
3. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuidad de la atención: una revisión multidisciplinaria. *BMJ*. 2003;327(7425):1219–21
4. Ley General de Salud, disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
5. Joo JY; Fragmented care and chronic illness patient outcomes: A systematic review. *Nurs Open*. 2023 Jun;10(6):3460-3473. doi: 10.1002/nop2.1607. Epub 2023 Jan 9. PMID: 36622952; PMCID: PMC10170908
6. Cheng S; Chen C; Hou Y; A Longitudinal Examination of Continuity of Care and Avoidable Hospitalization: Evidence From a Universal Coverage Health Care System. *Arch Intern Med*. 2010;170(18):1671–1677. doi:10.1001/archinternmed.2010.340
7. Turbow SD; Ali MK; Culler SD; Rask KJ; Perkins MM; Clevenger CK, Vaughan CP. Association of Fragmented Readmissions and Electronic Information Sharing With Discharge Destination Among Older Adults. *JAMA Netw Open*. 2023 May 1;6(5):e2313592. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.13592. PMID: 37191959; PMCID: PMC10189568
8. The Joint Commission, Joint Commission International. Comunicación durante el traspaso de pacientes. Soluciones para la seguridad del paciente (vol. 1, solución 3). Ginebra: OMS; 2007
9. Delgado Morales R; IDEAS para mejorar la transmisión de la información clínica. REMI [Internet]. 2013 13(4). [consultado 13 Abr 2023]. Disponible en: <http://www.medicina-intensiva.com/2013/04/A166.html>
10. Navarrete G. Medicina 5P (personalizada, predictiva, preventiva, participativa y poblacional): Un nuevo paradigma en salud pública y prevención. *INSPIPILIP*. 2024;Vol. 8, Núm. 24
11. Martínez-Gutiérrez J, Chima S, Boyd L, Sherwani A, Drosdowsky A, Karnchanachari N, Luong V, Reece JC, Emery J. Failure to follow up abnormal test results associated with cervical cancer in primary and ambulatory care: a systematic review. *BMC Cancer*. 2023 Jul 12;23(1):653. doi: 10.1186/s12885-023-11082-z. PMID: 37438686; PMCID: PMC10337158



Educación en salud: Las decisiones sostenibles en el ámbito de la salud

Health Education: Sustainable decisions in the field of health

Carlos Augusto Sánchez Morales*, Julián Rubén García Flores**, Frida Zamara Mancilla Maya***



Resumen

El cuidado de y a los pacientes desde la perspectiva de la Enfermería implica distintas responsabilidades, las cuales poseen directrices que guían el comportamiento e intervienen en la toma de decisiones que impactan en el estado de salud del paciente, pero también en el medio ambiente.

La educación en salud es la base para la toma de decisiones, pues a través de esta se proporcionarán herramientas necesarias, para que el paciente active sus propios recursos y capacidades para decidir consistentemente a tal grado que estas no comprometan de forma negativa a las generaciones futuras.

Lo anterior se propone que ocurra a través de la adopción de un modelo que generará una relación óptima enfermera - paciente, donde la autonomía es la clave para la elección de deliberaciones basadas en valores personales y expectativas realistas, propiciando la participación activa del paciente y un mejor apego al tratamiento.

Partiendo de lo anterior se pretende favorecer la sostenibilidad de los servicios de salud y del medio ambiente.

Palabras Clave: autonomía, decisiones, educación, enfermería, paciente, salud, sostenibilidad.

Abstract

The care of and to patients from the perspective of nursing implies different responsibilities, which have guidelines that guide behavior and intervene in decision-making that impact the patient's health status, but also the environment. Health education is the basis for decision-making, since it will provide the necessary tools so that the patient activates their own resources and capacities to make decisions consistently to such a degree that they do not negatively compromise future generations.

The above is proposed to occur through the adoption of a model that will generate an optimal nurse-patient relationship, where autonomy is the key to the choice of deliberations based on personal values and realistic expectations, promoting the active participation of the patient and a better adherence to the treatment.

Based on the above, the aim is to promote the sustainability of health services and the environment.

*Profesor de licenciatura en Enfermería en Escuela de Enfermería María Elena Maza Brito del INCMNS; profesor de licenciatura en Derecho en UnADM, Jefe del Departamento de Reclutamiento, Selección y Capacitación de personal- INCMNSZ

**Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México

***Estudiante de licenciatura de Enfermería Escuela de Enfermería María Elena Maza Brito del INCMNSZ

Citar como:

Sánchez Morales CA, García Flores JR, Mancilla Maya FZ. Educación en salud: Las decisiones sostenibles en el ámbito de la salud. Rev CONAMED 2024; 29 (4): 343-348.

Conflicto de intereses:

"Los autores declaran 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".

Financiamiento: no existió financiamiento.

Keywords: autonomy, decisions, education, nursing, patient, health, sustainability.

INTRODUCCIÓN

El cuidado de los pacientes es la esencia de la Enfermería, este cuidado está fundamentado en valores, principios éticos y morales que tienen como objetivo principal atender el binomio máspreciado por los seres humanos: vida y salud.

El compromiso con el cuidado de la salud y la salvaguarda de la vida, implican responsabilidades fundamentales en este ámbito, como "*restaurar la salud, aliviar el sufrimiento, prevenir la enfermedad*", entre otras.

Para que estas responsabilidades funcionen en un escenario ideal, el común denominador es la toma de decisiones. Esas decisiones consideramos que deben de ser sostenibles, es decir, que procuren satisfacer las necesidades presentes sin afectar a las futuras generaciones en la satisfacción de sus necesidades. Previendo los riesgos y las consecuencias para nuestra salud y para el medio ambiente.

Es por ello que proponemos que las decisiones en este ámbito en especial deben basarse en un proceso que permita mantener el justo medio con respecto a la situación de salud de las y los pacientes.

La forma de lograrlo es nutrir y robustecer el momento de deliberaciones, pues a través de esto, se podría alcanzar un estadio de conciencia, autonomía y control sobre sus modos de vida, lo cual permitirá responsabilizar correspondientemente de sus actos hacia sí mismos, los demás y la naturaleza.

Lo anterior clarifica que la salud y la sostenibilidad van de la mano, y a su vez tienen como base las decisiones de las personas, sea para vivir de manera saludable y sostenible, o de manera insalubre e insostenible.

A continuación, se expondrán elementos que ayudarán a generar contexto a este asunto.

PRIMERA PARTE

El diccionario de la Real Academia Española define el término "*decidir*" como "*resolver, tomar determinación*

de algo", y por "*determinación*" debemos entender decidir algo, despejar la incertidumbre sobre ello.^{1,2}

La sostenibilidad, por su parte, se refiere a que "*la ciudadanía participe de las decisiones del proceso de desarrollo, atendiendo al paradigma en el que las consideraciones ambientales, sociales y económicas se balanceen en la búsqueda del desarrollo y una mejor calidad de vida*",³ presente y futura.

Las decisiones y la sostenibilidad van de la mano, pues mediante las determinaciones que las personas toman en su vida diaria, para propiciar a un mundo sostenible pero también pueden conducir a lo contrario.

Lo anterior implica que el proceso de toma de decisiones no es menor, ni ligero y requiere del desarrollo de habilidades que exigen a la persona la disposición de aplicar conocimientos para identificar, resolver y arbitrar problemas. De la misma manera, y con mayor razón, las decisiones en materia de salud deberían acompañarse de perspectivas éticas, considerando la valía de la acción humana, en conjunto con sus implicaciones para la sostenibilidad, destacando el respeto por la libertad de las personas, su dignidad, los derechos humanos, y su autodeterminación.

Estos principios éticos fundamentales funcionan como las directrices que guían el comportamiento y las decisiones en diversas situaciones, para ilustrar se plasman elementos correspondientes:

Beneficencia: se refiere a los actos de buena voluntad, amabilidad, caridad, altruismo, amor, y guía para realizar aquellos actos que son una exigencia ética en el ámbito de la Medicina.⁴

No-maleficencia: implica no infligir daño intencionalmente, y está orientado a la toma de determinaciones que no causen daños físicos, discapacidad, dolor, e incluso la muerte, sin negar la importancia de los daños mentales y las lesiones de otros intereses.⁴

Autonomía: pugna por la libertad individual para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección, en este el paciente puede mostrar distintos niveles de habilidad para considerar una decisión autónoma, dependiendo de sus limitaciones internas o externas.⁴

Justicia: consiste en *“dar a cada uno lo suyo”*, así el enfermero necesita preocuparse por la manera de distribuir los recursos entre sus pacientes, como la disposición de su tiempo y atención de acuerdo a las necesidades que se presentan.⁴

Estos principios resultan ser trascendentales y fundamentales, pues si son bien entendidos y aplicados, propiciarán una decisión integral, buena, bien razonada.

Así las cosas, resulta claro que, para abordar ambos aspectos, es decir el cuidado de la salud, la vida y además darle un cobijo sostenible, se debe de proveer a la población de mejores capacidades para decidir en favor de su bienestar presente y futuro. En ese orden, planteamos como parte de la solución, la educación para la salud, la cual tiene aparejada definitivamente la participación de las personas dedicadas a la Enfermería.

Es por ello que en el siguiente apartado se expondrá la que corresponde a nuestra propuesta.

SEGUNDA PARTE

La educación en salud resulta ser uno de los pilares fundamentales en los que descansa la Enfermería que tiene como finalidad ayudar a los pacientes a desarrollar habilidades, actitudes, conocimiento y aumentar el grado de autoconciencia para asumir la responsabilidad de las decisiones relacionadas con su salud.

Según la OMS, la educación para la salud busca promover y mantener conocimientos, actitudes y prácticas saludables en las personas. Este proceso también puede prevenir enfermedades y promover el bienestar, fomentando la participación activa de las personas en el cuidado de su salud y en la toma de decisiones que favorezcan su bienestar físico, mental y social.⁵

La finalidad, pues, no es tanto que se lleven a cabo comportamientos definidos y prescritos por el experto, sino que se busca facilitar que el paciente movilice o active sus propios recursos y desarrollen capacidades que les permitan seleccionar decisiones consistentes y autónomas sobre su propia salud.⁶

También permitirá resaltar la importancia de los hábitos y acciones que repercuten en diversas formas con el medio ambiente, pues tales

responden orgánicamente al uso de recursos naturales y la producción de residuos que afectan nuestro ecosistema.

Es decir, las acciones de los pacientes relacionados con la salud, tienen una dimensión ambiental sin duda.

Entonces la educación para la salud debe de estar orientada a fomentar la participación del paciente, evitando el paternalismo profesional para establecer la relación de los hábitos de vida y el medio ambiente como factores de riesgo modificables para el desarrollo de la enfermedad.

Por lo tanto, el bienestar de la población humana y el de los ecosistemas, se encuentran interrelacionados y por ello debemos procurar a la población si queremos alcanzar la sostenibilidad, lo cual es evidente y orgánico pues quienes afectamos el ecosistema somos los seres humanos que pertenecemos a este.

Insistimos en que las decisiones ligeras y sin previsión podrían tener consecuencias malas, duraderas y de impacto a distintos ámbitos que tendrán efectos a lo largo del tiempo.

Tenemos ejemplos que evidencian lo anterior, como 1) fumar y/o el 2) consumo de alcohol, ambos generan un impacto en el medio ambiente, y están relacionados con el agotamiento de los recursos naturales, y la generación de cantidades masivas de desechos y contaminantes tóxicos, lo que ha generado cambios que afectan el planeta y a nuestra propia salud.⁷

1) Fumar: El cáncer de pulmón no sólo es la principal causa de muerte por cáncer, sino también la más prevenible,⁸ se sabe que la exposición al tabaco durante el embarazo se ha relacionado con disminución del peso al nacer.⁹

Diversos estudios han señalado que puede contribuir al sobrepeso u obesidad, así como aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2, en la adultez temprana.⁹

Más aún la industria tabacalera cobra más de 8 millones de vidas humanas, 600 millones de árboles, más de 200,000 litros de agua y 84 millones de toneladas de dióxido de carbono (CO₂) anualmente.⁷

Estos impactos ambientales y en la salud han propiciado la generación de alternativas que los mitiguen o por lo menos tengan la finalidad de hacerlo, como la educación en salud.

En este caso se buscará capacitar al paciente a través del personal de Enfermería para integrar conocimientos, adaptar comportamientos y adquirir conductas favorables, enfocados en el sistema de creencias, valores y hábitos, proporcionando los instrumentos necesarios para ponderar decisiones sobre la reducción del consumo de tabaco y sus repercusiones en la salud y el entorno.

Es claro que las tomas de decisiones no deben ser ligeras, ni aventuradas, pues sus efectos no todos son previsibles y tampoco se podrán contener, mitigar o paliar en su totalidad.

2) Consumo de alcohol: El alcohol es una sustancia tóxica; y su consumo excesivo se asocia con enfermedades crónicas como cirrosis hepática, enfermedades cardiovasculares, cáncer y trastornos mentales, además de contribuir a problemas sociales.¹⁰ A nivel mundial, el consumo de alcohol contribuye a aproximadamente 303 millones de muertes al año.¹¹

Aunque los efectos del alcohol en la salud son ampliamente conocidos, sus impactos en el medio ambiente son menos reconocidos. La producción de alcohol implica el uso significativo de agua y energía. Por ejemplo, la producción de 1 litro de vino requiere 870 litros de agua y para 1 litro de cerveza se necesitan 298 litros.⁷ Además, la combustión del alcohol durante su consumo genera gases contaminantes, como dióxido de carbono (CO₂), monóxido de carbono (CO), óxidos de nitrógeno (NOx) y dióxido de azufre (SO₂), que contribuyen a problemas respiratorios y ambientales, como la lluvia ácida.¹²

Aquí también los profesionales de la salud, especialmente el personal de Enfermería, desempeñan un papel crucial como educadores en salud. Pues su cercanía, confianza y accesibilidad les permiten influir directamente en la adopción de estilos de vida saludables.¹³

Por ello, es fundamental que se detecte el consumo elevado de alcohol; y en su caso se prevenga a los consumidores sobre los peligros de su abuso y desarrollen habilidades para sus futuras decisiones. Este enfoque integral contribuye tanto

a la salud individual como al cuidado del medio ambiente.

En este caso también la oportunidad de asesorar a los pacientes sobre los beneficios e importancia de sus elecciones diarias, en la mejora de su propia salud y del ambiente.⁷ pretendemos se asuma por el gremio de Enfermería, pues este destaca por fungir como informantes, abogados, defensores de los derechos y de la salud del paciente, entregando información y apoyo de manera gradual, tal como la educación e información al paciente en su proceso de enfermedad; la entrega de herramientas para facilitar y promover la toma de decisiones asertivas.¹⁴

Ahora bien, como se dijo ya, la atención del paciente, su vida y salud son la esencia de la Enfermería y uno de los pilares más robustos para materializarla le corresponde a la educación para la salud, pues a través de esta se advierte la oportunidad de generar un mejor escenario para la toma de decisiones mismas que deberían basarse en elementos y circunstancias que la hagan sostenible de la forma más amplia posible.

Proponemos entonces acudir a un modelo robusto de impactos múltiples y positivos que hagan la tarea más simple y cómoda. Este no sólo debe quedar a cargo de una de las partes involucradas, sino que debe ser implementado de manera conjunta, dividiendo las tareas entre quienes realmente les corresponden y en este contexto, destaca definitivamente la intervención de enfermeros y enfermeras.

Lo anterior es claro pues a través de ellos y ellas se podrían promover elementos consistentes y claros que propicien enseñanza a través de la educación en salud proveída por el personal de Enfermería.

Lo anterior nos acerca al apartado fundamental de este documento el modelo que proponemos se replique para este ámbito.

EL MODELO

En este caso, retomamos el modelo de toma de decisiones en salud de Ottawa, que se basa en principios éticos y recobra la importancia de apreciar la autonomía del paciente para discriminar el paternalismo profesional, en el que se presupone

que el paciente es incapaz de considerar decisiones que beneficien su estado de salud, y por lo tanto, su participación se ve reflejada en cumplir únicamente con las indicaciones que el profesional experto estima como oportunas.¹⁵

El núcleo principal del modelo de toma de decisiones denota la relación del personal de Enfermería-paciente, al entender la valía de contemplar aspectos como la receptividad y características del paciente, los valores personales y familiares, así como su sistema de creencias, pero al mismo tiempo busca vencer las barreras en el proceso de comunicación, al brindar información clara, oportuna, suficiente y veraz.

Lo anterior propicia una decisión informada, basada en valores personales, con expectativas realistas, para que el paciente exprese satisfacción por esa decisión, logrando una participación activa y un mejor apego a su tratamiento, lo cual, además favorecerá la sostenibilidad de este ámbito.

Aunado a esto, es necesario clarificar la importante participación de los profesionales de Enfermería en la implementación de intervenciones dentro del proceso de apoyo decisional, pues a través de ellos y ellas, se podrán esclarecer las necesidades de decisión y los valores personales, pero no sólo eso orientará la deliberación y la comunicación asertiva en materia de salud y; la monitorización de este proceso.

Basado en lo anterior, resulta fundamental advertir que el papel del profesional de Enfermería en la educación para la salud, no se trata sólo de proporcionar indicaciones que el paciente debe seguir. Aunque en efecto, busca proporcionar las herramientas necesarias para que, el paciente pueda comprender la trascendencia de sus decisiones y los beneficios que estas aportan para su salud y el medio ambiente; la intención es que guíe.

Por lo tanto, es crucial que el profesional de la salud se esfuerce por dejar atrás el paternalismo profesional que trae sesgos decisionales, que se evidencian en el proceso salud-enfermedad.

Por este motivo se toma en máxima consideración el papel de las y los enfermeros en la educación para la salud, pues en ellos recaerá el deber de brindar herramientas que sustenten en conjunto con los demás elementos de los otros

profesionales en salud, el proceso deliberativo del paciente.

Todo lo anterior constituye una oportunidad de cambio evidente, y así como una mayor expansión de la autonomía y libertad del ser humano, que claramente forma parte de un ciclo virtuoso.

CONCLUSIÓN

El rol de la Enfermería en la educación es fundamental para generar estilos de vida saludables y sostenibles. El modelo de educación en salud que proponemos facilita al paciente el desarrollo de capacidades para la toma de decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud al ofrecer información y el apoyo que permita elegir hábitos saludables y modificar factores de riesgo, presentes y futuros. Pero no sólo eso propiciará que esas decisiones descansen en un escenario de sostenibilidad, lo que en definitiva sobrepasa el interés personal para transformarse en un interés de la humanidad. Por lo tanto, los enfermeros y las enfermeras son piezas clave para lograr un sistema de salud que priorice tanto la salud de las personas como la del planeta. Su papel es fundamental para asegurar la equidad en el acceso a tratamientos y promover prácticas que beneficien a todas las poblaciones, especialmente a las más vulnerables.

Al enfocarse en los derechos de los pacientes como seres humanos capaces de tomar decisiones, se les proporciona la información necesaria para que puedan hacerlo de manera informada y responsable.

En definitiva, la sostenibilidad en salud no sólo pretende mejorar la calidad de vida de los pacientes, sino también proteger el medio ambiente y asegurar un futuro saludable para las próximas generaciones.

REFERENCIAS

1. Bioética y toma de decisiones en Enfermería (A. Arratia) [Internet]. Bioética en la Red: La bioética. 2004 [citado el 10 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com/bioactica-y-toma-de-decisiones-en-enfermerasa-a-arratia/>
2. Heliosherreramx. [citado el 10 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://heliosherreramx.com/poder-de-la-de-terminacion/>
3. Cortés Mura HG; Peña Reyes JI; De la sostenibilidad a la sustentabilidad. Modelo de desarrollo sustentable para su implementación en políticas y proyectos. *Rev Esc Adm Neg* [Internet]. 2015 [citado el 10 de marzo del 2024];(78):40–54. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20640430004>
4. Ferro M; Molina Rodríguez L; Rodríguez G WA; La bioética y sus principios. *Acta Odontológica Venezolana* [Internet]. Junio de 2009 [citado el 10 de marzo de 2024]; 47(2): 481-487. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029&lng=es
5. Martínez Sánchez LM; Hernández-Sarmiento JM; Jaramillo-Jaramillo LI; Villegas-Alzate JD; Álvarez-Hernández LF; Roldan-Tabares MD; et al. La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención: Health education as an important promotion and prevention strategy. *Arch Med (Manizales)* [Internet]. 2020 [citado el 10 de marzo de 2024];20(2):490–504. Disponible en: <https://revistas.umanezales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/3487>
6. Riquelme Pérez M; Metodología de educación para la salud. *Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2012 [citado el 10 de marzo de 2024]; 14:77–82. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000200011
7. Egea Ronda A; del Campo Giménez M; Estilos de vida, sostenibilidad y salud planetaria. *Rev clín med fam* [Internet]. 2023 [citado el 10 de mayo de 2024];16(2):106–115. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2023000200008&lng=es
8. Zinser JW. Tabaquismo y cáncer de pulmón. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2019 [citado el 10 de marzo de 2024];61(3, may-jun):303. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2019.v61n3/303-307/es/10>
9. Chinchilla Araya T, Durán Monge M del P. Efectos fatales y posnatales del tabaquismo durante el embarazo. *Med Leg Costa Rica* [Internet]. 2019 [citado el 10 de marzo de 2024];36(2):68–75. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152019000200068&lng=en
10. Ahumada-Cortez JG, Gámez-Medina ME, Valdez-Montero C. el consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai* [Internet]. 2017 [citado el 10 de marzo de 2024];13(2):13–24. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4615451000>
11. De Salud S. Aumenta el consumo de alcohol entre jóvenes [Internet]. gob.mx. [citado el 10 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/aumenta-el-consumo-de-alcohol-entre-jovenes>
12. Fuentes G. Qué daños causa el alcohol al medio ambiente [Internet]. Mundo Sustentable. 2023 [citado el 10 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://mundosustentable.com.mx/que-danos-cause-el-alcohol-al-medio-ambiente/>
13. Llisterri JL, Amezcua M, García Pedregal E, Jordana J, Rodríguez Sampedro A, Villarino Marín A. Educación ante el consumo de riesgo de bebidas alcohólicas. Una propuesta de acción interdisciplinaria desde el profesional de la salud. *Hospital Nutr* [Internet]. 2020 [citado el 10 de marzo de 2024];37(3):609–15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112020000400026&lng=es
14. León FJ, Buratti C, Schwartzmann J. El Consentimiento Informado y el profesional de Enfermería: estudio cualitativo en Hospital público de Chile y Eleuthera [Internet]. 2009 [citado el 22 de marzo del 2024]; 3:221–37. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=585961832011>
15. Mosqueda-Díaz A, Mendoza-Parra S, Jofré-Aravena V. Aporte de Enfermería a la toma de decisiones en salud. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2014 [citado el 22 de marzo de 2024]; 67(3):462–7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267031414020>



Deficiencias documentales durante la atención médica y odontológica (expediente clínico, notas, registros y consentimiento informado)

Documentary deficiencies during medical and dental care (clinical record, notes, records and informed consent)



Francisco Javier Guerra Zermeño*, Antonio Ruiz Alegría**, Karen Esquivel Ruiz***

Resumen

A lo largo de los estudios que realiza la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, a través de la Dirección General de Arbitraje, hemos logrado detectar ciertas problemáticas dentro del conflicto médico paciente o de las inconformidades y quejas presentadas, trámite de las conciliaciones y durante el análisis documental para la emisión de Laudos o Dictámenes Médicos Institucionales, ciertos procesos deficientes que si bien, no repercuten en la salud del paciente, sí denotan mala calidad en la prestación de los servicios; y que a la larga, si estos no se corrigen podrían detonar una ineficacia en el cumplimiento del derecho a la protección de la salud por parte del Estado, qué mandata el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Bajo estas líneas, el presente artículo presenta las principales deficiencias documentales que se han identificado durante la atención médica y odontológica, principalmente una mala integración del expediente clínico, mal registro en las notas médicas de Enfermería, registros del paciente a su ingreso no completos e incluso falta de ellos en el propio registro hospitalario y, finalmente un tema que ya fue abordado en la edición pasada de esta revista y qué tiene que ver con el consentimiento informado, el cual se vuelve un instrumento vital la atención médica.

De dichas deficiencias, puede constreñir consecuencias normativas, es decir, responsabilidades de los profesionales de la salud, por el incumplimiento de los deberes que marca la NOM-004-SSA3-2012.

Palabras Clave: consentimiento informado, deficiencias en la atención médica, expediente clínico, notas, registros.

Abstract

Throughout the studies carried out by the National Medical Arbitration Commission through the General Directorate of Arbitration, we have managed to detect certain problems within the medical-patient conflict or the disagreements and complaints presented, the process of conciliations, and during the documentary analysis for the issuance of institutional medical reports or opinions, certain deficient processes that, although they do not impact the patient's health, do denote poor quality in the provision of services; and that in the long run, if these are not corrected, they could trigger ineffectiveness in the fulfillment of the right to health protection by the State, which is mandated by Article 4 of the Political Constitution of the United Mexican States.

*Director General de Arbitraje

**Director Jurídico Pericial

***Verificadora y Dictaminadora Especializada "D"

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Citar como:

Guerra Zermeño FJ, Ruiz Alegría A, Esquivel Ruiz K. Deficiencias documentales durante la atención médica y odontológica (expediente clínico, notas, registros y consentimiento informado) Rev CONAMED 2024; 29 (4): 349-357.

Conflicto de intereses:

"Los autores declaran 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".

Financiamiento: no existió financiamiento.

Under these lines, this article presents the main documentary deficiencies that have been identified during medical and dental care, mainly a poor integration of the clinical record, poor registration in the nursing medical notes, records of the patient upon admission, not complete, even lack of them in the own hospital record and finally a topic that was already addressed in the last edition of this magazine and what it has to do with informed consent, which becomes a vital instrument in medical care.

Keywords: informed consent, deficiencies in medical care, clinical record, notes, records.

INTRODUCCIÓN

Desde su creación la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se ha distinguido a nivel nacional y estatal, por la pericia que impregna en cada uno de los Laudos y Dictámenes Médicos Institucionales, que realiza en colaboración con Órganos Internos de Control, autoridades jurisdiccionales, Ministerios Públicos y organismos de derechos humanos.

De este modo para cumplir con esta facultad plasmada en los artículos 1º y 4º de su decreto de creación, así como en los artículos 34 al 48 y 94 al 102 del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas y Gestión Pericial, la CONAMED, a través de la Dirección General de Arbitraje, realiza la investigación y estudio de los casos, con la evidencia presentada por la autoridad solicitante así como de la aportada en su caso, en los arbitrajes por las partes; este análisis es realizado con apego en la Guía Interna Metodológica para el análisis de casos; así como con el estudio de la trazabilidad del servicio y la búsqueda del cumplimiento de la *Lex Artis ad hoc* en la atención médica en cada expediente.

Dentro de las principales deficiencias documentales encontradas en los expedientes de análisis tenemos una mala integración del expediente clínico, inexistencia de notas de atención, falta de registros y seguimiento del paciente; y un Consentimiento Informado con errores en su forma de recabarlos, lo cual, si bien no ha guardado relación con daños a la salud de pacientes, estas deficiencias impactan en la calidad de la atención brindada y para servidores públicos se configuran como faltas administrativas no graves.

El principio de formalidad en el servicio médico es fundamental para garantizar la calidad

y la efectividad en la atención de los pacientes. En la atención médica y en la prescripción de insumos para la salud habrán de respetarse las formalidades establecidas en normativa sanitaria (Reglamentos y las Normas Oficiales Mexicanas, NOMS). Algunos de los más importantes son: Consentimiento Informado, confidencialidad, accesibilidad, continuidad de la atención, calidad y seguridad; respeto a la dignidad del paciente, participación del paciente, transparencia, responsabilidad profesional. Estos principios ayudan a construir una relación de confianza entre pacientes y proveedores de salud, mejorando la calidad del servicio y la satisfacción del paciente.

DEL DEBER DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Como lo hemos señalado en diversas publicaciones dentro de la revista CONAMED, el deber (obligaciones) del profesional de la Salud, se encuentra contenido de manera difusa en distintas normas jurídicas, así tenemos la Ley General de Salud y sus Reglamentos, NOMs, incluso en cláusulas pactadas entre las partes en documentos consensuales denominados contratos, estos instrumentos también nos imponen obligaciones y, como consecuencia su obligación de cumplirlas (*pactan sun servanda*).

Así tenemos que el decálogo de obligaciones de los profesionales de la salud, publicado en el 2023,¹ señala como principales deberes lo siguientes:

- **Proporcionar al paciente, familiar, acompañante y/o cuidadora o cuidador, la información suficiente y oportuna sobre su estado de salud para la toma de decisiones libres e informadas, respetando su derecho a aceptar o rechazar los tratamientos y/o procedimientos propuestos.** normativa Ley General de Salud, artículos 51 Bis 1, 51 Bis 2, 75 Bis, 77 Bis 37 fracción V, Ley Federal del Trabajo, artículos 2º párrafo segundo, 3o, 5o, 47, 134 y 135, Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional, Título Segundo; y artículo 44, NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, numerales 4.2, 5.4 y 5.6, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículos 29, 30 y 80 y Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, artículos 20 y 21.

- **Integrar y resguardar el expediente clínico de las y los pacientes por un periodo mínimo de 5 años posteriores a la última atención otorgada, salvo que se trate de procesos administrativos o legales, así como, proporcionar una copia íntegra a la o el paciente, su familiar o su representante legal, siempre que lo solicite.** Normativa. Ley General de Salud, artículos 51 Bis 2 y 77 Bis 37, Ley Federal del Trabajo, artículos 2º párrafo segundo, 3o, 5o, 47, 134 y 135, Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional, Título Segundo; y artículo 44. Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, artículos 25 y 26 fracción VII, Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, artículos 23 y 24, NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, numerales 5.4 y 5.6, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículos 32 y 134.
- **Recabar el consentimiento informado o negativa de la o del paciente, familiar y/o cuidadora o cuidador, previo a realizar cualquier tratamiento o intervención, plasmando la voluntad en el documento correspondiente.** Normativa. Ley General de Salud, artículos 51 Bis 2 párrafos tercero, cuarto, séptimo, 74 Ter fracciones II y III, 75 Bis, 100 fracción IV, 103, 166 Bis 3 fracción VI, 166 Bis 15 fracción II, 316 Bis fracción II, 321, 321 Bis, 322, 323, 324, 333 fracción V, Ley Federal del Trabajo, artículos 2º párrafo segundo, 3o, 5o, 47, 134 y 135, Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional, Título Segundo; y artículo 44, NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, numerales 4.2 y 10.1, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículos 76 y 77.

No debemos perder de vista que el cumplimiento del deber de los profesionales de la salud, evitará en la medida de lo posible responsabilidades, inconformidades o conflictos derivados de la mala calidad en la prestación del servicio, además de ello considerar que el expediente clínico se integra por *“...el conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos,*

*gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables...”*² En tal sentido todo registro realizado y consignado en el expediente clínico, se debe realizar de manera inmediata posterior a la atención brindada con el objeto de tener una correcta secuencia y seguimiento de la atención que se brinda al paciente, esto permitirá que a futuro el profesional de la salud pueda acreditar su participación, eliminar tramos de atención y deslindar responsabilidad en caso de una queja, denuncia, demanda o procedimiento administrativo.

Un concepto que no podemos perder de vista es que la elaboración e integración correcta de los elementos del expediente clínico, véase a estos de manera enunciativa como: datos de identificación del paciente: nombre, edad, sexo, domicilio, número de identificación, antecedentes médicos y hereditarios, historia clínica, notas de evolución, registros de las visitas y progresos del paciente, resultados de pruebas diagnósticas, informes de análisis de laboratorio, radiografías, y otros estudios; consentimientos informados: de cada procedimiento y tratamiento, plan de tratamiento; informes de especialistas: opiniones y diagnósticos de otros profesionales involucrados en la atención del paciente, prescripciones, documentos de referencia; envíos a otros servicios o especialistas; historial de vacunas; notas de alta: resumen de la atención recibida y recomendaciones al paciente al momento del alta.

Todos estos documentos se consideran evidencias documentales de la atención brindada por los profesionales de la salud, y en términos legales se considera una, prueba pre constituida a cualquier juicio ya que son recabadas antes, durante y al final de una atención médica, nacen también del criterio jurídico utilizado durante la defensa de cualquier atención médica por parte del profesional de la salud, deberá exhibir los instrumentos médicos de registro como el expediente clínico y los consentimientos informados recabados durante la atención brindada.

Es decir, que previo a la evaluación de la atención brindada, el profesional de la salud, elaboró las pruebas que sustenta sus actuar; pues el propio documento contiene la existencia del derecho, define

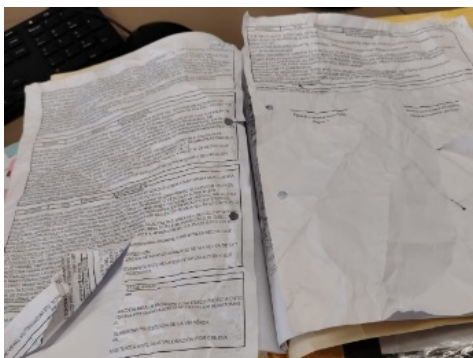
al prestador de servicios de atención médica y al paciente, y determina cómo fue su relación, y acredita si el profesional de la salud comunicó a la persona, de manera accesible, oportuna y en lenguaje comprensible, la información veraz y completa, incluyendo los objetivos, los posibles beneficios y riesgos esperados, y las alternativas de tratamiento; y lo más importante, si la persona denominada paciente, entendió la información proporcionada y, autorizó o rechazó el procedimiento, tratamiento médico o quirúrgico ofertado.

A manera de cerrar esta parte jurídica del estudio, diremos que la integración correcta del expediente clínico con todos sus componentes que enuncian las Normas Oficiales NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico y NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales, así como la Carta de Consentimiento Informado, que reúne los requisitos de existencia y validez, que marca la normativa general civil y específica en materia de salud, equivale a una confesión del paciente de que se le informó y entendió de los riesgos y beneficios del procedimiento, médico o quirúrgico al cual sería sometido; el cual sirve para dirimir cualquier controversia que se presente con posterioridad a la atención médica brindada; el mismo forma parte del expediente clínico y por ende no debe omitirse su elaboración.

DEFICIENCIAS EN LA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

De los casos analizados, se han encontrado cuatro tipos de deficiencias generalizadas en la integración de los expedientes clínicos, siendo las que a continuación se enuncian:

a) Incompletos y mutilados: Archivísticamente carecen de constancias, o bien, fueron cercenados.



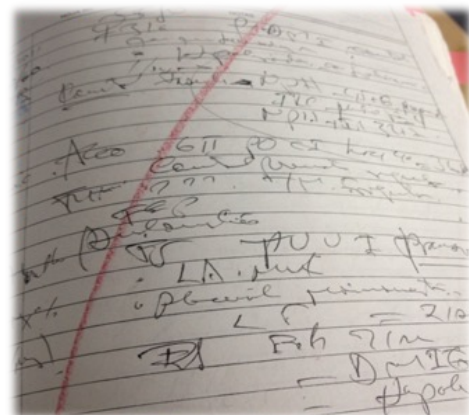
Fuente: Dirección General de Arbitraje Médico / CONAMED

b) Desorganizados: Falta de acomodo secuencial en el desarrollo del acto médico.



Fuente: www.FreePik.es

c) Ilegibles: Su contenido es incomprensible, imposibilitando su lectura.



Fuente: Dirección General de Arbitraje Médico / CONAMED

d) Ausencia de nombres y firmas de quien lo elabora: La trazabilidad de la autoría queda imposibilitada al no asentarse los datos de identificación del personal de salud participante.

PARTICULARIDADES DEL EXPEDIENTE ODONTOLÓGICO

En la atención médica y odontológica, desafortunadamente existen múltiples deficiencias respecto a la documentación, que son principalmente a causa del desconocimiento, mal manejo u omisión de la elaboración de un expediente clínico. En ese sentido, constituye una obligación del dentista crear el expediente de cada paciente que busca atención odontológica. No obstante, es un hecho que muchos profesionales se limitan a elaborar una historia clínica corta.

Las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), NOM-004-SSA3-2012,³ y NOM-013-SSA2-2015, establecen que el expediente clínico en consultas generales y especializadas debe incluir lo siguiente:

Historia Clínica:⁴ Debe ser elaborada por el odontólogo, y adaptarse a las necesidades específicas de cada caso. Este documento debe contener los siguientes apartados en orden:

a) Interrogatorio

Con datos de identificación del paciente, registro de antecedentes y padecimientos.

b) Exploración Física

Habitus exterior: Aspecto externo del paciente sin interrogatorio; signos vitales: temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, peso, talla; exploración física dirigida a: cavidad bucal, cabeza y cuello.

Se deben llenar un odontograma y un periodontograma, inicial y de seguimiento, siguiendo la nomenclatura de la Federación Dental Internacional, reflejando la situación del paciente, ahí se registrará el tratamiento realizado en cada cita, incluyendo condiciones de alta, firmadas por el paciente o su representante legal.

c) Diagnósticos y Tratamiento

Diagnósticos o problemas clínicos y su pronóstico con las respectivas indicaciones terapéuticas; plan de tratamiento que especifique las acciones o procedimientos clínicos en cada fase; fechas de la primera consulta y citas subsecuentes. nombre y firma del estomatólogo, así como del paciente o su representante legal.

d) Notas de evolución

Deben ser elaboradas por el odontólogo cada vez que se atiende al paciente, reflejando su estado clínico y estas deben contener: hora y fecha de la consulta, junto con las actividades realizadas; signos vitales, evolución y actualización del cuadro clínico o procedimiento odontológico; resultados relevantes con interpretación de estudios auxiliares solicitados previamente.

e) Nota de Interconsulta

La solicitud para interconsulta debe ser elaborada por el médico u odontólogo cuando sea necesario.

f) Urgencias Odontológicas

En caso de una urgencia, se deben incluir los siguientes elementos: fecha y hora del servicio prestado; signos vitales y motivo de la atención; resumen del interrogatorio y exploración física; resultados previos de estudios auxiliares realizados; diagnóstico o problemas clínicos, con el tratamiento y pronóstico; nota de evolución.

g) Hoja de Egreso Voluntario o Alta

Es solicitado por el paciente para dejar constancia de su decisión de egresar con conocimiento de las consecuencias. Si el egreso es voluntario a pesar de las recomendaciones del estomatólogo, se deberá elaborar una hoja conforme a las disposiciones legales aplicables que exima al establecimiento y al estomatólogo de responsabilidad. Si el paciente no asiste a sus citas en un tiempo que comprometa el éxito del tratamiento, se deberá elaborar una hoja que especifique fecha y en qué fase quedó el tratamiento, debe ser firmada por el estomatólogo y un testigo.

Cada especialidad debe contar con su propia historia clínica, la cual debe incluir características específicas, a continuación:⁵

- **Endodoncia:**

Historia dental centrada en tratamientos de conducto.
Información sobre dolor, sensibilidad y antecedentes de tratamientos.
Radiografías periapicales, antes, durante y después del tratamiento.
Plan de tratamiento específico para cada conducto radicular.

- **Ortodoncia:**

Datos personales y antecedentes familiares.
Examen clínico que incluya análisis facial y dental.
Radiografías panorámicas y cefalométricas.
Modelos de estudio y fotografías (intraorales y extraorales).
Plan de tratamiento ortodóntico detallado.

- **Periodoncia:**

Historia médica y dental enfocada en enfermedades periodontales.
Examen periodontal que incluya sondeos y movilidad dental.
Registro de índices de placa y sangrado.
Diagnóstico periodontal y plan de tratamiento correspondiente.

- **Cirugía Oral y Maxilofacial:**

Historia clínica con énfasis en intervenciones quirúrgicas previas.
Evaluación preoperatoria con exámenes médicos y radiografías.
Detalles del procedimiento quirúrgico realizado (Notas).
Seguimiento postoperatorio.

- **Odontopediatría:**

Información sobre el desarrollo dental del niño.
Historia médica familiar y personal del paciente.
Exámenes clínicos acorde a la edad, incluyendo comportamiento.
Planes de tratamiento preventivos y restaurativos.

- **Prostodoncia:**

Historia clínica enfocada en la rehabilitación oral del paciente.
Evaluación del estado dental y funcional del paciente.
Registros de impresiones y medidas para prótesis.
Plan de tratamiento para prótesis fijas o removibles.

NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Como se ha explorado en párrafos anteriores, las obligaciones torales que envuelve a todos los profesionales de la salud sin excepción, es el cumplimiento de los requisitos normativos relacionados con la prestación de servicios médicos y, por ende, el mismo acto médico, cuya huella no sólo se constriñe al alcance y desenlace en cuanto a la conclusión de la atención al paciente basado en el deber de medios, sino que también al asiendo documental-registral que lo constituye el expediente clínico como radiografía de todo lo acontecido en la dinámica prestador del servicio-usuario, adquiere una dimensión jurídico-legal de enorme envergadura

a decir: a) acreditar la atención a un paciente y b) ser un instrumento probatorio.

a) Acreditar la atención a un paciente

La doctrina,⁶ lo considera como el "*documento básico en todas las etapas de la atención médica y deberá de mantenerse en todo momento como una guía para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona; también se emplea para la planeación, ejecución y control de las acciones destinadas a la recuperación y rehabilitación del enfermo. La historia clínica debe ser única, integrada y acumulativa para cada paciente en el hospital. El documento no sólo recoge una exposición sistemática de acontecimientos clínicos pasados y presentes, sino además puede reunir información de índole variada. La principal función de la historia clínica es la asistencial, ya que permite la atención continua a los pacientes por diversos médicos. Otras funciones incluyen: la docencia, realización de estudios de investigación y epidemiología, la evaluación de la calidad asistencial, la planificación y gestión de salud, así como su utilización en casos legales en aquellas situaciones jurídicas en que se requiera*".

b) Como instrumento probatorio

Ha sido reconocido ampliamente, tanto por la legislación como por diversas instancias jurisdiccionales que el expediente clínico es un **instrumento jurídico** (médico forense), que tiene el **carácter de prueba preconstituida** y que entre otras **finalidades tiene por objeto hacer prueba**, esto es, que la existencia de este instrumento permite evidenciar el camino que se siguió en la atención médica, bajo una premisa similar al principio general del derecho "*Quod non est in actis non est in mundo*" en el argot procesal, "*lo que no existe en autos no existe en el mundo*", lo que transpolado a la materia médico-clínica versaría "*actividad clínica no registrada, es actividad clínica no realizada*", siendo que la ausencia de evidencia contenida en notas, registros, entradas, estudios y demás elementos que lo integran aparejaría desde la presunción negativa como una carga de la prueba en contra del profesional de salud.

NATURALEZA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Para este apartado, habremos de abordar una naturaleza dual que le otorga la ley al expediente clínico, la primera que se proyecta por la NOM-

004-SSA3-2012, atendiendo a sus contenidos de orden clínico-científico, y la otra como la ejecución del ejercicio de una potestad pública para la materialización del derecho a la salud, contenida en la Ley General de Archivo,⁷ pues atendiendo tales cualidades del archivo producen efectos jurídicos diversos por la inobservancia de los mismos.

Atendiendo a la naturaleza especial del documento, los aspectos vinculatorios que deben ser observados los profesionales de la salud, son los siguiente:

a) Elaboración

Transformar una cosa u obtener un producto por medio de un trabajo adecuado (RAE).⁸ Es decir, la obligación de general y/o crear los registros médicos.

b) Integración

Conjunto único de información y datos personales de un paciente. Integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías.

c) Uso

Posee tres vertientes a) hacer constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica; b) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, y c) describir el estado de salud del paciente y datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

d) Manejo

Dirección y gobierno de un negocio (RAE).⁹ Forma que se gestiona el uso de los documentos que integran el expediente clínico.

e) Archivo

Garantizar la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita, de los documentos.¹⁰

f) Conservación

Es el conjunto de procedimientos y medidas destinados a asegurar la prevención de alteraciones físicas de los documentos en papel y la preservación de los documentos digitales a largo plazo.¹¹ Deberán

ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico (5.4 NOM-004-SSA3-2012).

g) Propiedad

Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera.

h) Titularidad

El paciente en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica. Tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos.

i) Confidencialidad

Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, no deberán ser divulgados o dados a conocer. Tratándose de literatura médica, docencia, investigación o fotografías, que posibiliten la identificación del paciente, se requerirá la autorización escrita del mismo (Numeral 5.5 de la NOM-004-SSA3-2012).

Responsabilidades de los profesionales de la salud por inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012. Las deficiencias en el expediente clínico por inobservancia de la NOM, pueden producir responsabilidades a los profesionales de la salud, tanto del orden administrativo como las de carácter penal.

1. Administrativas

La Ley General de Responsabilidades Administrativas prevé dos grupos de faltas, las denominadas "No Graves" que devienen del incumplimiento de las obligaciones que marca la función pública y; las "Graves" enfocadas al fenómeno de la corrupción con afectación al desempeño del servicio público.

a) Faltas No Graves

El incumplimiento de los deberes señalados en la fracción V del artículo 49 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, son actualizables en el mal manejo documental del expediente clínico, siendo las siguientes:

- Custodiar la documentación e información.
- Impedir o evitar su uso, divulgación.
- Impedir sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización indebidos.

b) Faltas Graves

Las Faltas Graves tienen un basamento en la tipicidad de conductas, es decir, tipos administrativos sancionables, que afectan gravemente a los servicios públicos y se relacionan con el fenómeno de la corrupción:¹²

- **Tráfico de influencias:** el servidor público que **utilice la posición que su empleo, cargo o comisión** le confiere para inducir a que otro servidor público efectúe, **retrase u omita realizar algún acto de su competencia**, para generar cualquier beneficio, provecho o ventaja para sí o para alguna persona.
- **Encubrimiento:** Cuando el servidor público que durante **el ejercicio de sus funciones llegare a advertir actos u omisiones que pudieren constituir Faltas administrativas, realice deliberadamente alguna conducta para su ocultamiento.**

2. Penales

Podemos encontrar la posibilidad de actualización de dos clases de tipos penales por el mal manejo y deficiencias documentales en el expediente clínico, por un lado, aquellos relacionados con la falsificación de documentos con el caso del artículo 244 del Código Penal Federal, por el otro, el delito especial previsto en el artículo 121 de la Ley General del Archivo (LGA).

a) Delito Especial (artículo 121 LGA)

Este delito se considera especial al estar previsto en una legislación distinta a los códigos penales, enfocándose a los actos y omisiones que afectan el archivo propiedad del estado, como lo es el expediente clínico:

Artículo 121.- Sustraiga, oculte, altere, mutile, destruya o inutilice, total o parcialmente, información y documentos de los archivos que se encuentren bajo su resguardo.

b) Falsificación de documentos (artículo 244 del Código Penal Federal)

Dicho artículo contiene diversas descripciones de conductas, que puede actualizarse respecto del mal uso o deficiencias en el manejo del expediente clínico:

Fracción I. Poniendo una firma o rúbrica falsa, aunque sea imaginaria, o alterando una verdadera.

Fracción III. Alterando el contexto de un documento verdadero, después de concluido y firmado, si esto cambiare su sentido sobre alguna circunstancia o punto substancial, ya se haga añadiendo, enmendando o borrando, en todo o en parte.

Fracción IV. Variando la fecha o cualquiera otra circunstancia relativa al tiempo de la ejecución del acto que se exprese en el documento.

Fracción VII. Añadiendo o alterando cláusulas o declaraciones, o asentando como ciertos hechos falsos, o como confesados los que no lo están.

REFERENCIAS

1. Decalogs de Obligaciones y Derechos de Pacientes y Profesionales de la Salud, CONAMED 2023, (consultado el 11 de octubre de 2024) liga: <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/decalogs/decalogs.php>
2. Numeral 4.4 de la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, de las definiciones
3. Diario Oficial de la Federación. NOM-004-SSA3-2012 Acuerdo por el que se establecen las normas para la organización y funcionamiento de los Comités de Ética en Salud. 2022 [consultado el 25 Sep 2024]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
4. Pérez M, González L, García R. La historia clínica como herramienta de gestión en la atención odontológica. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2014 [consultado el 26 Sep 2024];51(4):1-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013865572014000400012&script=sci_arttext
5. Universidad Veracruzana. Tipos de historias clínicas para cada área. 2018 [consultado el 26 Sep 2024]. Disponible en: https://www.uv.mx/veracruz/odontologia/files/2018/10/Tipos_de_historias_clinicas_para_cada_ar-1.pdf
6. Ornelas Aguirre, José Manuel. El expediente clínico. Edit. Manual Moderno, México 2013. P. 1
7. fracción II del artículo 4º de la Ley General de Archivo
8. Diccionario de la Real Academia Española. Consulta en: <https://dle.rae.es/elaborar>
9. Diccionario de la Real Academia Española. Consulta en: <https://dle.rae.es/manejo?m=form>

10. Artículos 4 fracción II y 6 de la Ley General de Archivo.
11. Artículo 4 fracción XVI de la Ley General de Archivo
12. Artículos 61 y 62 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas
13. Ornelas Aguirre, José Manuel. El expediente clínico. Edit. Manual Moderno, México 2013
14. Pérez M, González L, García R. La historia clínica como herramienta de gestión en la atención odontológica. Rev Cubana Estomato

Legislación

15. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2024). Camara de Diputados. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
16. Ley General de Salud (2024). Camara de Diputados. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
17. Ley General de Archivo (2024). Camara de Diputados. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
18. Ley General de Responsabilidades Administrativas (2024). Camara de Diputados. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
19. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico (2024), Diario Oficial de la Federación. https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
20. NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales. (2024), Diario Oficial de la Federación, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5462039&fecha=23/11/2016

Páginas Web

21. Diccionario de la Real Academia Española. Consulta en: <https://dle.rae.es/>
22. https://www.uv.mx/veracruz/odontologia/files/2018/10/Tipos_de_historias_clinicas_para_cada_ar-1.pdf
23. Decalogs de Obligaciones y Derechos de Pacientes y Profesionales de la Salud, CONAMED 2023, (liga: <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/decalogos/decalogos.php>)



Barreras en la implementación de Vías de Atención Integrada para diabetes en Centros de Salud

Barriers to the implementation of Integrated Care Pathways for diabetes in primary care units

Pedro Jesús Saturno Hernández*, Arturo Cuauhtémoc Bautista Morales**, Ofelia Poblano Verástegui***, Omar Acosta Ruiz*, Sergio Flores Hernández*, Laura del Pilar Torres Arreola*



Resumen

La diabetes mellitus es un problema de salud pública internacional, cuya atención consume muchos recursos del Sistema de Salud. Para contribuir a la mejora de la atención de este problema, la Fundación Mundial de Diabetes financió un proyecto donde, se elaboraron Vías de Atención Integrada (VAI), en dos entidades federativas. Las VAI, atienden la evidencia científica existente y las buenas prácticas para el tratamiento. El presente documento muestra los obstáculos y problemas que se han presentado en esta experiencia, en el funcionamiento de los Centros de Salud (CS), afectados durante la pandemia, cuando se interrumpió de forma casi generalizada acudir a consulta en los CS, así como el trabajo comunitario. Los problemas encontrados son similares en los once CS visitados, van más allá de la pandemia y la difícil vuelta a la normalidad, sino también, y principalmente, de déficits estructurales que afectan a los recursos humanos y la disponibilidad de insumos necesarios para la atención recomendada en la evidencia científica.

Palabras Clave: administración de la práctica médica, calidad de la atención de salud, diabetes mellitus, recursos en salud, vías clínicas.

Abstract

Diabetes mellitus is an international public health problem, the attention of which consumes many resources of the Health System. To contribute to the improvement of the attention of this problem, the World Diabetes Foundation financed a project where Integrated Care Pathways were developed in two states. IAVs address existing scientific evidence and good practices for treatment. This document shows the obstacles and problems that have arisen in this experience, in the operation of the Health Centers (CS), affected during the pandemic, when it was interrupted in an almost generalized way to go to consultation in the CS, as well as community work. The problems encountered are similar in the eleven CS visited, they go beyond the pandemic and the difficult return to normality, but also, and mainly, structural deficits that affect human resources and the availability of supplies necessary for the care recommended in scientific evidence.

Keywords: medical practice administration, quality of health care, diabetes mellitus, health resources, clinical pathways.

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2), es un problema de salud pública a nivel internacional. En 2019, se estimó que 463 millones de personas fueron diagnosticadas

*Investigador
**Jefe de Departamento
*** Directora de Área

Centro de Investigación
en Evaluación y Encuestas,
Instituto Nacional de Salud
Pública. México

Citar como:

Saturno Hernández PJ,
Bautista Morales AC, Poblano
Verástegui O, Acosta Ruiz O,
Flores Hernández S, Torres
Arreola LP. Barreras en la
implementación de Vías de
Atención Integrada para
diabetes en centros de salud.
Rev CONAMED 2024; 29 (4):
358-362.

Conflicto de intereses:

"Los autores declaran 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".

Financiamiento: World
Diabetes Foundation,
a quien se agradece el
financiamiento otorgado
para la realización del
presente estudio.

con la enfermedad.¹ México ocupa el décimo lugar mundial, con 438 mil casos, lo que refleja la carga que la DM2 impone al sistema de salud, tanto en recursos como en atención.² Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre COVID, la prevalencia de DM2 diagnosticados en >20 años aumento del 9.2% (2012) al 10.6% (2020), y se estima que 30% de los adultos con diabetes desconocen su condición.³

En el marco del proyecto *“Quality improvement in care of Diabetes: development and implementation of clinical pathways”* financiado por la Fundación Mundial de Diabetes (WDF), se propuso elaborar Vías de Atención Integrada (VAI) para la atención de pacientes con DM2, implementarlas y evaluar su efectividad. Una vía clínica (VC), o de atención integrada (VAI), es una herramienta para el diseño o planificación de la calidad desarrollada sistemáticamente; debe incluir la mejor evidencia disponible y debe involucrar a todos los participantes en el proceso de atención (clientes y co-proveedores).

Su aplicación debe estar sujeta a evaluación constante para garantizar su aplicación y efectividad. La VAI, según su definición, organiza y determina la secuencia y duración de las intervenciones de todo tipo de personal de salud y departamentos, para un particular tipo de diagnóstico.⁴

El proyecto propuso desarrollar dos VAI en dos estados de la República Mexicana, el primero ubicado en el sureste y el segundo en el centro del país, ambos con una alta prevalencia de DM2. En ambos casos, con enfoque en atención primaria a la salud, para el diagnóstico y control de los pacientes con DM2, y una red de atención que incluye la coordinación con la Unidad de Especialidad Médica (UNEME). El éxito de esta experiencia puede ser modelo para implementación a mayor escala.

Sin embargo, el impacto al sistema de salud generado por la pandemia COVID-19, afectó el funcionamiento de los CS y la atención a pacientes de todo tipo, pero fundamentalmente a crónicos. En el caso de pacientes con diabetes, se solicitó no acudir personalmente a CS, sino enviar a algún familiar por los medicamentos, hacer consultas telefónicas o visitas comunitarias esporádicas.

En este contexto, y previo a retomar la implementación del proyecto de VAI, se realizó una visita a 11 CS (cinco en el primer estado y seis en el segundo), y una UNEME participantes en el

proyecto, entre abril y mayo de 2022, con el objetivo de valorar, mediante entrevista de profundidad con los responsables del proyecto en los CS y el personal directivo de los mismos, los obstáculos organizacionales y del personal (conocimiento y actitudes), en la implementación de las VAI. En los CS pequeños se realizaron entre una y dos entrevistas; en los de mayor tamaño, entre tres y cuatro entrevistas, dirigidas a personal médico, de Enfermería, odontología, nutrición y administrativo.

Los problemas observados en los CS fueron similares en todos los casos. Se derivan, en parte, de las consecuencias de la pandemia y la compleja vuelta a la normalidad, y principalmente, de déficits estructurales que afectan tanto a los recursos humanos como a la disponibilidad de insumos necesarios para prestar la atención basada en evidencia incluida en la VAI.

Se identificaron áreas de oportunidad en todos los niveles, desde el nivel operativo hasta el estratégico y normativo; señalando problemas de gestión poco efectiva y limitaciones de recursos. A continuación, se señalan las áreas de oportunidad encontradas en las visitas a los CS, resumiendo los testimonios de los profesionales entrevistados.

1. Cambios en el personal

En el primer estado hubo cambio en el gobierno estatal, lo que conllevó cambios casi en la totalidad de las autoridades sanitarias. Si bien los nuevos directivos reconocieron la importancia del proyecto y se comprometieron a continuarlo, la inestabilidad del personal operativo generó modificaciones en los CS. Particularmente en el personal itinerante cuya función, planeada en la VAI, es fortalecer a las unidades que no cuentan con nutriólogo, psicólogo, activador físico, entre otros. Esta situación se acentuó en el segundo estado, donde no se renovó el contrato a varios de los profesionales que participaron en el desarrollo de la VAI, o fueron enviados a otras unidades.

Las principales consecuencias de lo anterior son la necesidad sentida de nueva capacitación sobre la VAI para las nuevas incorporaciones, si se quiere llevar a cabo la implementación y sobre todo, déficits importantes del personal necesario para la atención integral a los pacientes con diabetes.

Esta situación, también acentuada en el segundo estado, en él disminuyó la cantidad de

personal y no se renovó contrato a la mayoría de los psicólogos, nutricionistas y activadores físicos.

Ante la ausencia de personal de Psicología y Nutrición (por contrato) en el segundo estado, se planeó un entrenamiento básico en Psicología y Nutrición a los Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS), orientado principalmente a la aplicación de pruebas estandarizadas. Esta alternativa, por una parte, sobrecarga el trabajo de los TAPS, quienes realizan visitas a la comunidad, y por otra, según manifestaron en la visita a los CS, no se ha concretado en la práctica. Se dio una breve capacitación, pero sin seguimiento posterior.

El principal problema que se plantea ante esta situación es la muy difícil realización de una valoración, tanto basal como de seguimiento, de aspectos nutricionales, psicológicos y de activación física, fundamentales para el control metabólico de estos pacientes.

2. Ralentización o total ausencia del trabajo de tamizaje de diabetes en la comunidad

La detección comunitaria de diabetes, incluida en la VAI, e indispensable en la identificación de casos de diabetes, fue suspendida durante la pandemia. Es una situación grave, dado que, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2020, 30% de los adultos que viven con diabetes en México desconoce su condición.³

En la VAI del segundo estado, esta tarea se asignó a los TAPS, sin embargo, en la relativa vuelta a la normalidad de labores se priorizaron otros aspectos de salud comunitaria.

3. La reconquista de pacientes con diabetes es lenta

Como se señaló, la visita de los pacientes con diabetes a los CS prácticamente se suspendió durante la pandemia. La desconexión entre los CS y sus pacientes persiste y, aunque en algunos CS han hecho esfuerzos de reconquista a través de su área de trabajo social (no presente en todos los CS), los pacientes no están retornando en los números esperados. Este problema se ve agravado por el déficit importante en abasto de medicamentos, organización e insumos para los exámenes de laboratorio, lo que desincentiva a los pacientes a usar los servicios públicos.

4. Dificultades para realizar valoración basal integral (nivel glucémico, nutrición, psicología, actividad física, exploración clínica completa)

Las deficiencias estructurales, como la falta de personal para atención psicológica, nutricional, de actividad física y odontológica, comprometen de forma importante la valoración basal integral que permita identificar las necesidades de atención y, por consiguiente, un adecuado control de la diabetes y del seguimiento de complicaciones. Además, el sistema de referencia y contrarreferencia es deficiente, obstaculizando el flujo de información y comunicación entre el personal de salud, lo que entorpece el adecuado seguimiento e implementación de medidas preventivas o correctivas en las unidades de adscripción. Por ejemplo, en el primer estado, para realizar una valoración integral, algunos pacientes son enviados a una unidad de mayor infraestructura (hospital generalmente), que implica traslados; además de que la valoración realizada, en muchos de los casos, no se retroalimenta a la unidad de origen.

Además, se une la escasez, muchas veces ausencia total durante semanas o meses, de insumos necesarios para la valoración basal y control posterior de niveles de glucosa con hemoglobina glicosilada, y en su lugar, cuando hay disponibilidad, se recurre a la medición de glucosa capilar.

5. No se puede realizar control de glucosa con hemoglobina glicosilada. La realización de pruebas de laboratorio en general es problemática en ambos estados

En la gran mayoría de los CS no se dispone de los insumos para control con hemoglobina glicosilada, incluso en aquellos pocos que disponen de laboratorio. La realización de pruebas de laboratorio en general resulta problemática. Aunque diseñada en la VAI, no se ha conseguido coordinación entre la mayoría de los CS y los laboratorios de análisis clínicos. En otras ocasiones, por ejemplo, en el primer estado se cambió el proveedor (externo) lo que afectó la prestación del servicio.

Los profesionales de los CS señalan que en muchas ocasiones el paciente realiza los controles en instituciones privadas, con pago de bolsillo, porque no se garantiza control rutinario en el sistema público en todas las ocasiones en que es necesario.

6. Sin certeza de que el paciente se administre insulina, aunque lo requiera

En todos los CS visitados, el desabasto de medicamentos, especialmente insulina, es un problema constante. La variabilidad en la disposición es importante, en algunos CS experimentan escasez durante meses o incluso años. Algún médico apuntó que, él la recetaba, pero no sabía si el paciente la podía adquirir o no, en caso de no ser surtida en el CS. En ciertos casos, la insulina se otorga en hospitales, donde el problema de desabasto es menor.

En menor medida, también ocurre desabasto en hipoglucemiantes orales, parece que de forma más intermitente que con la insulina. El desabasto de insulina es tan común, que incluso llega a considerarse como algo “normal”. Hasta el punto de no anotarse como una variación de la VAI, en lo contemplado para la atención a los pacientes con diabetes.

7. Deficiencia en la prevención de complicaciones

La falta de valoración de fondo de ojo en prácticamente todos los CS es alarmante. Además de la problemática expuesta, se suma déficit en las exploraciones recomendadas para detección temprana y prevención de complicaciones. La valoración de fondo de ojo, crucial para la detección temprana de retinopatía diabética, no se lleva a cabo de forma rutinaria. Las razones son de tres tipos:

Por una parte, los médicos no creen tener destreza suficiente para hacerlo. Hubo capacitación con oftalmólogos para realizarla, aunque no para todos los CS, ya que se identificó como problema durante la construcción de la VAI, pero fue claramente insuficiente. La inseguridad de los profesionales se manifiesta con afirmaciones como la de no realizar la exploración por si el paciente tiene glaucoma y estarían contraindicadas las gotas para dilatación de la pupila. Algún médico en uno de los CS envía al paciente a consulta especializada de oftalmología para esta exploración, que debería —teóricamente— realizarse en los CS, que, además, están dotados en su mayoría de oftalmoscopio.

Otra causa para explicar la no realización de esta exploración es la ausencia de las condiciones estructurales necesarias. En algunos CS, en los que sí estarían dispuestos a realizarla, se comentó que en ningún lugar en el CS puede lograrse el nivel de

oscuridad requerido para la exploración correcta. No hay cortinas, o no proporcionan el suficiente nivel de oscuridad.

Una tercera y recurrente causa es desabasto de gotas para provocar la midriasis. Ante la petición insistente de este insumo, en una de las unidades (en realidad una UNEME de crónicos), algún personal directivo respondió que realizaran la exploración sin dilatación de la pupila (SIC).

La deficiente detección temprana de la retinopatía diabética es un ejemplo paradigmático del casi ausente control de las complicaciones, sumado al control deficiente de la enfermedad, que favorece a su vez la aparición de complicaciones. Estudios epidemiológicos realizados en otros estados mexicanos (Chiapas, Querétaro, Nuevo León), mostraron prevalencias de retinopatía diabética en el 22.5 al 38.9% de pacientes diabéticos >50 años.⁵ La retinopatía diabética es una de las principales causas de ceguera en México, además, la diabetes en sí misma incrementa de dos a cinco veces la probabilidad de desarrollar cataratas a edad más temprana, y duplica el riesgo de glaucoma de ángulo abierto.⁶

CONCLUSIONES

La implementación de las VAI, en unidades de primer nivel de atención, ha mostrado desafíos estructurales y organizacionales. Si bien, el proyecto desarrollado se basa fundamentalmente en la mejora de los procesos, lo cual se ha señalado en la literatura como el enfoque que contribuye más a la mejora de la atención,⁷ al proporcionar un marco para la estandarización y mejora de la atención basado en la evidencia, su efectividad está estrechamente vinculada a un proceso adecuado de gestión de recursos, lo cual se ha señalado como necesario para poder garantizar que existen las condiciones para que se proporcione una atención de calidad,⁸ además, de la importancia de la sensibilidad del personal estratégico y operativo ante los principales problemas de salud de la población y una atención centrada en la persona, la familia y la comunidad. La insuficiencia de recursos humanos especializados y la rotación del personal dificultan la continuidad de la atención, especialmente en aspectos cruciales como el apoyo psicológico, nutricional y la promoción de actividad física, aspectos que de no llevarse a cabo no se puede considerar como una atención integral repercutiendo en el control metabólico de estos pacientes.

Adicionalmente, la disminución y en algunos casos suspensión de los servicios de detección y seguimiento durante la pandemia de COVID-19, ha ocasionado limitaciones en el acceso a insumos, medicamentos y equipos básicos para el monitoreo adecuado, como la hemoglobina glicosilada. Esta situación no solo dificulta el cumplimiento de las recomendaciones de atención, sino que desincentiva a los pacientes de utilizar los servicios públicos, provocando que algunos opten por servicios privados a un costo personal significativo.

Las experiencias documentadas indican que, para lograr una implementación efectiva de las VAI, se requiere de un sistema de salud más resiliente, con optimización en la planificación y distribución de recursos. Estudios han enfatizado que la calidad en la atención a enfermedades crónicas depende no solo de la disponibilidad de tecnología y personal calificado, sino también de sistemas de referencia y contrarreferencia bien integrados y de una política de abastecimiento de insumos consistente.^{9,10}

Las lecciones aprendidas a lo largo de este proyecto y de la información obtenida en las visitas a los CS y entrevistas con personal operativo, lleva más allá de los habituales enfoques epidemiológicos centrados en la descripción de frecuencias y factores de riesgo de la enfermedad y sus complicaciones. Nos lleva al terreno de las causas ligadas al sistema de salud, los ¿por qué ocurren las cosas? y los ¿cómo podrían mejorarse? mejorando estas causas, completamente atribuibles al sistema de salud y la forma en la que se gestiona, sería mucho más factible mejorar la actitud y colaboración del personal de salud hacia la mejora de la atención a los pacientes con diabetes.

Esta situación sugiere mantener activa la iniciativa de la VAI, capacitar al personal nuevo, y poner de manifiesto ante el nuevo personal directivo la problemática existente para contribuir a la búsqueda de soluciones factibles que permitan garantizar contar con recursos necesarios y la óptima organización de estos para mantener un adecuado proceso de atención en beneficio del paciente que vive con diabetes mellitus.

REFERENCIAS

1. Abdi A, Jalilian M, Sarbarzeh PA, Vlaisavljevic Z. Diabetes and COVID-19: A systematic review on the current evidences. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]; agosto de 2022 [acceso

2022/agosto/09]; 166:108347. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7375314/>

2. Avalos García MI, López Ramón C, Morales García MH, Priego Álvarez HR, Garrido Pérez SMG, Cargill Foster NR. Calidad en el control de la diabetes mellitus en unidades de atención primaria de México. Un estudio desde la perspectiva de la familia de los pacientes. *Aten Primaria* [Internet]. 1 de enero de 2017 [acceso 2022/agosto/09];49(1):21-7. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716301408>

3. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Gaona Pineda EB, Lazcano-Ponce E, Martínez-Barnetteche J, Alpuche-Arana C, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2021. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf>

4. Saturno-Hernández PJ. Cómo lograr la excelencia en la atención sanitaria: Construcción, implementación y evaluación de Vías Clínicas. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2018. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/2018/Docs/180914_ManualVias_Clinicas.pdf

5. Van Lansingh. Costo de la Retinopatía Diabética en México. *The International Agency for the Prevention of Blindness. Boletín* [Internet]. Epub 16 septiembre de 2021 [acceso 2022/agosto/09. Disponible en: <https://www.iapb.org/news/costo-de-la-retinopatia-diabetica-en-mexico/>

6. Jiménez-Sierra Juan Manuel, Cano-Hidalgo René, Flores-Peredo Vanessa, Fromow-Guerra Jans, García-Aguirre Gerardo, García-Franco Renata et al. Primer consenso nacional de edema macular diabético. *Rev. mex. oftalmol* [Internet] 2021; [acceso 2022/agosto/09] 95(Suppl 1): 1-118. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2604-12272021000700001&lng=es. Epub 06-Jun-2022. <https://doi.org/10.24875/rmo.m21000206>

7. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988 Sep 23;260(12):1743-8

8. Saturno-Hernández PJ. Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2015. Disponible en: <https://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-anteriores-2010/4071-mejora-calidad-servicios-salud.html>

9. Avalos García MI, López Ramón C, Morales García MH, Priego Álvarez HR, Garrido Pérez SM, Cargill Foster NR. Calidad en el control de la diabetes mellitus en unidades de atención primaria de México. Un estudio desde la perspectiva de la familia de los pacientes [Quality in diabetes mellitus control in Primary Care Units in Mexico. A study of the perspectives of the patient's family]. *Aten Primaria*. 2017;49(1):21-27. doi: 10.1016/j.aprim.2016.02.012

10. Medina-Chávez JH, Vázquez-Parrodi M, Mendoza-Martínez P, Ríos-Mejía ED, de Anda-Garay JC, Balandrán-Duarte DA. Protocolo de Atención Integral: prevención, diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus 2 [Integrated Care Protocol: Prevention, diagnosis and treatment of diabetes mellitus 2]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2022;60 (Supl 1): S4-S18. Published 2022 Feb 7. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10395976/>



REVISTA CONAMED

Bibliotecas e Índices

Biblioteca electrónica de la Universidad de Heidelberg, Alemania

<https://ezb.uni-regensburg.de/ezeit/search.phtml?bibid=UBHE&colors=3&lang=de>

Biblioteca de la Universidad de Bielefeld, Alemania

<https://ub-bielefeld.digibib.net/eres>

Biblioteca de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Artes, Hochschule Hannover (HSH), Alemania

<https://www.hs-hannover.de/ueber-uns/organisation/bibliothek/literatursuche/elektronische-zeitschriften/?libconnect%5Bsubject%5D=23>

Biblioteca del Instituto de Investigaciones Biomédicas, UNAM

<http://www.revbiomedicas.unam.mx/>

Biblioteca del Instituto de Biotecnología UNAM

<http://www.biblioteca.ibt.unam.mx/revistas.php>

Biblioteca de la Universidad de Regensburg, Alemania

<https://ezb.uni-regensburg.de/>

Biblat (Bibliografía Latinoamericana en revistas de investigación científica y social) UNAM

<https://biblat.unam.mx>

CROSSREF

https://search.crossref.org/?from_ui=&q=2007-932X&sort=year

Fundación Ginebrina para la Formación y la Investigación Médica, Suiza

https://www.gfmer.ch/Medical_journals/Revistas_medicas_acceso_libre.htm

Google Académico

<https://scholar.google.es>

Library of the Carinthia University of Applied Sciences (Austria)

<https://ezb.uni-regensburg.de/ezeit/fl.phtml?bibid=FHTK&colors=7&lang=en>

Max Planck Institute for Comparative Public Law and International Law

<https://ezb.uni-regensburg.de/ezeit/index.phtml?bibid=MPIV&colors=7&lang=en>

PERIODICA (Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias) UNAM

<https://periodica.dgb.unam.mx>

Research Institute of Molecular Pathology (IMP)/ Institute of Molecular Biotechnology (IMBA) Electronic Journals Library, Viena, Austria

<https://ezb.uniregensburg.de/ezeit/index.phtml?bibid=IMP&colors=7&lang=n>

Scilit (scientific literature) base de datos de trabajos académicos

https://www.scilit.net/wcg/container_group/105018

Virtuelle Bibliothek Universität des Saarlandes, German

<https://ezb.uni-regensburg.de/ezeit/search.phtml?bibid=SULB&colors=7&lang=de>

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin WZB

<https://www.wzb.eu/de/literatur-daten/bereiche/bibliothek>

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES DIRIGIDAS AL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y DIRECTIVO DE UNIDADES DE SALUD



Otorga el acceso preferente, de acuerdo con sus necesidades, en los servicios hospitalarios y de consulta externa, con personal capacitado que brinde información adecuada sobre detección oportuna, factores de riesgo, enfermedades crónicas, discapacidades funcionales y autonomía.

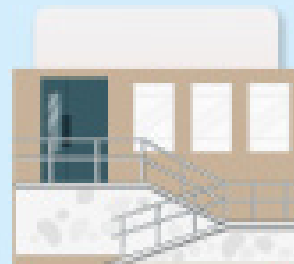


Diseña y aplica programas orientados en la atención, relativas a:

- Orientación nutricional.
- Atención odontológica.
- Apoyo psicológico.
- Prevención de caídas y accidentes.
- Fomento de actividades físicas, recreativas u ocupacionales.
- Rehabilitación integral.
- Autocuidado.



Capacita al personal, familiares y pacientes sobre la identificación de datos de alarma, prevención y educación para la salud.



Facilita el acceso a las instalaciones, adecuadas a sus condiciones, capacidades y limitaciones.

Fomenta una cultura de respeto y reconocimiento de los derechos humanos, libre de discriminación y violencia.



Instaura medidas que beneficien la atención multidisciplinaria centrada en las personas mayores, permitiéndole participar y tomar decisiones sobre su situación de salud.



Promueve la continuidad de la atención, agilizando los tiempos en la programación de estudios diagnósticos y consultas.



Actualiza y difunde información sobre los derechos y valores en beneficio de las personas mayores.



Elabora programas que estandaricen la atención entre los especialistas, con el fin de evitar la prescripción desproporcionada de medicamentos que puedan perjudicar la salud de las personas.

La polifarmacia puede aumentar las reacciones adversas y sintomatologías, obteniendo diagnósticos erróneos.



Referencia:
• Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, última reforma DOF 14-06-2004.
• PROYECTO de Norma Oficial Mexicana: PROY-NOM-011-SSA3-2018, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.
• Secretaría de Salud (Secretaría de Salud), "Comisión Cero de la Salud", Dirección General de Asistencia Social, Dirección de Atención de las Personas Mayores y reorientaciones para la vejez, congreso del CONAMED 2004, 2005, 2014.



CONAMED

COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

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

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

