

LA ACEPTACIÓN A LA
VACUNACIÓN CONTRA
INFLUENZA EN EL
PERSONAL DE SALUD

Artículos Originales

VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN
OBTENIDA DE LOS CERTIFICADOS
DE NACIMIENTO EN EL HOSPITAL
GENERAL DE GUANAJUATO

INCUMPLIMIENTO DE LOS
INDICADORES DE CALIDAD DE
ESTRUCTURA EN UNIDADES
DE LA DIRECCIÓN GENERAL
DE SALUD MUNICIPAL EN
ACAPULCO GUERRERO

NIVEL DE CORRESPONDENCIA
ENTRE LA FORMACIÓN
PROFESIONAL Y DESEMPEÑO EN
EL SERVICIO SOCIAL DE LOS
ALUMNOS DE LA LICENCIATURA
EN ENFERMERÍA DE UNA
UNIVERSIDAD PÚBLICA EN TABASCO

PERFIL SOCIOAFECTIVO
DE MÉDICOS INTERNOS
DE PREGRADO DE NUEVO
INGRESO A UN HOSPITAL
GENERAL DE SEGUNDO NIVEL

PERFIL DEL SUPERVISOR DE
ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD
MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

Artículo Especial

LA QUEJA MÉDICA RELATIVA A
LOS SERVICIOS DE GINECOLOGÍA
Y OBSTETRICIA EN MÉXICO,
2001-2015

Derecho Sanitario

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO
EN LA INVESTIGACIÓN MÉDICA

Artículo de Revisión

DESARROLLAR COMPETENCIAS
PARA GENERAR UNA CULTURA
DE SEGURIDAD DESDE LA
FORMACIÓN DE PREGRADO

REVISTA CONAMED

Volumen 23, Número 1, Enero - Marzo, 2018
Órgano Oficial de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico



MÉXICO

gob.mx/conamed

Mitla 250 - Piso 8, esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte,
Deleg. Benito Juárez, C.P. 03020, Ciudad de México

USO ADECUADO DE LOS MEDICAMENTOS

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO



No te automediques

Consulta siempre a tu médico. Puedes enmascarar, prolongar o empeorar alguna otra enfermedad.

Toma los medicamentos con agua

No utilices jugos, leche, café, alcohol o refrescos; porque pueden modificar el efecto del medicamento.

Sigue las indicaciones de la receta médica

Toma los medicamentos a la hora y dosis indicadas, durante el tiempo prescrito.

No abandones el tratamiento

Puedes alterar, prolongar o empeorar tu enfermedad.

Cuida tus medicamentos

Conserva los medicamentos en su empaque original en un lugar fresco y no los guardes en la cocina o el baño.

Cuidado con los antibióticos

Los antibióticos sólo los puede recetar un médico ya que su consumo sin una estrecha vigilancia médica puede causar daños a tu cuerpo.

Medicamentos vencidos

Si tu medicamento ya cumplió la fecha de caducidad no lo consumas, depositalo en los contenedores que puedes encontrar en clínicas, hospitales y farmacias.

Si tienes alguna duda, consulta a tu médico

www.gob.mx/conamed

Mitla 250, Narvarte, Ciudad de México 03020

01 (55) 5420 7000

Comisión Nacional De Arbitraje Médico conamed

@CONAMED_SALUD

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

conamedcontigo

Editorial

- La aceptación a la vacunación contra influenza en el personal de salud** 3-4
Rafael Arias Flores

Artículos Originales
5-11

- Validación de la información obtenida de los certificados de nacimiento en el Hospital General de Guanajuato**

Validation of the information obtained from birth certificates

Elia Lara Lona, Edel Rafael Rodea Montero, Dolores Ramírez Villalobos, Rafael Lozano

- Incumplimiento de los indicadores de calidad de estructura en unidades de la Dirección General de Salud Municipal en Acapulco, Guerrero**

Quality indicators non-fulfillment at the general community health directorate in Acapulco

Miguel Ángel Cuevas Budhart, Blanca Ruth González Martínez, Martina Ayala Torres, Xóchitl Castro Narváez, Crisantema Leyva Alvarado, Dora Lina Bahena Acevedo, Eva Barrera García

- Nivel de correspondencia entre la formación profesional y desempeño en el servicio social de los alumnos de la Licenciatura en Enfermería de una universidad pública en Tabasco** 17-20

Level of correspondence between the professional training and performance in the social service of the students of the Degree in Nursing of a Public University in Tabasco

Jocabed Sánchez Cruz, Crystell Guadalupe Guzmán Priego, Guadalupe del Carmen Baeza Flores

- Perfil socioafectivo de médicos internos de pregrado de nuevo ingreso a un hospital general de segundo nivel** 21-27

Socioaffective profile of internal pregrate physicians of new entrance to a general hospital of second level

Francisco Hernández Perez

- Perfil del supervisor de enfermería en una unidad médica de alta especialidad** 28-32

Nursing supervisor profile in a medical unit of high speciality

Norma Beatriz Villegas Gutiérrez, Martha Soto Arreola, José Meljem Moctezuma, Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez

Artículo Especial

33-42

- La queja médica relativa a los servicios de ginecología y obstetricia en México, 2001-2015**

The medical complaint regarding the services of gynecology and obstetrics in Mexico, 2001-2015

Sonia Beatriz Fernández Cantón, Jose Noé Rizo Amézquita

Derecho Sanitario

43-46

- El consentimiento informado en la investigación médica**

The informed consent in medical research

César Hernández Mier, Ma. Del Pilar Fonseca Leal, Juan Francisco Hernández Sierra, Anamaría Bravo Ramírez

Artículo de Revisión

47-50

- Desarrollar competencias para generar una cultura de seguridad desde la formación de pregrado**

Develop skills to generate a safety culture from undergraduate training

Rosalinda Garza Hernández, Ma. Concepción Meléndez Méndez, Fernanda González Salinas, María de los Ángeles Fang Huerta, Rosa Bohórquez Robles



Director General
Onofre Muñoz Hernández
Director Asociado
Miguel Ángel Lezana Fernández
Editor
José de Jesús Leija Martínez
Editores Asociados
Jessie Nallely Zurita Cruz
David Gabriel Luna Pérez

Comité Editorial

Marco Antonio de Stefano Sahagún

Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez

Carina Xóchitl Gómez Fröde

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Miguel Ángel Villasis Keever

Rafael Arias Flores

Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI,

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Jesús Reyna Figueroa

Hospital Central de Sur de Alta Especialidad, Petróleos Mexicanos, México

Fortino Solorzano Santos

Hospital Infantil de México Federico Gómez, México

Luis Alberto Villanueva Egan

Hospital General Cd. Obregón, México

Paola de Castro

Institute Superiore di Sanitá, European Association of Scientific Editors, Italia

María del Carmen Ruiz Alcocer

World Association Medical Editor, United States of America

Diana Talía Álvarez Ruiz

Manchester University, United Kingdom

Lucía del Carmen Vázquez Rocha

Nottingham University, United Kingdom

José Gabino Gerardo Aviles

University of Bristol, United Kingdom

Elysse Bautista González

University College London, United Kingdom

José Antonio Supo Condori

Sociedad Peruana de Bioestadística, Perú

Consejo Editorial

Juan Garduño Espinosa

Red Cochrane, México

Bremen De Mucio

Centro Latinoamericano de Perinatología, Uruguay

Edita Falco de Torres

Institute for Healthcare Improvement Open School, Capítulo Uruguay

Constantino González Quintana

Consultor externo en Universidades y Centros de Educación Superior, España

Guillermo Fajardo Ortíz

Facultad de Medicina, UNAM, México

Alicia Milan-Flanigan

University of Illinois, United States of America

Francisco Navarro Reynoso

Academia Mexicana de Cirugía, México

José Juan Sánchez González

Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública

Instituto Nacional de Administración Pública, México

Pedro Saturno Hernández

Universidad de Murcia, España

Nabinah Kara

Ariadne Labs, Harvard T.H. Chan School of Public Health,

United States of America

Gabriela Calderón Velázquez

Johns Hopkins University School of Medicine, United States of America

Leslie Molina Ramírez

Manchester University School of Medicine, United Kingdom



Jorge Collado, 2018

La REVISTA CONAMED está registrada en los siguientes índices:



medigraphic.org.mx



dialnet.unirioja.es/



dgb.unam.mx/index.php/



biblat.unam.mx/es/



latindex.org



imbiomed.com.mx



index-f.com/



bvs
biblioteca
virtual en salud

bvs.insp.mx



ebSCO.com



Acceso via EBSCOhost



OPEN ACCESS



Impresa en Papel Libre de Ácido
(Printed on Acid Free Paper)

REVISTA CONAMED, Año 23, No. 1, enero-marzo 2018, es una publicación trimestral editada por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, calle Lieja No. 7, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, Tel. 52 (55) 5062-1600, www.salud.gob.mx. Editor responsable: Dr. Onofre Muñoz Hernández, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2014-040110340300-203, ISSN: 2007-932X, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este Número, Dirección General de Difusión e Investigación CONAMED, Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández, calle Mitla, No. 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenio), Col. Vértiz Narvarte, Delegación Benito Juárez, C.P. 03020. Tels. 52 (55) 5420-7043, www.conamed.gob.mx, revista@conamed.gob.mx, fecha de última modificación, 8 de marzo de 2018.

Los artículos firmados son responsabilidad del autor. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. REVISTA CONAMED se publica bajo la política de Acceso Abierto (Open Access) y está disponible bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional, por lo que se permite compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra y hacer derivadas, citando la fuente.

La aceptación a la vacunación contra influenza en el personal de salud

Rafael Arias-Flores¹

1. Jefe de la División de Epidemiología Hospitalaria. Hospital de Pediatría “Dr. Silvestre Frenk Freund”, Centro Médico Nacional Siglo XXI. México.

En cada temporada invernal, es conocido el incremento de la tasa de mortalidad por neumonía e influenza en México. El 2009 dejó la experiencia en nuestro país de que no solo los extremos de la vida (menores de 5 y mayores de 60 años) están en riesgo de fallecer por influenza, pues en ese año la población que tuvo un incremento en la tasa de letalidad por influenza fue precisamente la población entre 5 y 59 años.¹

Es por esto, que está recomendado internacionalmente una vacunación masiva que incluye a todos los grupos de edad, pero con énfasis en poblaciones como los niños de 6 a 59 meses; las personas de ≥ 50 años; adultos y niños que tienen enfermedades pulmonares crónicas (incluido el asma) o cardiovasculares (excepto la hipertensión aislada), trastornos metabólicos (incluida la diabetes mellitus); personas que están inmunocomprometidas por cualquier causa (incluida la inmunosupresión causada por medicamentos o por infección por VIH); mujeres que están o estarán embarazadas durante la temporada de influenza; niños y adolescentes (de 6 meses a 18 años) que están recibiendo medicamentos que contienen aspirina o salicilato y que podrían estar en riesgo de experimentar Síndrome de Reye después de la infección por el virus de la influenza; residentes de hogares de ancianos y otras instalaciones de cuidado a largo plazo; personas extremadamente obesas ($IMC \geq 40$) y personal de salud.²

Es evidente el impacto que ofrece la vacunación en el comportamiento de la influenza durante la época invernal, con un claro papel protector en la letalidad por dicha enfermedad. Se ha observado que la vacunación anual ofrece una protección superior a solo haberse vacunado en la temporada invernal pasada, por lo que aquella persona que no se vacune anualmente está en riesgo de desarrollar influenza y sus complicaciones.^{3,4}

Sin embargo, a pesar de estas evidencias, existe un rechazo marcado por la vacunación en toda la población, incluso el grupo que teóricamente conoce mejor las posibles complicaciones y el beneficio de la vacuna, el personal de salud. Es tan grave este rechazo en este grupo, que se han identificado brotes hospitalarios en el que la falta de vacunación del personal de salud fue uno de los riesgos presentes. Es por esto que la vacunación en el trabajador de la salud en algunas organizaciones se considera una obligación y no una opción, y sin embargo, aun a pesar de estas estrategias continúa siendo un problema la baja aceptación de la vacuna en el trabajador.⁵

En el estudio de dicho fenómeno, se ha identificado que a pesar de ser personal de salud, la principal barrera para la vacunación sigue siendo la desinformación, en la que destacan muchas inquietudes sobre la seguridad de la vacuna, temiendo diversos efectos adversos entre los que está un cuadro gripal similar a la influenza posterior a la vacuna.

* Correspondencia: RAF, rafael.arias@imss.gob.mx

Conflicto de intereses: El autor declara que no tiene.

Citar como: Arias-Flores R. La aceptación a la vacunación contra influenza en el personal de salud Rev CONAMED 2018; 23(1): 3-4.

Este desconocimiento es compartido tanto por médicos y enfermeras, aun a pesar de que el evento adverso más frecuentemente identificado es el dolor en el sitio de inyección. Entre otros malos conceptos sobre la enfermedad y la vacuna se encuentra que el propio personal de salud no ve la influenza como una enfermedad grave o que se sientan en riesgo de contraer el virus, lo que ocasiona que no vean la vacunación contra la influenza como una prioridad.⁶ Incluso, se ha identificado que los propios médicos rechazan la vacunación por razones como desconocer la indicación, o creer que la propia exposición con los pacientes produce inmunidad.

En conclusión, todas las recomendaciones que se han investigado, apuntan a que la mejor estrategia es la difusión enfocada en aclarar esta desinformación y el riesgo que conlleva no vacunarse en cada temporada invernal, que puede resultar en situaciones graves como la propia muerte o situaciones éticas como ser un foco de infección a la población que prometió proteger, el paciente.^{7,8}

REFERENCIAS

1. Charu V, Chowell G, Palacio Mejia LS, Echevarría-Zuno S, Borja-Aburto VH, Simonsen L, et al. Mortality burden of the A/H1N1 pandemic in Mexico: a comparison of deaths and years of life lost to seasonal influenza. *Clin Infect Dis.* 2011;53(10):985-93.
2. Grohskopf LA, Sokolow LZ, Broder KR, Walter EB, Bresee JS, Fry AM, et al. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices - United States, 2017-18 Influenza Season. *MMWR Recomm Rep.* 2017; 66(2):1-20
3. Ramsay LC, Buchan SA, Stirling RG, Cowling BJ, Feng S, Kwong JC, et al. The impact of repeated vaccination on influenza vaccine effectiveness: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 2017; 15(1):159.
4. Flannery B, Reynolds SB, Blanton L, Santibanez TA, O'Halloran A, Lu PJ, Chen J, et al. Influenza Vaccine Effectiveness Against Pediatric Deaths: 2010-2014. *Pediatrics.* 2017;139(5).
5. Abigale L. Ottenberg, Joel T. Wu, Gregory A. Poland, et al. Vaccinating health care workers against influenza: the ethical and legal rationale for a mandate. *Am J Public Health.* 2011;101(2): 212-216.
6. Smith S, Sim J, Halcomb E. Nurses' knowledge, attitudes and practices regarding influenza vaccination: an integrative review. *J Clin Nurs.* 2016;25(19-20):2730-44.
7. Collange F, Verger P, Launay O, Pulcini C. Knowledge, attitudes, beliefs and behaviors of general practitioners/family physicians toward their own vaccination: A systematic review. *Hum Vaccin Immunother.* 2016;12(5):1282-92.
8. Schmidt S, Saulle R, Di Thiene D, Boccia A, La Torre G. Do the quality of the trials and the year of publication affect the efficacy of intervention to improve seasonal influenza vaccination among healthcare workers?: Results of a systematic review. *Hum Vaccin Immunother.* 2013;9(2):349-61.

Validación de la información obtenida de los certificados de nacimiento en el Hospital General de Guanajuato

Validation of the information obtained from birth certificates

Elia Lara-Lona¹, Edel Rafael Rodea-Montero², Dolores Ramírez-Villalobos³, Rafael Lozano⁴

1 Departamento de Medicina y Nutrición, Universidad de Guanajuato, México. 2 Departamento de Investigación, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, México. 3 Centro Colaborador OMS/OPS en Investigación en Lesiones y Violencia. Instituto Nacional de Salud Pública, México. 4 Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, USA.

RESUMEN

Introducción: El objetivo de este estudio fue cuantificar la concordancia entre la información registrada en el Subsistema de Información de Nacimientos (SINAC) y los datos del expediente clínico en el Hospital General de Guanajuato (HGG). **Métodos:** Se determinaron la sensibilidad y la especificidad de algunas variables de interés epidemiológico considerando los datos de los registros médicos como estándar de oro. Se realizó un estudio observacional, transversal de mayo a diciembre de 2012. Se utilizó la prueba estadística asociada al Índice de Kappa de Cohen (IK). Se analizaron 382 expedientes. Se utilizaron R y Epidat 4.0. **Resultados:** La concordancia fue casi perfecta para las variables: tipo de parto, sexo del producto, peso al nacer y Apgar. Las variables semanas de gestación y Silverman-Andersen (SA) tuvieron fuerzas de concordancia moderadas, con un IK de 0.59 (IC95% 0.42-0.75) y 0.47 (IC95% 0.29-0.65) respectivamente. En todos los casos los resultados fueron estadísticamente significativos $p < 0.001$. La sensibilidad del SINAC para registrar las semanas de gestación (SDG) fue de 65%, con una especificidad de 97%, un VPP de 58% y un VPN de 98%. La sensibilidad del SINAC para registrar el SA fue de 96%, con una especificidad de 57%, un VPP de 97% y un VPN de 44%. **Conclusiones:** La concordancia de las variables analizadas es alta, lo que permitiría utilizar con cierta confianza los datos del SINAC en el HGG, sin embargo se debe de tener cuidado en las interpretaciones de SDG y de la medición de riesgo respiratorio con la escala de SA.

Palabras clave: Certificado de nacimiento, estadísticas vitales, expediente clínico, nacimientos vivos, sistemas de información, validación.

ABSTRACT

Introduction: The aim of this study was to quantify the agreement between the information registered in the Subsystem for Birth Information (SINAC) and medical record data in the Guanajuato General Hospital. **Methods:** The sensitivity and specificity of several epidemiologically relevant variables were determined by considering the data from medical records as the gold standard. A cross-sectional, observational study was performed between May and December 2012. Kappa index statistics (KI) were used. In total, 382 records were analyzed using R and Epidat 4.0. **Results:** The agreement was almost perfect for variables such as type of birth, sex, birth weight, and Apgar scores. Variables such as number of weeks of gestation and Silverman-Andersen (SA) score moderately agreed in both data sets, with a KI of 0.59 (95% IC 0.42 to 0.75) and 0.47 (95% IC 0.29 to 0.65) respectively. In all cases, the results were statistically significant $p < 0.001$. SINAC sensitivity to records of the WG was 65%, with a specificity of 97%, a PPV of 58% and NPV of 98%. SINAC sensitivity to register the S-A was 96%, with a specificity of 57%, a PPV of 97% and NPV of 44%. **Conclusions:** The agreement of the variables analyzed is high, allowing us to use the data from SINAC of the GGH with some confidence. However, care must be taken in the interpretation of the number of weeks of gestation and respiratory risk measured on the Silverman-Andersen scale.

Key words: Birth certificates data, live births, information systems, medical records, sensitivity, validity, vital statistics.

* Correspondencia: ELL, elia.lara@ugto.mx

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Lara-Lona E, Rodea-Montero ER, Ramírez-Villalobos D, Lozano R. Validación de la información obtenida de los certificados de nacimiento en el Hospital General de Guanajuato. Rev CONAMED 2018; 23(1): 5-11.

[Validation of the information obtained from birth certificates]

INTRODUCCIÓN

Las estadísticas de los nacimientos permiten identificar los elementos para realizar el análisis de la fecundidad, la dinámica poblacional, evaluar el desempeño de algunos programas de salud como el de salud reproductiva y cobertura de servicios, así como conocer y estimar las condiciones sociales y económicas de la población.^{1, 2, 3, 4}

Los registros de nacimientos se instauran con el Registro Civil en 1857 pero no es sino hasta 1883 cuando la Secretaría de Fomento, Colonización, Industria y Comercio de la República expidió el reglamento para organizar las estadísticas generales de la nación y a partir del 2007 con la firma del convenio de colaboración entre la Secretaría de Gobernación y la Secretaría de Salud y la reforma a la Ley General de Salud se formalizó la utilización del Certificado de Nacimiento (CN) en las unidades del Sistema Nacional de Salud para ser llenado por las personas autorizadas.^{5, 6, 7}

Gracias a los avances tecnológicos los datos registrados en los CN son capturados en el Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) el cual inició operaciones en el año 2007 y cuyo objetivo es poner a disposición información sobre los nacidos vivos de manera más oportuna.^{8, 9, 10, 11}

La información generada y disponible públicamente está siendo empleada por tomadores de decisiones y por investigadores de diversas áreas, sin que éstos conozcan la precisión de la información utilizada. Los resultados de las investigaciones de salud materna y perinatal a menudo han implicado el análisis secundario de los certificados de nacimiento lo cual hace que la validez de los resultados dependa de la precisión de los datos subyacentes.¹²

Los errores en los datos de los certificados de nacimiento podrían dar lugar a la imposibilidad de determinar con validez los valores de los indicadores de salud a medir además los errores sistemáticos podrían causar resultados falsos ya sean positivos o negativos.

En general los sistemas de información se llevan un tiempo en la consolidación particularmente la información registrada en el SINAC de los años 2008-2010 puede considerarse de uso limitado ya que fue el periodo para el diseño, realización e implementación de los manuales de procedimiento y para el fortalecimiento de la logística en la distribución, recolección y captura de los certificados de nacimiento; en este sentido se considera que a partir de 2011 el SINAC es un sistema más consistente internamente pero ello no significa que la calidad de los datos sea buena particularmente la validez y la confiabilidad. A la fecha no existen estudios en México que evalúen la calidad de la información del SINAC y determinen su validez y concordancia con los datos contenidos en el expediente clínico (EC).

Por otro lado varios estudios locales, estatales y regionales realizados en Estados Unidos de América y Brasil han evaluado la validez y la concordancia entre los datos de los certificados de nacimiento con otras fuentes de información incluyendo los registros médicos con el objeto de conocer la validez y la concordancia de los datos. Estos autores hacen referencia a estudios donde encontraron que la información

de los CN es variable y concluyeron que el uso de los datos para diseñar políticas públicas debía ser tomado con precaución.^{13, 14, 15, 16}

A fin de contar con conocimiento sobre la validez y la concordancia que se pueda interpretar en el uso de los datos secundarios de los certificados de nacimientos se planteó un estudio para cuantificar la validez y la concordancia entre la información registrada en el SINAC y los datos del EC en el Hospital General de Guanajuato (HGG) para ello se determinaron la sensibilidad y la especificidad de algunas variables de interés epidemiológico considerando los datos de los registros médicos como estándar de oro.

METODOLOGÍA

Hospital y Notas médicas. Los registros médicos en el HGG se realizan de conformidad con la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico y adicionalmente las áreas de Gineco-Obstetricia y Pediatría diseñaron e implementaron el formato de historia clínica obstétrica (HCO) y la historia clínica del recién nacido (HCRN). No existe un proceso estandarizado en el HGG para medir y registrar las Semanas de Gestación (SDG) ya que puede realizarse por fecha de última menstruación (FUM), por ultrasonido (FUS) o por fondo uterino (FU) y pueden ser registradas por médicos generales o especialistas en ginecología y obstetricia dependiendo del servicio y turno de que se trate. Al momento del nacimiento son estimadas por Capurro por los médicos pediatras. Tanto las notas médicas como los formatos y los CN son realizados manualmente.

Observaciones directas realizadas por el investigador principal en las áreas clínicas del HGG indican que generalmente los médicos internos realizan la medición antropométrica del recién nacido (RN) así como los registros y notas clínicas las cuales son posteriormente revisadas y firmadas por el médico adscrito. Dado que los médicos rotan por diferentes servicios, no es el mismo aquel que realiza las notas en la HCO que aquel que registra los datos en la HCRN o en el CN.

El HGG también implementó un procedimiento previo a este estudio para disminuir el número de CN que se cancelaban, para facilitar la captura en SINAC y para acelerar el registro del RN ante el Registro Civil para ser beneficiario de los programas sociales y de salud.

Dicho procedimiento consiste en dos etapas: 1) verificación de los datos por la madre (entrevista directa a la madre, hacerle la lectura en voz alta para corroborar los datos y la lectura por parte de la madre) y 2) verificación por el área de pediatría para que ningún CN tenga tachaduras, enmendaduras o campos vacíos. Con más de tres errores el CN se cancela y debe elaborarse uno nuevo. Los CN son enviados al área de captura diariamente.

Colección de datos. Nuestro estudio usó los registros médicos y los datos del SINAC del HGG. La base de datos de los registros médicos se utilizó para realizar únicamente la selección de los EC del estudio. Del total de nacidos vivos en 2012 se hizo una selección sistemática 1 de cada 3 registros, de éstos se tomó el número de EC para hacer la

búsqueda física en el archivo. Se realizó captura directa de la siguiente manera: para los datos de la madre se utilizaron la nota de ingreso al servicio de ginecología y obstetricia y de la HCO, para los datos del RN se tomaron de la HCRN. Para las SDG se tomaron las registradas en la HCO. Esta captura fue realizada por el investigador principal e integrada en una base de datos en Excel, no se consideró necesario realizar un proceso de recaptura. Tomando como código verificador el número de folio del CN se buscaron en SINAC los datos correspondientes y se conformó una base de datos. Para la determinación de la concordancia entre la información obtenida fue realizado un pareamiento caso a caso con las respectivas variables en ambas bases de datos.

Para este estudio se tomaron en cuenta aquellas variables de importancia epidemiológica que fueran medidas de manera sistemática tanto en los registros médicos como en el producto final de la captura de los CN siendo los datos de la madre (edad, número de embarazos) del embarazo (SDG y tipo de parto) y del producto (sexo, peso, talla, Apgar^{17,18} a los 5 minutos y Silverman-Andersen¹⁹).

La información de las estadísticas de nacimientos de nuestro estudio fue obtenida del producto final de la captura del CN en el SINAC y fue comparada con los datos de los registros médicos. Figura 1.

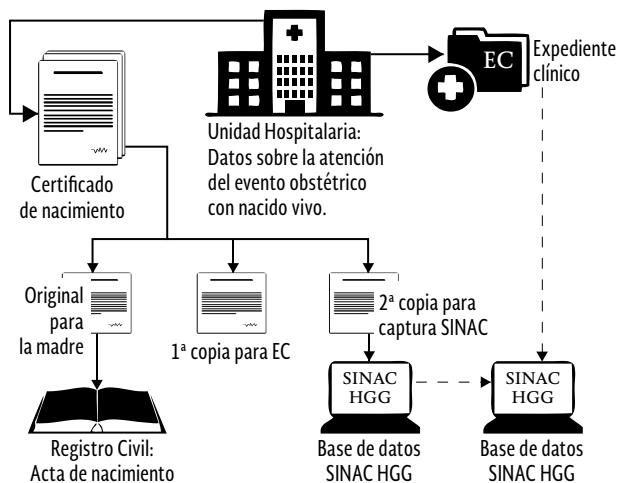


Figura 1. Diagrama de flujo de los datos generados en la atención del evento obstétrico.

Población y muestra. Se realizó un estudio observacional, transversal de mayo a diciembre del 2012. La población de estudio la constituyeron todos los nacimientos registrados en el HGG. Se calculó una muestra representativa con base en una población total de 2 mil 506 egresos obstétricos en el HGG en el año 2012, considerando una proporción del 50% de expedientes con los datos completos, un error del 4% en dicha proporción y una confianza del 90%; se obtuvo un tamaño de muestra hipotético de 362 que al ajustar con un 6% esperado de pérdidas resultó en n=386. En el caso de las variables estudiadas, se construyeron intervalos de confianza del 95% y en todas las pruebas se fijó un nivel de significancia $\alpha=0.05$.

Análisis de Datos. La información fue codificada, capturada y sistematizada en una base de datos y para su análisis se utilizó el software estadístico R.²⁰

Se hizo estadística descriptiva para obtener las medidas de tendencia central y dispersión en variables cuantitativas; para las variables continuas, con el fin de poder determinar las diferencias entre grupos, se realizó la prueba de t-student y en el caso de no garantizarse la normalidad se realizó la prueba U de Mann-Whitney. En el caso de las variables discretas para determinar diferencias entre grupos se realizó la prueba de Chi-cuadrada.

Las concordancias de las variables seleccionadas entre el SINAC y los registros médicos fueron examinadas con la prueba estadística asociada, el índice de Kappa de Cohen (IK). El IK puede tomar valores entre 0 y +1. Mientras más cercano a +1 mayor es el grado de concordancia. Para evaluar la fuerza de la concordancia se utilizó la valoración de Landis y Koch, 1977²¹ (0.0 Pobre, 0.01 – 0.20 leve, 0.21 – 0.40 aceptable, 0.41–0.60 moderada, 0.61–0.80 considerable, 0.81–1.00 casi perfecta). Para determinar la significancia del IK se implementó una prueba que considera $H_0: K=0$ y $H_1: K\neq 0$ con un nivel de significancia alfa de 0.05. Para este análisis de las variables se utilizó EPIDAT 4.0²².

Se construyeron tablas de contingencia y se calcularon la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo (VPP) y el valor predictivo negativo (VPN) del SINAC comparado con el estándar de oro para SDG, tipo de parto, sexo, peso, Apgar y Silverman Andersen (SA). En aquellas variables donde se observaron concordancias moderadas se ampliaron las categorías para identificar las diferencias con mayor detalle.

El presente trabajo fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del HGG. Se obtuvo consentimiento de las autoridades correspondientes para el acceso a los registros de los expedientes médicos, así como la base de datos del SINAC. Esta investigación no recibió financiamiento por parte de ninguna organización pública, comercial o no gubernamental.

RESULTADOS

En el municipio de Guanajuato, ocurrieron 3 mil 538 nacimientos durante el año 2012, más del 55% fueron de madres entre 20 y 29 años de edad, el 52% eran casadas, 51% tenían secundaria o bachillerato completo, el 74% son amas de casa con trabajo no remunerado. El 99% de las madres tuvieron control prenatal.

De estos nacimientos el 94% tuvieron una edad gestacional entre 37 a 41 SDG, el 60% fueron por parto eutóxico, 52% de los productos fueron masculinos, el 70% tuvieron un peso entre 2 mil 500 y 3 mil 499 g. Al 98% les fue entregado el CN antes de un día.

El estudio se realizó en el HGG que es de enseñanza cuenta con 60 camas censables, 18 son del servicio de ginecología y obstetricia, tiene médicos internos de pregrado que rotan cada dos meses por los diferentes servicios incluyendo pediatría y ginecología y obstetricia. Se atienden alrededor de 2 mil 800 eventos obstétricos anualmente incluyendo los abortos. Los servicios de ginecología y pediatría están cubiertos por

ocho médicos ginecólogos y obstetras, ocho pediatras y un neonatólogo. No hay residentes para estos servicios.

De un total de 386 nacimientos registrados solo se incluyeron para el análisis 382 debido a que en 4 casos se detectó

duplicidad de los EC. Basados en la información de los registros médicos y el SINAC no hubo diferencias estadísticamente significativas en las variables de la madre, tipo de parto ni en las del producto. Tabla 1.

		EC (n=382)	SINAC (n=382)	Valor de p.
MADRE				
Edad (años, media, DE)		24.13 (± 6.26)	24.2 (± 6.21)	p=0.8 ^a
Semanas de Gestación (media, DE)		38.87 (± 1.96)	38.88 (± 1.83)	p=0.9 ^a
Semanas de Gestación (≤ 36 semanas) (n, %)		23 (6.05%)	26 (6.81%)	p=0.7 ^b
Semanas de Gestación (> 36) (n, %)		357 (93.95%)	356 (93.19%)	p=0.7 ^b
Número de embarazos (mediana, Q1-Q3)		2 (1-3)	2 (1-3)	p=0.9 ^c
Vaginal (n, %)		275 (71.99%)	275 (71.99%)	p=1.0 ^b
Cesárea (n, %)		107 (28.01%)	107 (28.01%)	p=1.0 ^b
PRODUCTO				
Masculino (n, %)		200 (52.36%)	200 (52.36%)	p=0.9 ^b
Femenino (n, %)		182 (47.64%)	182 (47.64%)	p=0.9 ^b
Peso (gramos, media, DE)		3183.12 (± 505.88)	3180.1 (± 507.89)	p=0.9 ^a
Peso (≤ 2500 (n, %)		26 (6.81%)	27 (7.07%)	p=0.9 ^b
Peso (> 2500 (n, %)		356 (93.19%)	355 (92.93%)	p=0.9 ^b
Talla (cm, media, DE)		49.5 (± 3.2)	49.44 (± 3.17)	p=0.8 ^a
Apgar a los 5 min (mediana, Q1-Q3)		9 (9-9)	9 (9-9)	p=0.4 ^c
Apgar (9-10) (n, %)		366 (96.06%)	368 (96.34%)	p=0.8 ^b
Apgar (0-8) (n, %)		15 (3.94%)	14 (3.66%)	p=0.8 ^b
Silverman-Andersen (mediana, Q1-Q3)		0 (0-0)	0 (0-0)	p=0.4 ^c
Silverman-Andersen (0) (n, %)		352 (94.37%)	355 (92.93%)	p=0.4 ^b
Silverman-Andersen (1-10) (n, %)		21 (5.63%)	27 (7.07%)	p=0.4 ^b

DE: Desviación estándar.
Q1-Q3: Rango intercuartilar.

^a Prueba de t de Student.

^b Prueba de Chi-cuadrada.

^c Prueba de U de Mann-Whitney.

Tabla 1. Características de la madre y del producto agrupadas por fuente de información.

La tabla 2 resume la concordancia, sensibilidad, especificidad, VPP y VPN tomando en cuenta los valores inválidos para cada variable según fuente de información. Para los registros médicos se reportan 2 (0.52%) valores inválidos en SDG, 1 (0.26%) en Apgar y 9 (2.35%) para SA. Ningún valor inválido en los datos del SINAC.

La concordancia fue casi perfecta para tipo de parto, sexo del producto, peso al nacer y el Apgar. Las SDG y el SA tuvieron fuerzas de concordancia moderadas, con un IK de 0.59

(IC95% 0.42-0.75) y 0.47 (IC95% 0.29-0.65) respectivamente. En todos los casos los resultados fueron estadísticamente significativos p<0.01. La sensibilidad del SINAC para registrar las SDG fue de 65%, con una especificidad de 97%, un VPP de 58% y un VPN de 98%. La sensibilidad del SINAC para registrar el SA fue de 96%, con una especificidad de 57%, un VPP de 97% y un VPN de 44%. Para estas variables se ampliaron las categorías con el objeto de identificar con mayor precisión las inconsistencias, las cuales se pueden observar en las tablas 3 y 4.

Variable	IK (IC 95%)	Valor p	Fuerza de concordancia	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
Semanas de gestación (≤ 36 semanas)	0.59 (0.42-0.75)	p<0.01	Moderada	0.65	0.97	0.58	0.98
Tipo de parto (Vaginal)	0.97 (0.95-0.99)	p<0.01	Casi perfecta	0.99	0.98	0.99	0.98
Sexo del RN (Masculino)	0.98 (0.96-0.99)	p<0.01	Casi perfecta	0.99	0.99	0.99	0.99
Peso al nacer (≤ 2500 grs)	0.98 (0.94-1.00)	p<0.01	Casi perfecta	1.00	1.00	0.96	1.00
Apgar (9-10)	0.82 (0.66-0.98)	p<0.01	Casi perfecta	0.99	0.80	0.99	0.86
Silverman-Andersen (0)	0.47(0.29-0.65)	p<0.01	Moderada	0.96	0.57	0.97	0.44

Tabla 2. Concordancia, Sensibilidad, Especificidad, VPN y VPP entre EC y SINAC.

SINAC	Expediente clínico					IK (IC 95%)	Valor p
	Sin registro	(≤36 semanas)	(>36 y <39 semanas)	(≥39 semanas)	Total		
Sin Registro	0	0	0	0	0	0.46 (0.37-0.55)	p<0.01
(≤36 semanas)	0	15	11	0	26		
(>36 y <39 semanas)	1	4	59	31	95		
(≥39 semanas)	1	4	50	206	261		
Total	2	23	120	237	382		

Tabla 3. Tabla de contingencia para las semanas de gestación según EC y SINAC.

SINAC	Expediente clínico						IK (IC 95%)	Valor p
	Sin registro	0	1-3	4-6	7-10	Total		
Sin registro	0	0	0	0	0	0	0.39 (0.22-0.55)	p<0.01
0	9	337	6	0	3	355		
1-3	0	15	11	0	0	26		
4-6	0	0	0	1	0	1		
7-10	0	0	0	0	0	0		
Total	9	352	17	1	3	382		

Tabla 4. Tabla de contingencia para el Silverman-Andersen según EC y SINAC.

Se amplió la categorización de las SDG (≤ 36 , >36 a <39 semanas y ≥ 39 semanas). La fuerza de concordancia se mantuvo en moderada, sin embargo el IK bajó de 0.59 a 0.46 (IC 95% 0.37-0.55). Para la variable de SA se categorizó de la siguiente manera: 0, 1-3, 4-6, 7-10. La fuerza de concordancia bajó a aceptable con un IK de 0.47 a 0.39 (IC 95% 0.22-0.55). En ambos casos se identificaron aquellos datos sin registro y el valor de p fue estadísticamente significativo.

Se observa que se registraron 2.9% (11 registros) en EC como SDG de 36-39 semanas y en el SINAC fueron registrados como ≤ 36 semanas; 8.1% (31 registros) en EC como ≥ 39 fueron registrados como 36-39 semanas en el SINAC y 13.1% (50 registros) en EC como 36-39 semanas fueron registrados como ≥ 39 semanas en SINAC.

Para la variable SA en el EC en 2.35% (9 registros) no se registraron los valores pero correspondieron al valor de 0 (sin dificultad respiratoria) en el SINAC; 1.6% (6 registros) valorados entre 1-3 (con dificultad respiratoria leve) en el EC fueron registrados con valores de 0 (sin dificultad respiratoria) en el SINAC; 0.8% (3 registros) valorados entre 7-10 (con dificultad respiratoria grave) en el EC fueron registrados como 0 (sin dificultad respiratoria) en el SINAC y 3.9% (15 casos) registrados en el EC como 0 (sin dificultad respiratoria) fueron registrados con 1-3 (dificultad respiratoria leve) en el SINAC.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio sugieren que existe una buena concordancia entre los datos del EC y los del SINAC; sin embargo, debe tomarse con precaución ya que no fue posible analizar las características demográficas, control prenatal y los factores de riesgo dado que estos datos son difíciles de obtener de los registros médicos y existe inconsistencia en

el registro de los formatos y notas clínicas, situación que podría debilitar al EC como estándar de oro. Además, no existen procedimientos estandarizados establecidos para la medición de algunas variables, por ejemplo SDG, lo cual puede hacer que estos datos sean subestimados o sobreestimados dependiendo la forma y el momento en que se miden.

Comparaciones

Nuestros resultados son, de manera general, consistentes con estudios previos, en cuanto a tipo de parto, sexo del producto, peso al nacer y Apgar Zollinger y cols¹³ (2006) Furquim de Almeida y cols²³ (2006). Para las SDG los mismos autores tuvieron IK más altas 0.92 y 0.95 respectivamente; sin embargo, DiGiuseppe y cols²⁴ (2002) tuvieron IK de 0.79 para esta misma variable aunque ellos la categorizaron como <37 semanas y mayores. En ninguno de los estudios previamente señalados se midió el SA. Las diferencias en el tipo de estudio, tamaño de muestras, definición de las variables, y el tipo de medición limita que los resultados sean plenamente comparables con otros estudios.

Limitaciones y Fortalezas

En nuestro estudio se consideran varias limitaciones y fortalezas. Existen circunstancias propias del sistema hospitalario que pudieron haber influido en estos resultados, como la variabilidad en los procesos para la medición y captura de variables, los formatos, notas clínicas y el CN se realizan manualmente, que los responsables del llenado de los diferentes instrumentos tienen diferentes roles o niveles de preparación, con intereses diferentes sobre la importancia del registro adecuado, es un hospital de enseñanza y los médicos internos de pregrado cambian de servicio cada dos meses.

Las variables de SDG y SA en nuestro estudio tuvieron moderadas o aceptables concordancias que quizás se debieron a la variabilidad en los protocolos del hospital para realizar el cálculo de las SDG y a la confianza que da el hecho de que la mayoría de los RN no tienen dificultad respiratoria o es difícil hacer las valoraciones para calcular el SA, también puede deberse a que quienes hacen los registros en primera instancia es personal en formación.

Los errores en los datos de los CN pueden deberse a varias situaciones, ya sea por la carga de trabajo en las unidades de salud durante la atención del evento obstétrico, por situaciones inherentes a la interpretación de las variables a medir o por errores en la captura.

Por observaciones directas en las áreas clínicas nos percatamos que existen otros dos momentos en los cuales pueden generarse errores en los datos; uno muy importante es cuando la instancia civil identifica más de tres errores en el CN y este debe cancelarse para entregar uno nuevo lo cual ocurre generalmente un mes o más posterior al nacimiento lo que representa hacer una recaptura en el SINAC; el otro es precisamente al momento de la captura ordinaria del CN en el SINAC hecha por personal administrativo ya que se visualiza que las variables de SDG y de SA son interpretadas por esta área, quizás debido a que el SINAC no permite continuar con la captura si se dejan variables sin capturar.

Las situaciones mencionadas anteriormente obligan a que exista una revisión acuciosa del procedimiento y con base en ello proponer una metodología de validación posiblemente un estudio prospectivo, o estudio de casos y controles.

Retos

Las limitaciones de nuestro estudio se derivan del diseño, al ser transversal no es posible inferir causalidad y el hecho de realizarlo únicamente en una unidad hospitalaria impide que los resultados puedan extrapolarse al resto del sistema. Sin embargo el estudio cuenta con validez interna y permite replicar la metodología propuesta a nivel hospitalario, municipal, estatal, regional y nacional para contar con elementos que permitan validar la información contenida en el SINAC.

Realizar la captura directa del EC puede ser desalentador para realizar otros estudios; sin embargo, es posible sugerir estudios que analicen las fuentes oficiales de los EC como es el sistema automatizado de registros hospitalarios y compararlos con el SINAC.

CONCLUSIONES

En general la concordancia de las variables analizadas es alta, lo que permitiría utilizar con cierta confiabilidad los datos del SINAC en el HGG; sin embargo, se debe de tener cuidado en las interpretaciones de SDG y de la medición de riesgo respiratorio con la escala de SA.

Otra situación que debe analizarse es si el uso de los formatos específicos diseñados por el HGG son una limitante para medir el resto de las variables, como las demográficas y las de control prenatal o cuál es el papel que juegan para la

falta de medición; dicho de otra manera es importante conocer el grado de prevalencia del resto de las variables en los formatos específicos y promover el uso de métodos estandarizados para la medición de SDG.

Es imperativa la realización de estudios de mayor escala (estatal, regional o nacional) y evaluaciones longitudinales que permitan explorar la pérdida de información y determinar la validez y la confiabilidad existente entre los registros y el SINAC a nivel nacional, incluso pensar en estudios ciegos para evitar que se modifiquen los procesos y se alteren los resultados. Una posibilidad podría ser la utilización de los registros médicos electrónicos e incluso llevar a otro nivel de tecnología al mismo certificado de nacimiento.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Geografía e Informática. Síntesis Metodológica. Estadística de Nacimientos. [internet]. 2003 [consultado el 20 de Septiembre 2013] Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/natalidad/default.aspx>
2. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2005-2012. [internet] 2012 [consultado el 15 Noviembre 2014] Disponible en: http://www.who.int/gb/publications/world_health_statistics/es/
3. Brito S; Corbacho A; Osorio R. El registro de nacimientos. La llave para la inclusión social en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo. [internet]. 2013 [consultado el 15 Noviembre 2014] Disponible en: <http://www.iadb.org/es/publicaciones/detalle/7101.html?id=69174>
4. Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento. Subsistema de Información sobre nacimientos (SINAC). Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud. México. [internet] 2010 [consultado el 20 de Septiembre 2013] Disponible en: <http://www.cemece.salud.gob.mx/descargas/pdf/ManualLlenadoCertNac2010.pdf>
5. INEGI 125 años de la Dirección General de Estadísticas 1882-2007 México 2010 p 23.
6. Diario Oficial de la Federación. Ley General De Salud. [internet] 2010 [acceso fecha] Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
7. Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento. Subsistema de Información sobre nacimientos (SINAC). Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud. México [internet] 2010 [consultado el 22 de Septiembre 2013] Disponible en: <http://www.cemece.salud.gob.mx/descargas/pdf/ManualLlenadoCertNac2010.pdf>
8. Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento. Subsistema de Información sobre nacimientos (SINAC). Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud. México [internet] 2010 [consultado el 22 de Septiembre 2013] Disponible en: <http://www.cemece.salud.gob.mx/descargas/pdf/ManualLlenadoCertNac2010.pdf>
9. Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. [internet] 2012 [consultado el 22 de Septiembre 2013] Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012

10. Diario Oficial de la Federación. Ley General De Salud. [internet] 2017 [consultado el 3 de Marzo 2017] Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_171117.pdf
11. Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento. Subsistema de Información sobre nacimientos (SINAC). Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud. México [internet] 2010 [consultado el 22 de Septiembre 2017]. Disponible en: <http://www.cemece.salud.gob.mx/descargas/pdf/ManualLlenadoCertNac2010.pdf>
12. Sistema Nacional de Información en Salud. Cubos de información SINAC, nacimientos ocurridos. [internet] Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/>
13. Zollinger TW, Przybylski MJ, Gamache RE. Reliability of Indiana birth certificate data compared to medical records. *Ann Epidemiol* 2006;16:1–10.
14. Theme Filha MM, Gama SGN, Cunha CB, Leal MC. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos hospitalares no Município do Rio de Janeiro, 1999–2001. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 1:S83-91.
15. David L DiGiuseppe MS, David C. Aron, MD, MS Lorin Rambom, MA, Dwain L. Harper, DO, Gary E. Rosenthal, MD. Reliability of Birth Certificate Data: A Multi-Hospital Comparison to Medical Records Information. *Maternal and Child Health Jurnal*, Vol. 6, No. 3, September 2002.
16. Reichman NE, Hade EM. Validation of birth certificate data: a study of women in New Jersey's HealthStart program. *Ann Epidem* 2001;11(3): 186–93.
17. Consejo de Salubridad General. Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica IMSS-052-08. [internet] 2014 [consultado el 30 Abril 2017]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_EyR.pdf
18. Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Curr Res Anesth Analg*.1953;32(4): 260-7.
19. Silverman WA, Andersen DH. A controlled clinical trial of effects of water mist on obstructive respiratory signs, death rate and necropsy findings among premature infants. *Pediatrics* 1956; 17(1):1-10.
20. R development core team. [internet] Disponible en: <http://www.r-project.org/>
21. Cerda J, Villaruel L. Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: Coeficiente de Kappa. *Rev Chil Pediatr*. 2008;79(1):54-8.
22. Análisis epidemiológico de Datos. EPIDAT. [internet] Disponible en: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T01.aspx?IdPaxina=62713&idioma=es
23. Almeida MF, Alencar GP, Franca Júnior I, Novaes HMD, Siqueira AAF, Schoeps D, Campbell O, Rodrigues LC. Validez das informações das declarações de nascidos vivos com base em estudo de caso-controle. *Cad Saude Publica* 2006; 22(3):643-652.
24. DiGiuseppe DL, Aron DC, Rambom L, Harper DL, Rosenthal GE. Reliability of birth certificate data: a multi-hospital comparison to medical records information. *Matern Child Health J*. 2002;6(3):169-79.

Incumplimiento de los indicadores de calidad de estructura en unidades de la Dirección General de Salud Municipal en Acapulco, Guerrero

Quality indicators non-fulfillment at the general community health directorate in Acapulco

Miguel Ángel Cuevas-Budhart¹, Blanca Ruth González-Martínez², Martina Ayala-Torres³, Xóchitl Castro-Narváez⁴, Crisantema Leyva-Alvarado⁵, Dora Lina Bahena-Acevedo⁶, Eva Barrera-García⁷

1, 2, 3, 4 Alumno del posgrado de Gestión y Docencia en Enfermería. 5 Docente de posgrado de Gestión y Docencia Facultad de Enfermería No. 2 UAGro. 6 Subdirectora administrativa y control escolar Facultad de Enfermería No. 2 UAGro. 7 Coordinadora de posgrado e investigación de la facultad de enfermería No. 2 UAGro.

RESUMEN

Introducción: En los últimos años, proporcionar una atención de calidad ha sido un tema prioritario para los gerentes y profesionales de la salud, se han diseñado programas estratégicos para garantizar el bienestar del paciente como son "los indicadores de calidad" diseñados por la Secretaría de Salud. **Objetivo:** Evaluar la calidad de los servicios proporcionados por las unidades de atención médica de la Dirección General de Salud Municipal (DGSM) en Acapulco, Guerrero, percibida por el paciente.

Métodos: Observacional, transversal, descriptivo, con muestreo no probabilístico por conveniencia. **Resultados:** El cumplimiento de los indicadores de calidad se encuentra en la escala entre regular a malo (67%), la falta de sanitarios en las unidades es el mayor incumplimiento con una media 4.5 ± 1.0 . Las unidades médicas incluidas en este estudio cuentan con consultorio médico 8.0 ± 2.0 . La unidad con mayor cobertura de los indicadores de calidad fue "Jardines Mangos" 7.2 ± 1.7 mientras que la de menor cobertura fue "El Quemado" 5.3 ± 1.2 . **Conclusiones:** Existe una discrepancia en el cumplimiento de los indicadores de calidad, denotando una necesidad de impulsar programas y recursos para suplir las necesidades de cada unidad de salud designando criterios orientados a efectuar planes estratégicos de mejora continua.

Palabras clave: Indicadores de calidad, proceso, verificar, actuar, unidades de salud.

ABSTRACT

Introduction: Provision of quality care has become a priority for healthcare managers and professionals, recently the Ministry of Health have designed strategic programs to define "quality standards and indicators" to ensure positive results for the patient. **Aim:** Assess and analyze the quality indicators of structure in the primary care units by the "General Directorate of Municipal Health" in Acapulco Guerrero. **Methods:** Cross-sectional descriptive study using a non - probabilistic sampling. **Results:** Compliance with the quality standards indicators was from regular to bad on the overall scale (67%); the lack of toilets in the units is the highest non-compliance with an average of 4.5 ± 1.0 . The medical units included in this study have a consulting room 8.0 ± 2.0 . The unit with the highest coverage of the quality indicators was "Jardín Mangos" 7.2 ± 1.7 when the lowest coverage was "El Quemado" 5.3 ± 1.2 . **Conclusions:** There is a discrepancy in the achievement of quality standards indicators, to archive higher nursing care quality scores it is necessary to develop, implement and promote programs to improve professional performance, providing as well the needed resources to archive the healthcare needs of each health unit.

Key words: Quality standards indicators, process, assessment, action, health units.

* Correspondencia: MACB, a.budhart@consejogeneralenfermeria.org

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Cuevas-Budhart MA, González-Martínez BR, Ayala-Torres M, Castro-Narváez X, Leyva-Alvarado C, Bahena-Acevedo DL, Barrera-García E. Incumplimiento de los indicadores de calidad de estructura en unidades de la Dirección General de Salud Municipal en Acapulco Guerrero. Rev CONAMED 2018; 23(1): 12-16.

[Quality indicators non-fulfillment at the general community health directorate in Acapulco]

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, proporcionar una atención de calidad ha sido un tema prioritario para los gerentes y profesionales de la salud^{1,2}, por lo cual, se han diseñado programas estratégicos para garantizar el bienestar del paciente como son “los indicadores de calidad” diseñados por la Secretaría de Salud³ por el Dr. Julio Frenk Mora, ante la exigencia de la ONU de nutrir lo pactado en la carta de Ottawa “Equidad para los pueblos”^{4, 5,6}.

Por lo cual, la estrategia de medir los indicadores adquiere un papel esencial en el desarrollo profesional para adquirir competencias gerenciales, esto permite garantizar la calidad de los servicios que brinda la Secretaría de Salud^{7,8}. Para ello, el presente estudio se situó en las unidades de primer nivel de atención de la Dirección General de Salud Municipal (DGSM) de Acapulco de Juárez, Guerrero.⁸

En una acción primordial de comprender la situación del cumplimiento de los indicadores de calidad de estructura, se planteó el objetivo de evaluar la situación en la que se encuentran las unidades de atención primaria de la DGSM a fin de saber si cumplen con los indicadores requeridos para prestar los servicios de salud⁹, con el fin de garantizar la seguridad del paciente.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, transversal, descriptivo, con muestreo no probabilístico. Como criterios de inclusión se tomaron unidades de salud de la DGSM, con Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), antecedentes de acreditación (2007-2008) y que se contara con autorización del estudio por parte de la DGSM de Acapulco, Guerrero. Se seleccionaron de manera aleatorizada 4 unidades de atención primaria a la salud las cuales fueron:

- Palma Sola (GRSSA009863) número de población de 3,862 habitantes (área urbana).
- El Quemado (GRSSA011806) número de población de 2,459 habitantes (área rural).
- Jardín Mangos (GRSSA000133) número de población de 10,561 habitantes con responsabilidad de atención del programa PROSPERA y el Área Geográfica Básica 168-7 (AGEB168-7)¹⁰, del programa de vacunas. (área rural).
- Mártires de Cuilapa (GRSSA000174), número de población de 15,584 habitantes con responsabilidad de atención del programa PROSPERA. (área urbana).

Para efectos del análisis y evaluación de la calidad se utiliza el enfoque sistémico diferenciando tres áreas, a saber: la estructura, los procesos y los resultados. Por lo cual, los indicadores de calidad que se evaluaron fueron de estructura, refiriéndose a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros¹¹. Para ello, se consideró como variables a medir, infraestructura, mobiliario y equipo.

Instrumento de medición. Se utilizó la cédula de evaluación para establecimientos de primer nivel de atención de la Secretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para acreditación de establecimientos para la atención médica considerando consulta externa y farmacia del 2015.¹²

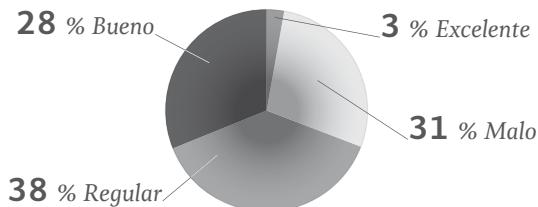
El instrumento de medición se adecuó para la obtención de datos, ya que cada indicador cuenta con su definición. Para ello, se determinó medir en escala tipo Likert, en donde 1 corresponde a muy mal y 10 a un excelente cumplimiento del indicador, la calificación se otorgó del 1 a 10 a efectos de detectar los fallos de observación y realizar un análisis cuantitativo a mayor profundidad.

El instrumento a utilizar estuvo compuesto por dos dimensiones: 13 ítems para medir la calidad de estructura y 3 ítems para medir los indicadores del recurso humano. Los ítems de la dimensión de estructura fueron: señalización, condiciones estructurales, sanitarios de pacientes, consultorio médico, sala de espera, control de residuos biológicos peligrosos, extintores, mobiliarios, equipo, instrumental, esterilización del instrumental, farmacia y red fría. La segunda dimensión estuvo compuesta por las variables; personal de enfermería, personal médico y capacitación del personal.

Para ponderar los resultados se tomó como mal cumplimiento de los indicadores de calidad a los puntajes entre 1 y 4, regular cumplimiento de 5 a 6 puntos, si el puntaje era de 7 a 9 el cumplimiento se consideró como bueno, y mayor de 9 puntos como un excelente cumplimiento de los indicadores de calidad.

RESULTADOS

De acuerdo a la medición en escala Likert las 4 unidades de atención primaria a la salud se encuentran en mayor porcentaje malo (31%) y regular (38%), los datos se muestran en el Gráfico 1.



Fuente: Evaluación de indicadores de calidad Secretaría de Salud; Unidades de Salud: Palma Sola, El Quemado, Jardín de Mangos y Mártires de Cuilapa de la DGSM. Septiembre 2016

Gráfico 1. Ponderación general de la evaluación de indicadores de calidad en las unidades de salud.

La principal problemática encontrada en las 4 unidades de atención fue un incumplimiento de los indicadores de calidad en sanitarios y esterilización del instrumental que comparten el mismo resultado con una media de 4.5 ± 1.0 , señalización (5.0 ± 1.0), mientras que las de mayor cumplimiento fueron capacitación del personal (7.5 ± 1.9) y consultorio

médico (8.0 ± 2.0). Los datos se expresan en variables cuantitativas en la tabla 1 y ponderación cuantitativa en gráfico 2.

Indicadores	El Quemado	Mártires de Cuilapa	Palma Sola	Jardín Mangos
Señalización	r	x	x	r
Estructura	B	B	r	B
Sanitarios	x	B	x	r
Consultorio médico	r	★	B	B
Sala de espera	r	B	B	B
Control de RPBI	r	x	x	r
Extintores	x	x	r	B
Mobiliario	r	r	r	B
Equipo	r	r	B	B
Instrumental	x	r	x	B
Esterilización del instrumental	x	B	r	r
Farmacia	x	B	x	B
Red fría	x	x	x	x
Personal de enfermería	r	r	r	B
Personal médico	x	r	r	B
Capacitación del personal	r	r	B	★

r: Regular B: Bueno x: Malo : Excelente

Fuente: Evaluación de indicadores de calidad Secretaría de Salud; Unidades de Salud: Palma Sola, El Quemado, Jardín de Mangos y Mártires de Cuilapa de la DGSM. Septiembre 2016

Tabla 1. Indicadores medidos de cada unidad conforme a la escala de Likert.

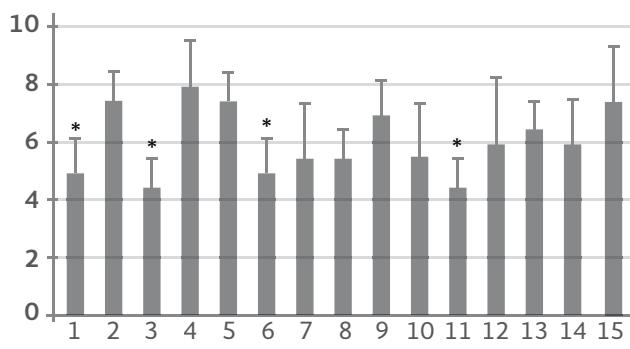


Gráfico expresado en Media y DS

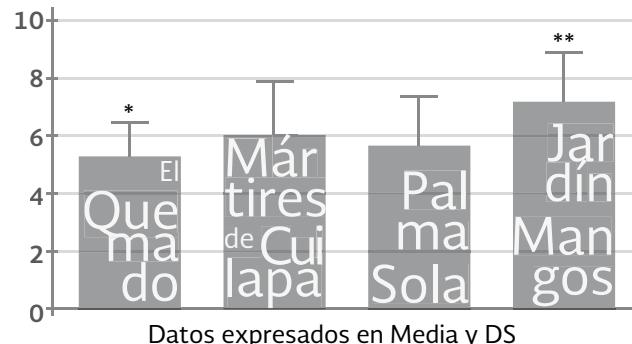
* Indicadores de calidad de mayor incumplimiento.

1. Señalización. 2. Condiciones estructurales. 3. Sanitarios de pacientes. 4. Consultorio médico. 5. Sala de espera. 6. Control de RPBI. 7. Extintores. 8. Mobiliario. 9. Equipo. 10. Instrumental. 11. Esterilización de instrumentos. 12. Farmacia. 13. Personal de enfermería. 14. Personal médico. 15. Capacitación de personal.

Fuente: Evaluación de indicadores de calidad Secretaría de Salud; Unidades de Salud: Palma Sola, El Quemado, Jardín de Mangos y Mártires de Cuilapa de la DGSM. Septiembre 2016

Gráfico 2. Calificación multicéntrica sobre cada uno de los indicadores de calidad.

El mayor incumplimiento de los indicadores se encontró en “El Quemado (5.3 ± 1.2) y el mayor cumplimiento en “Jardín Mangos” (7.2 ± 1.7). Gráfico 3.



Datos expresados en Media y DS

* Mayor incumplimiento en los indicadores de calidad

** Mayor Cumplimiento en los indicadores de calidad

Fuente: Evaluación de indicadores de calidad Secretaría de Salud; Unidades de Salud: Palma Sola, El Quemado, Jardín de Mangos y Mártires de Cuilapa de la DGSM. Septiembre 2016

Gráfico 3. Comparación del cumplimiento de los indicadores de calidad por unidad.

DISCUSIÓN

Existe una discrepancia entre los resultados de cada una de las unidades estudiadas, ya que la unidad de atención de Jardín Mangos, que fue la unidad con mayor calificación de 7.2 ± 1.7 puntos, cuenta con una plantilla completa, compuesta por médico, enfermera, psicólogo, y odontólogo, además de gozar de una infraestructura segura y bien distribuida para recibir a los usuarios del seguro popular así como del Programa de Inclusión Social PROSPERA¹³, su reforzamiento se encuentra en las sesiones educativas impartidas por el psicólogo, enfermera pasante del servicio social y con apoyo del comité de salud quienes trabajan en talleres educativos, al igual que cuenta con apoyo de las brigadas de vacunación canina y felina.

La segunda unidad con mejor calificación de 6.1 ± 1.8 puntos es Mártires de Cuilapa 1 y 2 que se ubica en el poblado de la Sabana, esta unidad fue recientemente remodelada. Se encuentra en una zona alta, cuenta con estructura e iluminación artificial, consultorios de dental, psicología y consultorio médico, sin embargo, cuenta con su sala de espera en el patio de la unidad y una sola entrada.

Su plantilla laboral se encuentra completa, cuentan con un comité de salud que se encarga de la limpieza de la unidad y apoyo en programas y talleres para el autocuidado de la salud. La atención que brinda la presente unidad está dirigida a la población del seguro popular como de oportunidades. A pesar de contar con el personal y la capacitación no cuenta con el servicio de vacunas ya que, los usuarios de este servicio son referidos al Hospital General Donato G. Alarcón.

En tercer lugar de calificación con 5.7 ± 1.7 puntos de acuerdo a los resultados se encuentra la unidad de Palma Sola, su infraestructura es firme, cuenta con una sala de espera, central de enfermería, consultorio médico y dental, un área de observación y curación en mal estado, un baño tanto para personal como para paciente encontrándose en mal estado, al igual que la farmacia cuenta con pocos medicamentos de tipo antihipertensivos e hipoglucemiantes, por último cuenta con un espacio poco cuidado para las pláticas de salud para los beneficiarios del seguro popular. En cuanto a la seguridad del derechohabiente se cuenta con rampa para personas con capacidades diferentes y su respectivo barandal, señalamientos inadecuados en caso de siniestro, con un incumplimiento en la NOM 003-SEGOB-2011¹⁴ para las señales y avisos para protección civil como colores, formas y símbolos a utilizar. Sin embargo, cuenta con adecuados contenedores para el manejo de Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos (RPBI).

En cuanto a los incumplimientos de los indicadores de calidad se encuentran falta de extinguidores en caso de incendio, de acuerdo a las condiciones de seguridad-preVENCIÓN y protección contra incendios en los centros de trabajo de acuerdo a la NOM-029-STPS-2011.¹⁵

Al igual que las dos unidades antes mencionadas, esta unidad no cuenta con servicio de vacunas, los usuarios de este servicio son referidos a Hogar moderno.

Sin embargo, una de sus fortalezas son los programas de detección de cáncer cérvicouterino y cáncer de mama, control de planificación familiar, control del niño sano y prenatal.

Por último, la unidad de salud “El Quemado”, con una calificación de 5.3 ± 1.2 puntos, su infraestructura es adecuada para dar atención a la comunidad con espacio y mobiliario conveniente, su plantilla laboral cuenta con médico, enfermera, dentista y trabajador social. Por otro lado cuenta con un incumplimiento en la NOM 043-SSA2-2005¹⁶ la cual se encarga de los servicios básicos de salud para la promoción y educación para la salud en materia alimentaria, ya que el equipo para los servicios básicos de salud como promoción y educación se encuentran en mal estado. Por otra parte, de acuerdo a lo que establece la NOM-016-SSA3-2012¹⁷ sobre las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, no cumple con las características mínimas de la infraestructura y equipamiento la unidad por falta de insumos como medicamentos ya que tienen más de un año sin surtir estos. Otra debilidad encontrada es la falta de seguimiento o control a la población que se otorga el servicio.

La característica que comparten las cuatro unidades de primer nivel de atención es la falta del programa de vacunas y/o red fría, por lo cual los usuarios tienen que ser referidos al Hospital General, DGSM o simplemente no cuentan con el servicio.

CONCLUSIONES

Los resultados de incumplimiento de los indicadores de calidad son alarmantes por lo cual los estudiantes de gestión

y docencia en enfermería proponen como política de salud gestionar recursos y programas enfocados en el primer nivel de atención que suplan las necesidades de cada unidad de salud. Al mismo tiempo, realizar un estudio prospectivo que permita medir los avances esperados de este estudio, lo cual garantice una atención de calidad al usuario de estos servicios. Ya que, para cumplir con los indicadores de calidad se necesitan designar criterios administrativos orientados a efectuar planes estratégicos de mejora continua.

Agradecimientos

El presente trabajo fue realizado gracias al apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT, México) porque a pesar del progreso y modernidad en la que los avances tecnológicos, científicos y académicos exigen una competencia profesional, Enfermería cuenta con la investigación y en este contexto el CONACyT hace posible que la profesión se mantenga a la vanguardia caminando con paso firme hacia la calidad, por ello expreso mi más sincero agradecimiento.

REFERENCIAS

1. Rodríguez J. La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe. *Rev Psiquiatr Uruguay* 2007;71(2):117-124.
2. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Mundial sobre determinantes Sociales de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud [internet]. Rio de Janeiro; 2011 [consultado el 10 Octubre 2016]:1-8. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf
3. Cárdenas Llanos CL, Martínez Matheus M, Rodríguez Ibagué LF. Indicadores de gestión de los Programas Académicos de Campo (PAC) de la Universidad del Rosario. [internet] Bogota: Universidad del Rosario; 2009 [consultado el 10 de Octubre 2016] Disponible en: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/17/17a229b8-77e7-41a6-8c4a-e5a368e6bb14.pdf
4. González-González N. Médicos del primer nivel de atención. Reforma y recursos humanos. *Rev Cub Aten Med*. 2006;32(2):171-7.
5. González NG, Ángeles M. Reforma de los sistemas de Salud, ¿Hacia un “Nuevo” modelo de atención en Salud, o hacia el fortalecimiento del Modelo Biomédico?. Interdisciplina y Recursos Humanos. [internet] Estado de México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2006 [consultado el 15 de Octubre 2016]:1-11. Disponible en: <http://www.geocities.ws/congresoprograma/2-1.pdf>
6. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. [internet] Ottawa. 1986 [consultado el 15 de Octubre 2016]. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf
7. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria Mas necesaria que nunca. [internet] Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 [consultado el 15 de Octubre 2016]. Disponible en:

http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=18. Paquete Basico de Salud [Internet]. Acapulco: H. Ayuntamiento Constitucional de Acapulco de Juarez Dirección General de Salud Municipal Coordinación de Servicios de Salud Dirección de Salud Pública Departamento de Supervisión Integral; 2015 [consultado el 15 de Octubre 2016]. Disponible en: http://www.acapulco.gob.mx/transparencia/wp-content/uploads/tramitesyservicios/DGS/Coordinacion_de_Servicios_de_Salud.pdf

9. Ortells Abuye N, Paguina Marcos M. Indicadores de calidad y seguridad del paciente en la enfermería de urgencias: un valor seguro. *Enfermería Global* [internet]. 2012 [consultado el 15 de Octubre 2016];11(2):184-90. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/132851/133471>

10. Principales resultados del índice de marginación urbana 2010. Consejo Nacional de Población [Internet]. 2010 [consultado el 15 de Octubre 2016]:1-28. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Capitulo_3_Marginacion_Urbana_2010

11. Net, Álvar, Suñol R. La Calidad de la Atención. *Ponències i Jornades*. 1991;(3):1-13.

12. Cédula de evaluación para establecimientos de primer nivel de atención. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud [internet]. 2015 [consultado el 11 de Noviembre 2016]. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/cedulas_acreditacion.html&gws_rd=cr&dcr=0&ei=XS98WvuGA8usUearg5gC

13. Reglas de Operación PROSPERA 2017. Secretaría de Desarrollo Social. Diario oficial de la Federación [internet]

2016. [consultado el 11 Noviembre 2016]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5468069

14. NORMA Oficial Mexicana NOM-003-SEGOB-2011, Señales y avisos para protección civil.- Colores, formas y símbolos a utilizar. Diario Oficial de la Federación [internet]. 2011 [consultado el 11 Noviembre 2016]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/138413/NOM-003-SEGOB-2011.pdf>

15. NORMA Oficial Mexicana NOM-029-STPS-2011, Mantenimiento de las instalaciones eléctricas en los centros de trabajo-Condiciones de seguridad. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Diario Oficial de la Federación (novena sección) [internet]. 2011 [consultado el 11 Noviembre 2016]. Disponible en: <http://asinom.stps.gob.mx:8145/upload/nom/NOM-029.pdf>

16. NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación (primera sección) [internet]. 2006 [consultado el 11 Noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/043ssa205.pdf>

17. NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación [internet]. 2012 [consultado el 11 Noviembre 2016]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5284306

Nivel de correspondencia entre la formación profesional y desempeño en el servicio social de los alumnos de la Licenciatura en Enfermería de una universidad pública en Tabasco

Level of correspondence between the professional training and performance in the social service of the students of the Degree in Nursing of a Public University in Tabasco

Jocabed Sánchez-Cruz¹, Crystell Guadalupe Guzmán-Priego², Guadalupe del Carmen Baeza-Flores³

1, Pasante de Servicio Social de la Licenciatura en Enfermería. División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. 2 Médico Cirujano. Maestra en Ciencias Básicas Biomédicas. Coordinadora de Investigación y Posgrado. División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. 3 Médico Cirujano. Estudiante de Maestría en Ciencias Biomédicas. División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

RESUMEN

Introducción: Identificar el nivel de correspondencia entre la formación profesional y el desempeño en el servicio social de los alumnos de la Licenciatura en Enfermería de una universidad pública. **Métodos:** Diseño observacional, transversal, descriptivo. Muestra no probabilística de 50 pasantes de servicio social de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, muestreo por conveniencia. Se aplicó un formulario para evaluar las características sociodemográficas y nivel de correspondencia (α -Cronbach de 0.926). Análisis de datos, medidas de tendencia central y frecuencias se utilizó el software estadístico SPSS® con licencia de uso. **Resultados:** Se obtuvo una media de $23.24 \pm .96$ años de edad, el 72% (n=36) de sexo femenino, el 94% (n=47) nacieron en el estado de Tabasco. El 60% (n=30) refirió estar totalmente satisfecho con el perfil profesional de la carrera de enfermería, el 62% (n=31) con los conocimientos y habilidades en su formación profesional, el 60% (n=30) en la medida en que se propició la adquisición de conocimientos y destrezas, 74% (n=37) con el nivel de requerimiento o exigencia, y el 68% (n=34) con la resolución de problemas. **Conclusiones:** La evaluación del nivel de correspondencia entre la formación profesional y desempeño se encontró que fue satisfactorio, sin embargo se tienen que realizar nuevos estudios que sustenten esta aseveración.

Palabras clave: Educación en enfermería, educación, servicio social.

ABSTRACT

Introduction: To identify the Level of correspondence between the professional training and performance in the social service of the students of the Degree in Nursing of a Public University. **Methods:** Cross-sectional, observational and descriptive study. Non-probabilistic sample of 50 trainee of social service of the Nursing Degree of the DACS, by sampling for convenience. A application form was applied to evaluated sociodemographic characteristics and level of correspondence (α -Cronbach of 0.926). Systematization of information and analysis of measures of central tendency and frequencies by SPSS® statistical software with license of use. **Results:** A mean of $23.24 \pm .960$ years of age, 72% (n=36) of female sex, 94% (n = 47) were born in the state of Tabasco. Sixty percent (n=30) reported being fully satisfied with the professional profile of the nursing career, 62% (n=31) with the knowledge and skills in their professional training, 60% (n=30) in the (n=37) with the level of requirement or requirement, and 68% (n=34) with problem solving. **Conclusions:** The evaluation of the level of correspondence between professional training and performance was found to be satisfactory, however, new studies have to be carried out to support this assertion.

Key words: Education nursing, education, social work.

* Correspondencia: JSC, ba_lupitabaeza@hotmail.com

Conflicto de intereses: Las autoras declaran que no tienen.

Citar como: Sánchez-Cruz J, Guzmán-Priego CG, Baeza-Flores GC, Nivel de correspondencia entre la formación profesional y desempeño en el servicio social de los alumnos de la Licenciatura en Enfermería de una universidad pública en Tabasco. Rev CONAMED 2018; 23(1): 17-20. [Level of correspondence between the professional training and performance in the social service of the students of the Degree in Nursing of a Public University in Tabasco]

INTRODUCCIÓN

El servicio social en México fortalece la formación académica y profesional de los jóvenes pasantes, que los vincula a los sectores productivos, regiones y grupos sociales y así se crea una conciencia solidaria, se fortalece el valor de la responsabilidad, solución de problemas y experiencia en el campo laboral, también es comprendido como actividad de adiestramiento en servicio o aprendizaje en el trabajo y requisito para egreso del pregrado.^{1,2}

Pese a la importancia de conocer sobre el desempeño, la inserción al mercado laboral, las fortalezas y debilidades de los egresados de las Instituciones de Educación Superior, son pocas las investigaciones que se destinan a esta actividad, sin embargo, la conveniencia social radica que con los resultados se promueve un aumento de la calidad de los procesos educativos, ajustes curriculares en razón a los cambios en el sistema educativo, actualización científica, tecnológica y demanda del programa, esto ha sido evidenciado por autores como Guevara y col.³ y Carmona y col.⁴ que en el 2012 detallan la opinión de los egresados de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza del Instituto Politécnico Nacional indicando en sus resultados que la opinión fue “muy adecuado” a “excelente” con respecto al plan de estudios cursado o los reportes de Müggenburg y col.^{5,6} quienes analizan el desempeño profesional en el mercado laboral, inserción laboral, capacidades, conocimientos de los egresados de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y recientemente por Zamora y col.⁷ en 2005 quienes indican que los pasantes de servicio social de enfermería se desempeñan adecuadamente en el campo laboral de acuerdo a lo explorado en los empleadores de diferentes instituciones de salud.

La enfermería se define por su relevancia social y su orientación a valores⁸ que como profesión de servicio requiere revisión de su saber y quehacer para transformar su práctica profesional.^{9,10} La Universidad Juárez Autónoma de Tabasco fue la primera escuela que impartió enfermería en el estado y actualmente tiene la misión de formar profesionales de enfermería con disciplina, conocimientos, habilidades, actitudes, valores en administración, docencia e investigación, esta es la razón que nos guía a plantearnos la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es el nivel de correspondencia entre la formación profesional y el desempeño en el servicio social de los alumnos de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco?

MÉTODOS

Se realizó una investigación con un diseño observacional transversal descriptivo. Se estudió una muestra no probabilística de 50 pasantes de servicio social de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT) de la División Académica de Ciencias de la Salud (DACS) obtenida a través de muestreo por conveniencia.

Posterior a la evaluación y aceptación por el comité de investigación de la UJAT-DACS se incluyeron todos los

sujetos que se encontraban realizando en el servicio social en alguna sede clínica o división académica, todos respondieron el formulario de seguimiento en el periodo de recolección entre Junio y Agosto de 2016.

Las variables fueron obtenidas mediante un formulario de seguimiento de egresados, a través del cual se exploraron las características sociodemográficas como sexo, edad, lugar de nacimiento y nivel de correspondencia entre el desempeño y la formación profesional que se exploró a través de 6 preguntas las cuales se medían en una escala de valores de 0 a 100 el grado de satisfacción se interpreta de la siguiente manera: 0-20 totalmente insatisfecho, 30-40 insatisfecho, 50-60 moderadamente satisfecho, 70-80 satisfecho, 90-100 totalmente satisfecho. Previa aplicación del formulario en los pasantes de la licenciatura en enfermería se realizó una prueba piloto en 20 sujetos para evaluar la confiabilidad del instrumento obteniendo una α -Cronbach de 0.926.

Para el análisis de datos se utilizó el Software estadístico SPSS® con licencia de uso, se obtuvieron medidas de tendencia central, medidas de dispersión y frecuencias.

RESULTADOS

Características sociodemográficas. De los 50 pasantes de servicio social de la licenciatura en enfermería se obtuvo una media de $23.24 \pm .96$ años de edad, una moda y mediana de 23 años, en un rango mínimo de 21 y máximo de 26 años, de los cuales el 72% (n=36) eran de sexo femenino y solo el 28% (n=14) de sexo masculino.

En lo que respecta al estado de nacimiento de los sujetos el 94% (n=47) son del estado de Tabasco, de los cuales el 40% (n=20) son del municipio de centro principalmente, mientras el 4% (n=2) son originarios del estado vecino de Chiapas y el 2% (n=1) de la Ciudad de México.

Nivel de correspondencia entre el desempeño y formación profesional: La correspondencia entre el desempeño de los pasantes de servicio social de la licenciatura en enfermería y la formación profesional evaluó principalmente en los siguientes seis rubros:

- 1) Relación entre las actividades que desarrollan en el servicio social con el perfil profesional de la carrera de enfermería donde el 60% (n=30) refirió estar totalmente satisfecho, y solo el 10% (n=5) indicó estar moderadamente satisfecho con lo obtenido.
- 2) Al evaluar el sistema de conocimientos adquiridos y habilidades desarrolladas durante su formación profesional del pasante de servicio social de enfermería el 62% (n=31) indicó estar totalmente satisfecho, el 32% (n=16) refirió encontrarse satisfecho y solo el 6% (n=3) indicó moderadamente satisfecho.
- 3) La formación recibida en la DACS propició la adquisición de conocimientos y destrezas que utiliza en el desarrollo de sus actividades en el servicio social el 60% (n=30) se encuentra totalmente satisfecho y el 30% (n=15) se encuentran satisfechos.
- 4) En lo que respecta a los conocimientos, habilidades y

- actitudes en el desempeño de sus actividades durante el servicio social de la licenciatura de enfermería el 74 % (n=37) indicó encontrarse totalmente satisfecho del nivel adquirido de estas cualidades durante su formación profesional.
- 5) Al evaluar el grado en que la formación obtenida en la licenciatura le ayudó al pasante a enfrentar las exigencias de su servicio social el 46% (n=23) mencionó que se encontraba totalmente satisfecho y el 4% (n=2) se encuentra insatisfecho.
- 6) En el último rubro al explorar cómo considera su desempeño en el servicio social, en función de las actividades que realiza y problemas que resuelve, con respecto

a las expectativas establecidas en el sistema de conocimientos y habilidades declaradas en el plan de estudios que cursó en la licenciatura el 68% (n=34) está totalmente satisfecho.

En la tabla 1 se muestra la distribución de los resultados por cada pregunta explorada y finalmente al evaluar el nivel de correspondencia global del grupo se obtuvo una media de 85.23 ± 10.8 que de acuerdo a la clasificación utilizada se interpreta que el grupo de pasantes de servicio social de la licenciatura en enfermería el promedio de sus evaluaciones están satisfechos entre el desempeño en el campo de servicio social y la formación profesional proporcionada por la DACS.

	Relación entre las actividades que desarrolla y perfil profesional				Adquisición de conocimientos y destrezas		Grado en que la formación de la Licenciatura ayudó al pasante a enfrentar exigencias			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Totalmente Insatisfecho	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Insatisfecho	0	0	0	0	0	0	0	2	4	0
Moderadamente satisfecho	5	10	3	6	5	10	5	10	2	4
Satisfecho	15	30	16	32	15	30	8	16	23	46
Totalmente satisfecho	30	60	31	62	30	60	37	74	23	46
Total	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100
Sistema de conocimientos adquiridos y habilidades desarrolladas				Conocimientos, habilidades y actitudes en el desempeño de sus actividades				Actividades y resolución de problemas de acuerdo a lo proyectado en el plan de estudios		

Tabla 1. Correspondencia entre el desempeño de los pasantes de enfermería de la DACS y la formación profesional.

DISCUSIÓN

Para conservar la calidad de nuestro estudio y antes de formular conclusiones y/o recomendaciones es necesario mencionar los sesgos y limitaciones en los que pudimos incurrir, en primer instancia hacemos énfasis que se estudió una muestra no probabilística con muestreo por conveniencia, limitado a 3 meses de recolección de la información, derivado de este contexto se podría inferir que los 50 sujetos que participaron pertenecen a la misma cohorte generacional.

En razón a la información obtenida, se estudió una muestra de 50 sujetos entre 23 y 24 años de edad, con predominio de sexo femenino, originarios de los estados de Tabasco, Chiapas y Ciudad de México que se encuentran totalmente satisfechos por desempeño profesional que tienen en el servicio social de la licenciatura en enfermería y la formación que la UJAT brindó a través de su plan de estudio.

Pese a que la información nacional y local es limitada se encontraron similitudes en lo reportado por Carmona y col.⁴ en el 2012 respecto a la opinión que tenían por lo proporcionado en su plan de estudios, también Müggenburg y col.⁵ en 2008 reportó que el 83% de los egresados de la Escuela Nacional de Ginecología y Obstetricia consideró que los

conocimientos adquiridos apoyan mucho su desempeño profesional, Contreras y col.⁹ en el año 2000 con respecto a su formación académica de enfermeros de la Universidad Autónoma Metropolitana el 76% indicó que fue satisfactoria; sin embargo, también se hallaron diferencias en lo reportado en el 2010 por Núñez y col.¹¹ en el estudio de egresados de enfermería de una universidad veracruzana donde el 93% mencionó la importancia de modificar y actualizar el plan de estudios respecto a sus contenidos teóricos y metodológicos y Vázquez² en 2010 evaluó las competencias profesionales para ejercer de los pasantes de medicina, enfermería y odontología encontrando que cerca del 25% carecían de las competencias para ejercer su profesión.

Ahora bien, esta investigación es un acercamiento a los pasantes de servicio social, el cual es un sustrato para futuras investigaciones que evalúen las competencias profesionales y el apego al perfil de egreso descrito en el plan de estudios de la licenciatura, evaluaciones de desempeño académico y práctico, inserción al campo laboral y alcance de expectativas profesionales con la finalidad de realizar propuestas para cumplir con la pertinencia social de los egresados de la licenciatura que cumplan con lo proyectado en el plan de estudios y lo esperado en el campo laboral en las demandas de la sociedad.

CONCLUSIONES

Finalmente, después de la evaluación del nivel de correspondencia entre la formación profesional y desempeño se encontró que fue satisfactorio, por lo que la dirección del plan de estudios va con buen rumbo ya que se está devolviendo a la sociedad gente capacitada, con conocimientos, con alto espíritu de servicio e identidad, aun así, hay que continuar con más análisis que nos lleven a conclusiones contundentes respecto al plan de estudios, formación y desempeño de los pasantes de servicio social.

REFERENCIAS

1. Navarrete-Ramírez, AM, Barrera-Bustillo, ME, Martín-Pavón, MJ. Evaluación de proyectos de servicio social en una universidad mexicana. *Magis. Revista Internacional de Investigación en Educación* [Internet]. 2010 [acceso 15 de Febrero de 2017];2(4):371-381. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281021692009>
2. Vázquez Martínez FD. Competencias profesionales de los pasantes de enfermería, medicina y odontología en servicio social en México. *Rev Panam Salud Pública*. 2010; 28(4):298–304.
3. Guevara M, Meza D, Sánchez R. LA PERTINENCIA SOCIAL DEL EGRESADO DE LA ESCUELA DE MEDICINA “DR. WITREMUNDO TORREALBA”. *UNIVERSIDAD DE CARABOBO*, 2008. *Comunidad y Salud* [Internet]. 2008 [acceso 1 de febrero de 2018];6(2):25-41. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375740243003>
4. Carmona-Mejía B, González-Velázquez S, Crespo-Knopfler S. Opinión de los egresados del plan de estudios de la licenciatura en Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza - UNAM. México. *Enfer Glob* [internet]. 2012 [acceso 1 de Febrero de 2018] ;28:180-91. Disponible en: <https://www.zaragoza.unam.mx/portal/wp-content/Portal2015/Licenciaturas/enfermeria/articulos/O>
5. Müggenburg Rodríguez V, MC, Pérez Cabrera, I, Ramírez Toríz, EL, Castañeda Godínez, MC. Seguimiento de egresados de la licenciatura de la ENEO-UNAM formación y desempeño laboral (2003-2006). *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2008 [acceso 1 de febrero de 2018];5(1):21-29. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741824004>
6. Müggenburg R. V, MC, Barreto Placido F, García Ortiz MdR. *SEGUIMIENTO DE EGRESADOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA DE LA ENEO EN 2000 A LOS TRES AÑOS* (2003). *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2006 [acceso 1 de Febrero 2018];3(1):5-13. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741819001>
7. Zamora RMA, Cruz-León A, Morales Ramon F, Vicente-Villarreal PY. Desempeño de los prestadores de servicio social de licenciatura en enfermería de la dacs-ujat en las instituciones receptoras del sistema estatal de salud. *Horizonte sanitario*. [internet]. 2016 [acceso 1 de Febrero 2018];15(1):37-45. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457845341005>
8. Durán de Villalobos MM. *Marco epistemológico de la enfermería. Aquichán* [internet]. 2002 [acceso 15 de Febrero 2017];2:7-18. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v2n1/v2n1a03.pdf>
9. Contreras G, Hernández F, Verde F. El seguimiento de egresados como insumo para el rediseño de la carrera de Enfermería. *Serie Cuadernos Reencuentro*. 2000;29.
10. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco [internet]. *Reseña Histórica de Enfermería*. [acceso 1 Febrero 2018]; [1 pagina]. Disponible en: <http://www.ujat.mx/321/13500>
11. Núñez FC. *Situacion Laboral de Egresados de Licenciatura en Enfermeria* [internet]. 2010. [acceso 15 de Febrero 2017];[2 paginas]. Disponible en: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2315/2/Situacion-Laboral-de-Egresados-de-Licenciatura-en-Enfermeria>

Perfil socioafectivo de médicos internos de pregrado de nuevo ingreso a un hospital general de segundo nivel

Socioaffective profile of internal pregrate physicians of new entrance to a general hospital of second level

Francisco Hernández-Perez¹

1. Centro de investigación y formación docente. Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social.

RESUMEN

Introducción: En la selección y admisión de los futuros médicos generales, no solo deben considerarse su desempeño académico y sus habilidades profesionales, sino sus habilidades sociales y su perfil socioafectivo. **Objetivo:** Identificar el perfil socioafectivo de los médicos internos de pregrado (MIP's) de recién ingreso a un hospital de segundo nivel. **Métodos:** Estudio observacional transversal descriptivo, se encuestó sobre el estado depresivo, de ansiedad así como de habilidades para la vida, grado de compromiso, calidad de vida familiar, motivación y actitud en médicos internos de pregrado de nuevo ingreso, 2017 de dos hospitales generales de zona de la Ciudad de México del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). **Resultados:** Se entrevistaron a 101 médicos internos de pregrado, la edad media fue de 24 ± 1.36 años (60% mujeres), la mayoría vive en el seno familiar. Siete aspirantes refirieron estar bajo tratamiento psiquiátrico y solo 2 habían tenido intentos suicidas. Más de la mitad de médicos refirió algún grado de ansiedad (54.5%) y menos del 20% algún grado de depresión. La mayoría de alumnos dijeron tener menor desarrollo de las habilidades cognitivas relacionadas con los procesos mentales activos, sin embargo, su disposición para ellas son altas así como sus habilidades socioafectivas. La percepción de su entorno laboral fue bueno. El compromiso escolar encontrado fue alto, lo mismo se reflejó en su actitud frente a la educación y justicia social. **Conclusiones:** En los médicos internos de pregrado de recién ingreso se encontró una alta frecuencia de ansiedad, baja de trastorno depresivo pero una percepción muy alta de su motivación y habilidades para la vida así como de justicia y entorno familiar.

Palabras clave: Médico interno de pregrado, recién ingreso, socioafectivo.

ABSTRACT

Introduction: In the selection and admission of future general practitioners, not only their academic performance and professional skills must be considered, but also their social skills and socio-affective profile. **Objective:** To identify the socio-affective profile of undergraduate intern physicians who are newly admitted to a second level hospital. **Methods:** It was a cross-sectional study, he asked about his depressive state, anxiety and life skills, about the degree of commitment, quality of family life, motivation and attitude in the new undergraduate intern physicians, 2017 of two hospitals general areas of the Mexican City, IMSS. **Results:** 101 undergraduate interns were interviewed, the average age was 24 (+/- 1.36) years (60% women), the majority live in the family. Seven applicants reported being under psychiatric treatment and only 2 had attempted suicide. More than half of physicians reported some degree of anxiety (54.5 %) and less than 20% some degree of depression. The majority of students thought they had less development of cognitive abilities related to active mental processes, however, their disposition for them is high as well as their socio-emotional abilities. The perception of their work environment was good. The school commitment found was high; the same was reflected in his attitude towards education and social justice. The motivation found was high. **Conclusions:** A high frequency of anxiety, low depressive disorder but a very high perception of their motivation and abilities for life as well as justice and family environment were found in the newly admitted undergraduate internal doctors

Key words: internal medical undergraduate, new entry, socio-affective.

* Correspondencia: FHP, mesias.francisco@gmail.com

Conflicto de intereses: El autor declara que no tiene.

Citar como: Hernández-Pérez F. Perfil socioafectivo de médicos internos de pregrado de nuevo ingreso a un hospital general de segundo nivel. Rev CONAMED 2018; 23(1): 21-27.

[Socioaffective profile of internal pregrate physicians of new entrance to a general hospital of second level]

INTRODUCCIÓN

El internado de pregrado es el último año curricular de los planes de estudio de las escuelas y facultades de medicina del país, previo al servicio social y al examen profesional. Esta etapa de preparación permite que los alumnos apliquen los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante los semestres previos, en un escenario real, en el que se combinan una función educativa (la construcción de nuevos conocimientos, habilidades y destrezas) y una actividad de servicio a los enfermos atendidos en unidades del Sector Salud. Además es una etapa llena de expectativas, donde el médico interno se siente orgulloso de llegar a esta etapa y el deseo de cumplir con sus propias expectativas y las de los profesionales con más experiencia.¹ Sin embargo, su llegada está envuelta en circunstancias no siempre favorables.

Por un lado, los sistemas de admisión al internado de pregrado son muy variables, dependiendo de la institución a la que se haga referencia y las características del aspirante es igual o más compleja que su selección. Se supondría que deberían ser capaces (teóricamente) de elegir a los estudiantes más aptos en muchos sentidos, sin embargo, las renuncias y el abandono son frecuentes en las carreras de medicina de nuestro país y en las de América Latina y el Caribe. Las numerosas variables que pueden incidir sobre el rendimiento académico hacen difícil predecir (en los sistemas de admisión) quiénes son aquellos alumnos que tendrán un desempeño probablemente satisfactorio, quiénes tienen riesgo de fracasar y también conocer quiénes serán buenos médicos. Esta dificultad está corroborada al constatar que la deserción se produce fundamentalmente en los primeros años de la carrera, en parte porque las únicas variables comúnmente utilizadas en la admisión son el desempeño académico previo y las evaluaciones de conceptos.² Aunque los estudiantes que inician el internado médico lo hacen con muchísima ilusión, por lo general se trata de estudiantes que han estado sometidos a una gran carga de trabajo para obtener las calificaciones necesarias, sin embargo, este método de selección del alumnado, que fomenta la competitividad y la excelencia académica, lo hace a costa de una elevada presión para el alumno y de las evaluaciones que se ven centradas prácticamente solo en la superación de las pruebas de acceso a los hospitales y no en formarse y aprender. Además, hace que se plantee, si de verdad se está seleccionando a los estudiantes con el mejor perfil para ser médico, ya que estas pruebas ignoran las habilidades sociales y emocionales necesarias para ser un médico humano y preocupado por el paciente.³ Esta presión hace que algunos estudiantes de Medicina pueden desarrollar cinismo como mecanismo de defensa a medida que adquieren más experiencia y, concretamente, se ha documentado el declive de la empatía a partir de su incorporación al ambiente educativo hospitalario y bajo rendimiento académico, así como un papel meramente pasivo receptivo.⁴⁻⁶

Los médicos internos de pregrado de recién ingreso, con respecto a su sentir, expresan una gran incertidumbre sobre el internado, debido al conocimiento parcial que tienen del

mismo y manifiestan temor a la parte que desconocen de esta experiencia, la cual difiere en las unidades hospitalarias por los eventos cambiantes propios de las Instituciones de Salud. Además de que el sistema educativo persiste con pocos cambios; pasivo, estereotipado, rígido, rutinario, superficial y centrado en los individuos y no en la sociedad, en muchas ocasiones discriminatorio y violento, en consecuencia, si bien es un desafío, también es un cambio crítico en las condiciones de vida de los estudiantes y sus capacidades de adaptación.^{1,7-13} Cuando el estudiante de medicina cambia de rol de estudiante hacia la posición de médico interno, pasa por un proceso llamado de “transición”, el cual se define como “crecimiento en un nuevo rol cada vez con mayor efectividad de comportamientos expresivos e instrumentales”. La transición conlleva a una percepción de sí mismo y al desarrollo de comportamientos de acuerdo con las expectativas del rol asociadas con la nueva posición social. En este proceso de cambio de rol ocurren cambios en la identidad social, en el autoconcepto, en los valores, en el lenguaje y en las habilidades, además de que se incorporan nuevos conocimientos y actuaciones.¹⁴ En ese sentido, se requiere cierta madurez emocional para su adaptación, y se considera una madurez emocional cuando el alumno es capaz de:

- 1) Evaluar las emociones en él mismo, lo que significa tener la capacidad para entender sus emociones profundas y ser capaz de expresarlas naturalmente;
- 2) Evaluar y reconocer las emociones en otros, percibiendo y entendiendo las emociones de las personas que los rodean;
- 3) Regulando la emoción en sí mismo, una persona con alta capacidad de esta área tendría un mejor control de sus emociones y sería menos probable que pierda su temperamento;
- 4) Usar la emoción para facilitar el rendimiento. Sin embargo, cuando hay pobre madurez, se puede presentar 1. Bajos niveles de bienestar y ajuste psicológico del alumnado. 2. Disminución en la cantidad y calidad de las relaciones interpersonales. 3. Descenso del rendimiento académico. 4. Aparición de conductas disruptivas y consumo de sustancias adictivas.¹⁵

A pesar de los sistemas de selección y de las responsabilidades de las universidades, hay estudios que demuestran la influencia que tienen las emociones en los estudiantes en su desempeño académico; la ansiedad como el estrés son comunes, en especial en las médicas. En un estudio hecho en residentes, se encontró casi un 20% de encuestados con tendencia a la psicopatología, donde predominaba la ideación suicida y personalidad neurótica (más frecuente en hombres).¹⁶ El estudio de Wright especifica que un médico estable en su personalidad que presenta conciencia, siendo extravertido y abierto a nuevas experiencias, suele desarrollar una carrera exitosa y placentera, sin importar la especialidad que desea realizar; pero un médico con personalidad neurótica está más predisposto al estrés y a principios de burn-out.¹⁷⁻²²

El sistema de formación de médicos debe, por tanto, adaptarse a una realidad cambiante. No se puede basar el éxito de la educación en el «abolengo», el prestigio y la tradición que tiene el hospital.^{23,24} En la selección y admisión de los futuros médicos generales, no solo deben considerarse su

desempeño académico y sus habilidades profesionales, sino sus habilidades sociales y su perfil socioafectivo.

Desde esta perspectiva nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál será el perfil socioafectivo predominante de los médicos internos de pregrado de recién ingreso al Hospital General de Zona (HGZ) 1-A “Dr. Rodolfo De Mucha Macías” y del HGZ No. 47 “Vicente Guerrero” del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)?

El objetivo fue identificar el perfil socioafectivo predominante de los médicos internos de pregrado de recién ingreso a un HGZ del IMSS segundo nivel, la hipótesis de trabajo que se formuló fue: El perfil socioafectivo predominante de los médicos internos de pregrado de recién ingreso es de poca motivación, moderada ansiedad y con pocas habilidades para la vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional; de tipo transversal descriptivo, prospectivo y prolectivo; se invitó al total de médicos internos de pregrado, presentes y que habían sido aceptados para cursar el internado de pregrado para el año 2017, en dos HGZ del IMSS.

Se consideró como perfil a aquellos rasgos o características particulares que caracterizan a una persona y que sirven para diferenciarse de otras y por perfil socioafectivo aquellos rasgos característicos desde el punto de vista social y afectivo del médico interno de pregrado a su ingreso al HGZ 1-A “Dr. Rodolfo De Mucha Macías” y HGZ No. 47 “Vicente Guerrero” en las esferas: psicológicas (depresión y ansiedad), habilidades para la vida, motivación y actitudes frente a la escuela, y se utilizarán las siguientes escalas y sus correspondientes puntuaciones.

Variables de trabajo: Para el presente trabajo, se consideraron las siguientes variables de trabajo para la descripción del perfil socioafectivo del alumno:

- A. Perfil afectivo quedara determinado con las escalas de depresión y ansiedad.
- B. Para el perfil social, se dividirá en dos dimensiones:
 - a. Habilidades para la vida y percepción familiar: Escalas de habilidades para la vida y escala de vida familiar.
 - b. Valoración y motivación académica: Grado de compromiso laboral, grado de compromiso académico, motivación escolar y actitud hacia la justicia social en educación.

Definiciones conceptuales y operativas: Ansiedad: Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.
Escala de ansiedad HAD.²⁵ **Valoración:**

- a) 0 y 7 no indican caso,
- b) Entre 8 y 10 sería un caso dudoso
- c) Estado de ansiedad: puntuaciones superiores a 11

Depresión: Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

Escala de depresión: Inventario de depresión de Beck²⁶

- a. 1-10: Estos altibajos son considerados normales.
- b. 11-16: Leve perturbación del estado de ánimo.
- c. 17-20: Estados de depresión intermitentes.
- d. 21-30: Depresión moderada.
- e. 31-40: Depresión grave.
- f. >40: Depresión extrema.

Habilidades para la vida: Es la habilidad de una persona para enfrentarse exitosamente a las exigencias y desafíos de la vida diaria.

Escala de habilidades para la vida²⁷ (a. Frecuencia de habilidades cognitivas. b. Escala de habilidades cognitivas. c. Escala de habilidades socioafectivas).

Para la ponderación de las habilidades para la vida se utilizó una encuesta de opinión tipo Likert.

Para la frecuencia de habilidades cognitivas y la escala de habilidades cognitivas contiene tres posibles respuesta en cuanto a su opinión:

- 1. Nunca
- 2. A veces
- 3. Siempre

Escala Habilidades socioafectivas con cuatro posibles respuestas:

- 1. Nunca
- 2. Pocas veces
- 3. Muchas veces
- 4. Siempre

Grado de compromiso laboral: Nivel de obligación que se ha contraído para realizar sus actividades institucionales necesarias para la formación como médico interno; escala de compromiso laboral²⁸ (a. Identificación. b. Pertenencia).

Se utilizó una encuesta de opinión tipo Likert; con cinco posibles respuestas en cuanto a su opinión:

- 1. Totalmente en desacuerdo
- 2. Medianamente en desacuerdo
- 3. No lo tengo definido
- 4. Medianamente de acuerdo
- 5. Totalmente de acuerdo

Grado de compromiso académico: Nivel de obligación que se ha contraído para completar funciones y tareas académicas; escala de compromiso académico.²⁹

Se utilizó una escala de frecuencias:

- 0 = Ninguna vez,
- 1 = Pocas veces al año,

- 2 = Una vez al mes o menos,
 3 = Pocas veces al mes,
 4 = Una vez por semana,
 5 = Pocas veces por semana,
 6 = Todos los días.

Calidad de vida familiar: Estará en función de la riqueza de las condiciones y los objetivos presentes en su propio proyecto de vida familiar junto con las realizaciones que se vayan consiguiendo en el transcurso de la existencia; Calidad de vida familiar³⁰ (a. Importancia, b. Satisfacción)

Se utilizó una encuesta de opinión tipo Likert; con cinco posibles respuestas en cuanto a su opinión:

- Importancia
 1. Poco importante
 2. Algo importante
 3. Es importante
 4. Bastante importante
 5. Importantisimo

- Satisfacción:
 1. Muy insatisfecho
 2. Insatisfecho
 3. Satisfecho
 4. Bastante insatisfecho
 5. Muy satisfecho

Motivación: Los factores o determinantes internos que incitan a una acción; Escala de motivación: Cuestionario MAPE-1³¹

(El cuestionario MAPE, tiene una respuesta dicotómica, SÍ o NO)

Actitud frente a la educación y justicia social: Es la forma de ser o el comportamiento de actuar de una persona; Escala de actitudes.³²

Se utilizó una encuesta de opinión tipo Likert; con cinco posibles respuestas en cuanto a su opinión:

- 1: Totalmente en desacuerdo
 2: Bastante en desacuerdo
 3: Ni acuerdo ni desacuerdo
 4: Bastante de acuerdo
 5: Totalmente de acuerdo

Consideraciones éticas. Se trata de un estudio observacional, descriptivo, con un riesgo mínimo, no se expuso al voluntario a ningún riesgo de salud, el manejo de la información fue en forma confidencial y bajo la legislación de protección de datos y su uso será exclusivo para usos de la propia investigación, la aplicación de las escalas fue anónima y el voluntario tuvo toda la libertad de participar o no, así como de suspender su participación según su conveniencia. Al tratarse de alumnos de pregrado, se aclara que las respuestas y resultados, no tienen ninguna representación en su desempeño académico, calificaciones o promociones futuras así como ninguna sanción por sus respuestas o su participación o no, en el estudio. El presente estudio contó con un consentimiento informado y se apegó a las recomendaciones del comité local de c y ética

Análisis estadístico. Estudio transversal donde se utilizó el reporte de medias, desviación estándar (DE), modas así como frecuencias y porcentajes para los datos generales. Para comparación de medias en cuanto a escalas cuantitativas se utilizó la t de Student y para la comparación de proporciones entre grupos independientes se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson. Se considerará a una $p \leq 0.05$ como estadísticamente significativa.

Se utilizó la escala de Likert (escala de opinión, sobre acuerdo o desacuerdo de conceptos) para conocer y medir promedios de acuerdos y desacuerdos de los alumnos.

RESULTADOS

Se entrevistaron a 101 médicos internos de pregrado (68 del HGZ 1-A “Rodolfo De Mucha Macías” y 33 médicos del HGZ 47 “Vicente Guerrero” del IMSS), la edad media fue de $24(\pm 1.36)$ años y el género que predominó fue el femenino con casi un 60%, la mayoría vive en el seno familiar. Siete aspirantes refirieron estar bajo tratamiento psiquiátrico y solo 2 habían tenido intentos suicidas. Más de la mitad de médicos refirió algún grado de ansiedad (54.6%) y el 20.8 % algún grado de depresión. Tabla 1.

Característica	HGZ 1-A (n=68)	HGZ 47 (n=33)	Total (n=101)	p
Edad (años, DE)	23.56 ± 1.36	25.73 ± 4.5	24.27 ± 2.9	<0.01*
Género	Masculino (n, %) Femenino (n, %)	28 (41.2) 40 (58.8)	13 (39.4) 20 (60.6)	41 (40.6) 60 (59.4)
Vive solo	Sí (n, %) No (n, %)	11 (16.2) 57 (83.8)	3 (9.1) 30 (90.9)	14 (13.9) 87 (86.1)
Ingresos familiares	Altos (n, %) Medios (n, %) Bajos (n, %)	4 (5.9) 49 (72.0) 15 (22.1)	0 (0) 25 (75.8) 8 (24.2)	4 (4) 74 (73.2) 23 (22.8)
Bajo tratamiento psiquiátrico	Sí (n, %) No (n, %)	6 (8.8) 62 (91.2)	1 (3.0) 32 (97.0)	7 (6.9) 94 (93.1)
Diagnóstico previo	Sin depresión y ansiedad Estado depresivo (n, %)	62 (91.2) 2 (2.9)	32 (97) 0 (0)	94 (93) 2 (2.02)
	Trastorno de ansiedad (n, %)	3 (4.4)	1 (3.0)	4 (4.04)
	Estado depresivo y de ansiedad (n, %)	1 (1.5)	0 (0)	1 (1.01)
Intentos suicidas	Sí (n, %) No (n, %)	2 (2.9) 66 (97.1)	0 33 (100)	2 (2.0) 99 (98.0)
Trastorno de ansiedad	Normal (n, %) Diagnóstico dudoso (n, %)	34 (50) 18 (26.5)	12 (36.4) 6 (18.2)	46 (45.5) 24 (23.8)
	Ansiedad leve (n, %)	12 (17.6)	13 (39.4)	25 (24.8)
	Ansiedad severa (n, %)	4 (5.9)	2 (6.0)	6 (5.9)
Estado depresivo	Normal (n, %) Depresión leve (n, %)	58 (85.3) 5 (7.3)	22 (66.7) 8 (24.3)	80 (79.2) 13 (12.8)
	Depresión intermitente (n, %)	3 (4.4)	1 (3.0)	4 (4.0)
	Depresión moderada (n, %)	1 (1.5)	1 (3.0)	2 (2.0)
	Depresión severa (n, %)	1 (1.5)	1 (3.0)	2 (2.0)

DE: Desviación estándar. *t de Student

Tabla 1. Características generales de los médicos de recién ingreso.

En la evaluación de habilidades para la vida; los alumnos opinaron tener menor desarrollo de las habilidades cognitivas relacionadas con los procesos mentales activos, sin embargo, su disposición para ellas son altas así como sus habilidades socioafectivas. Tabla 2.

	Habilidades para la vida	Media (DE) n=101	Mediana (Q1-Q3) n=101	Moda (%)* n=101	Rango n=101
a) Frecuencia de habilidades cognitivas					
	Solución de problemas	2.79(± 0.37)	3.0 (2.5-3.0)	3(85)	2-3
	Concentración	2.21(± 0.58)	2.0 (2-3)	2(62)	1-3
	Estrategias de aprendizaje	2.17(± 0.69)	2.0 (2-3)	2(49.5)	1-3
	Planeación del tiempo	2.13(± 0.68)	2.0 (2-3)	2(51.5)	1-3
b) Escala de habilidades cognitivas					
	Pensamiento crítico	2.16(± 0.46)	2.0 (2-2)	2(76.2)	1-3
	Aplicación en el estudio	2.46(± 0.44)	2.5 (2-3)	3(59.4)	2-3
	Síntesis	2.55(± 0.50)	3.0 (2-3)	3(53.5)	2-3
	Motivación para el estudio	2.71(± 0.46)	3.0 (2.5-3.0)	3(67.3)	1-3
	Planeación de actividades	2.49(± 0.46)	2.5 (2-3)	3(60.4)	2-3
	Planeación del tiempo	3.24(± 0.67)	3.0 (3-4)	3(45.4)	1-4
c) Escala de habilidades socioafectivas					
	Empatía	3.59(± 0.62)	4.0 (3-4)	4(69.3)	1-4
	Asertividad	3.24(± 0.69)	3.0 (3-4)	4(44.5)	2-4
	Expresión de emociones	3.09(± 0.95)	3.0 (2-4)	4(45.5)	1-4

* Porcentaje de los médicos internos que respondieron el valor correspondiente a la moda.

Tabla 2. Habilidades para la vida.

La percepción de su entorno laboral fue bueno, en cuanto a su compromiso escolar era alto, dado que la mayoría refirió que frecuentemente se sentía a gusto con su carrera de médico y su entorno académico, es decir, tanto su motivación, energía, como su compromiso con su carrera eran altos; lo mismo se reflejó en su actitud frente a la educación y justicia social, pues la mayoría estuvo de acuerdo con el compromiso de su carrera, tanto en lo personal como en general de la educación con su entorno social. Aparentemente el entorno familiar también era muy importante para ellos. En la encuesta MAPE-1³¹ que valora la motivación para el estudio, el 63.3% (66 alumnos) estuvieron de acuerdo con las afirmaciones positivas y el 92.1 % (93 alumnos) en desacuerdo con las afirmaciones negativas, es decir, los alumnos están motivados y manifiestan tener preferencia por las actividades académicas que por actividades no académicas, así como mediana incertidumbre para lo desconocido y de lo que se espera de él. Tabla 3.

Escala	Media (DE) n=101	Moda (%)* n=101	Mediana n=101	Rango n=101
a) Grado de compromiso laboral				
Factores positivos	3.81(± 0.96)	5 (29.7)	4.0 (3-5)	1-5
Factores negativos	1.89(± 1.03)	1 (67.3)	1.5 (1-3)	1-5
b) Grado de compromiso escolar				
	5.53(± 0.79)	6 (67.3)	6.0 (5-6)	2-6
c) Actitud frente a la educación y justicia social				
	4.66(± 0.50)	5 (62.4)	5.0 (4.5-5.0)	3-5
d) Calidad de vida familiar				
	4.48(± 0.74)	5 (61.4)	5.0 (3-4)	2-5

* Porcentaje de los médicos internos que respondieron el valor correspondiente a la moda.

Tabla 3. Escalas de percepción de los médicos internos de pregrado.

DISCUSIÓN

Se esperaba que el médico interno de pregrado tuviera una percepción de mayores carencias socioafectivas, sin embargo, los resultados solo nos muestran una alta frecuencia de ansiedad leve y de depresión leve, sin embargo, la opinión sobre el resto de habilidades sociales son altas, lo que contrasta con nuestra hipótesis y nuestras expectativas.

Desde un punto de vista psicológico, los médicos internos de pregrado persiguen metas de aprendizaje y presentan patrones motivacionales adaptativos y se considera que lo que determina la elección de uno u otro tipo de metas es la creencia que los sujetos puedan tener sobre la naturaleza estable o modificable de su entorno y de las distintas habilidades, sin embargo, variables del entorno (ambiente educativo adverso) como estados propios de alumnos (patrones psicológicos) pueden ser tanto activadores como inhibidores del rendimiento y motivación de los alumnos, punto que se tiene que tener en cuenta.

En ese sentido, los resultados nos hacen preguntarnos que, dadas las condiciones de los ambientes educativos en los que se desarrollan los médicos, en muchos casos, deben ser muy adversos, lo que explicaría que muchos médicos presenten, baja motivación y bajo desempeño hacia el final de su año lectivo. Aunque no podemos dejar de lado la posibilidad que haya existido una deseabilidad al responder los cuestionarios, que no nos permita valorar las verdaderas condiciones socioafectivas del médico interno de pregrado. Sin embargo, tendrá que ser otro estudio el que busque corroborar estas hipótesis.

CONCLUSIONES

En los médicos internos de pregrado de recién ingreso se encontró una alta frecuencia de ansiedad leve y de depresión leve, pero una percepción muy alta de su motivación y habilidades para la vida así como de justicia y entorno familiar.

REFERENCIAS

1. Valadez-Nava S, Heshiki-Nakandakari L, Osornio-Castillo L, Domínguez-Álvarez E, Sánchez-de Tagle Herrera R. Expectativas y sentimientos de los estudiantes de Medicina ante el internado de pregrado. *Inv Ed Med* 2014;3(12): 193-197
2. Cherjovski MR, Loianno M. Relación entre sistema de admisión y rendimiento académico. *Revista Argentina de Educación Médica* [internet]. 2011 [acceso 15 de Noviembre 2017];4(2): 55-62. Disponible en: http://www.raemonline.com.ar/pdf_pub/n2_11/1.pdf
3. Silvestre AC, Picazo JPC. El grado en medicina. Una visión por parte de los alumnos. *Educ Med* [Internet]. 2015 [acceso 15 de Noviembre 2017];16(1):100-103. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S1575181315000066/1-s2.0-S1575181315000066-main.pdf?_tid=aca10fbe-0b5d-11e8-8e70-00000aacb360&acdnat=1517935939_b9b0629c15a3dc05aca9791c5c704c00
4. Sanguinetti J, López R, Vieta ME, Berrueto S, Chagra C. Factores relacionados con el rendimiento académico en alumnos de fisiopatología. *Inv Ed Med* 2013;2(8):177-182
5. Grau A, Toran P, Zamora A, Quesada M, Carrion C, Vilert E et al. Evaluación de la empatía en estudiantes de Medicina. *Educ Med* [internet]. 2017 [acceso 15 de Enero 2018];18(2):114-120. Disponible en: <http://www.elsevier.es/revista-educacion-medica-71-articulo-evaluacion-empatia-estudiantes-medicina-S1575181316300419>
6. Phinder-Puente M, Sánchez-Cardel A, Romero-Castellanos F, Vizcarra-García J, Sánchez-Valdivieso E. Percepción sobre factores estresantes en estudiantes de Medicina de primer semestre, sus padres y sus maestros. *Inv Ed Med* 2014;3(11):139-146
7. Herrero-Nieto R, García-González A, Foglia-López M. Apreciación curricular de alumnos de primer ingreso a la carrera de médico cirujano. *Revista Mexicana de Educación Médica* 1990; 1 (1): 23-27
8. Pérez-Albizú E, Urrutia M. La deserción en el ingreso a la carrera de ciencias médicas de la Universidad Nacional de La Plata. *Revista Argentina de Educación Médica* [internet]. 2008 [acceso 15 de Noviembre 2017];2(2):64-67. Disponible en: http://www.raemonline.com.ar/pdf_pub/n2_08/em2-6'_64_67.pdf
9. Garrido-Amable O, Garrido-Amable G, Amable-Ambrós Z. Cultura de salud en estudiantes de Medicina desde la perspectiva curricular. *Educación Médica Superior* [internet]. 2015 [acceso 15 de Noviembre 2017];29(1):72-77. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000100008
10. Silva M, Arboleda-Castillo J, Díaz-Narváez V. Orientación empática en estudiantes de Medicina en una universidad de República Dominicana. *Educación Médica Superior* 2014; 28(1):74-83
11. Lifshitz-Guinzberg A. La enseñanza de la clínica en la era moderna. *Inv Ed Med* 2012;1(4):210-217
12. Cherjovsky R. El perfil profesional del médico y sus competencias: requerimientos de los pacientes y estándares para la acreditación de las carreras. *Revista Argentina de Educación Médica* [internet]. 2013 [acceso 15 Noviembre de 2017];6(1):11-15. Disponible en: http://www.raemonline.com.ar/pdf_pub/n6/11-15-EM1-6-Cherjovsky-A.pdf
13. Moreno-Cubillos C., Sepúlveda-Gallego L. Discriminación y violencia contra los estudiantes de medicina de la Universidad de Caldas. *Inv Ed Med* 2013;2(1):37-41
14. Varela-Ruiz M, Hamui-Sutton A, Reynaga-Obregón J, Valverde-Luna I, Ponce-de León M, Ramírez-de la Roche O, Díaz-Villanueva A. Expectativas y motivación en la transición de rol en el servicio social de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. *Inv Ed Med* 2012;1(1):22-27
15. Hernández-Vargas CI, Dickinson-Bannack M. Importancia de la inteligencia emocional en Medicina. *Inv Ed Med* 2014;3(11):155-160
16. Vargas-Terrez B., Moheno-Klee V., Cortés-Sotres J., Heinze-Martin G. Médicos residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida. *Inv Ed Med* 2015; 4(16):229-235
17. Torres-Acosta N., Rodríguez-Gómez J., Acosta-Vargas M. Personalidad, aprendizaje y rendimiento académico en medicina. *Inv Ed Med* 2013;2(8):193-201
18. Sánchez-López D, León-Hernández S, Barragán-Velásquez C. Correlación de inteligencia emocional con bienestar psicológico y rendimiento académico en alumnos de licenciatura. *Inv Ed Med* 2015;4(15):126-132
19. Blanch DC, Hall JA, Roter DL, Frankel RM. Medical student gender and issues of confidence. *Patient Educ Couns* 2008 Sep;72(3):374-81.
20. Hamui-Sutton A, Aguirre-Hernández R, Díaz-Villanueva A, Ramírez-de la Roche O, Gómez-Lamont D. Problemas académicos de estudiantes irregulares relacionados con el uso del tiempo en la Facultad de Medicina de la UNAM. *Inv Ed Med* 2012;1(3):107-113
21. Martínez-González A, Sierra-Martínez O, García-Durán R, Salazar-Valadez A, Morales López S, Valenzuela-Romero R, Sánchez-Mendiola M. Evaluación del desempeño docente en los cursos de especializaciones médicas de la Facultad de Medicina de la UNAM en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González". *Inv Ed Med* 2012;1(1):14-21
22. Bautista-Rodríguez H., Cantú-Quintanilla G. Aspectos bioéticos ante la selección de residentes conforme al perfil de personalidad para subespecialidad oncológica. *Gaceta Mexicana de Oncología* 2016;15(3):158-167
23. Viniegra M, Vasta L, Valdez P. Modelos de identificación, perfiles y valores en la educación médica. *Revista Argentina de Educación Médica* [internet]. 2008 [acceso 15 de Noviembre 2017]; 2(1):15-23. Disponible en: http://raemonline.com.ar/pdf_pub/n1_08/v2n1_15_23.pdf
24. Fernández-Ortega M, Ortiz-Montalvo A, Ponce-Rosas E, Fajardo-Ortiz G, Mazón-Ramírez J. Caracterización de alumnos de la carrera de Medicina. *Inv Ed Med* 2016;5(19):148-154
25. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria [internet]. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

- Agencia Laín Entralgo. Comunidad de; 2008. [acceso 15 de Noviembre de 2017] Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2006/10. p. 116-118. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
26. Callejas N. Inventario de escalas psicosociales en México 1984-2005 [internet]. México: Universidad Nacional Autónoma de México;2011 [acceso 15 de Noviembre 2017]. p. 86 Disponible en: <http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/repositorio/InventarioEscalasPsicosocialesNaziraCalleja.pdf>
27. Alfaro-Martínez BL. Habilidades de habilidades para la vida. Escala de medición-manual de aplicación, proyecto INFOCAB PB200511: 1-21 [internet] México: Universidad Nacional Autónoma de México;2011 [acceso 15 de Noviembre 2017]. p. 1-14 Disponible en: <http://www.habilidadesparaadolescentes.com/archivos/manualdeaplicacion.pdf>
28. Grajales T. G. Manual de la Escala Grado de Compromiso de los Empleados en Instituciones Universitarias ASD [internet]. Sevilla: Editorial MAD; 2000 [acceso 15 de Noviembre 2017]. p. 1-9 Disponible en: <http://tgrajales.net/compinstit.pdf>
29. Parra P, Pérez C. Propiedades psicométricas de la escala de compromiso académico, UWES-S (versión abreviada), en estudiantes de psicología. Rev Educ Cienc Salud [internet] 2010 [acceso 15 Noviembre de 2017];7(2): 128-133. Disponible en: <http://www2.udec.cl/ofem/recs/antieriores/vol722010/artinv7210c.pdf>
30. Verdugo Alonso MA, Rodríguez Aguilera A, Sainz-Modinos F. Escala de calidad de vida familiar Manual de aplicación [internet]. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad; 2012 [acceso 15 de Noviembre 2017]. p. 7-33. Disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26164/herramientas_6.pdf
31. Alonso J. y Sánchez J. El cuestionario MAPE-I: Motivación hacia el aprendizaje. Evaluación de la motivación en el contexto académico [internet]. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad Autónoma de Madrid;1992 [acceso 15 de Noviembre 2017]. p. 81-86. Disponible en: <http://sohs.pbs.uam.es/webjesus/publicaciones/castellano/cap2.pdf>
32. Murillo F, Hernández-Castilla R, Hidalgo N, Martínez-Garrido C. Elaboración y Evaluación Psicométrica de la Escala de Actitudes hacia la Justicia Social en Educación (EAJSE) RIEJS. [internet] 2014 [acceso 15 de Noviembre 2017]; 3 (2), 215-233. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/666798/RIEJS_3_2_12.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Perfil del supervisor de enfermería en una unidad médica de alta especialidad

Nursing supervisor profile in a medical unit of high speciality

Norma Beatriz Villegas-Gutiérrez¹, Martha Soto-Arreola², José Meljem-Moctezuma³, Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez⁴

1 Escuela de Enfermería Escandón. México. 2 Universidad ICEL, campus Tlalpan. México. 3 Secretaría de Salud. 4 Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

RESUMEN

Introducción: Las características, habilidades y actitudes de la enfermera supervisora son de vital significancia para la función de su perfil. El objetivo de este estudio es analizar el perfil profesional del supervisor de enfermería en una unidad médica de alta especialidad. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal descriptivo. El estudio se llevó a cabo en una unidad médica de alta especialidad en la Ciudad de México, con un muestreo de 43 supervisoras pertenecientes a esta misma unidad. Se aplicó un instrumento para la medición de la cédula del perfil profesional del personal supervisor de enfermería. Para el análisis de la información se utilizaron herramientas de estadística descriptiva. **Resultados:** Solo el 20% poseen estudios de posgrado en administración; la mayoría (93%) obtuvieron el puesto a través de designación. Las horas semanales que dedican a la supervisión directa del paciente fueron desde 6 hasta 30 horas. Solo el 4.6% otorga capacitación y supervisión activa en los servicios bajo su autoridad. **Conclusiones:** El personal supervisor de enfermería se considera capaz para el puesto, aun con la falta de capacitación en administración. Existe poca capacitación activa en los servicios bajo su autoridad, lo que puede repercutir en la atención del paciente.

Palabras clave: Perfil de puesto, enfermería, hospital de alta especialidad.

ABSTRACT

Introduction: The characteristics, skills and attitudes of the nursing supervisor are of vital significance for the function of the profile. The objective of this study is to analyze the professional profile of the nursing supervisor in a medical unit of high speciality. **Material and Methods:** A descriptive cross-sectional study was carried out. The study was carried out in a highly specialized medical unit in Mexico City, with a sample of 43 supervisors belonging to this same unit. An instrument was applied to measure the identity of the professional profile of supervising nursing personnel. For the analysis of the information, descriptive statistics tools were used. **Results:** Only 20% have postgraduate studies in administration; the majority (93%) obtained the position through designation. The weekly hours dedicated to the direct supervision of the patient were from 6 to 30 hours. Only 4.6% provide training and active supervision in the services under their authority. **Conclusions:** The supervising nursing staff considers themselves capable for the position, even with the lack of management training. There is little active training in the services under their authority, which can have an impact on patient care.

Key words: Job post, nursing, medical unit of high speciality.

* Correspondencia: JAPCV, japerez@conamed.gob.mx

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Villegas-Gutiérrez NB, Soto-Arreola M, Meljem-Moctezuma J, Pérez Castro y Vázquez JA. Perfil del supervisor de enfermería en una unidad médica de alta especialidad. Rev CONAMED 2018; 23(1): 28-32.

[*Nursing supervisor profile in a medical unit of high speciality*]

INTRODUCCIÓN

El tema de supervisión en las instituciones hospitalarias es un punto del cual se habla poco, siendo vital para la toma de decisiones y más en las unidades médicas de alta especialidad. Es conocido que una organización médica es atípica, cada día se hace frente a diferentes tipos de adversidades, es por ello que las personas que controlan los procesos deben ser las adecuadas, es decir personal preparado y capacitado en el tema de supervisión.¹

La supervisión es indispensable para detectar fallas o cambios de rumbo y corregirlos mediante asesoría puntual.² Para controlar un desempeño es necesario conocerlo y obtener información suficiente al respecto. La observación o comprobación del desempeño o del resultado pretende obtener información sobre cómo marchan las cosas y sobre lo que ocurre.³

Los estudios y publicaciones que se han realizado específicamente enfocados en el planteamiento del problema de la supervisión de enfermería en México son limitados para poder realizar un análisis profundo acerca de los riesgos, obstáculos, limitaciones que se presentan, así como el cumplimiento de los objetivos y áreas de oportunidad que mejoran la estructura del fenómeno. Sin embargo, en un estudio realizado por CONAMED “Identificación de la mala práctica de enfermería a partir de la queja médica” (Méjico 2013) se encontró que: en el 70% de los casos no se documentó la firma de quien supervisó la atención de enfermería.⁴

El supervisor de enfermería tiene la responsabilidad de dominio en el área administrativa, por ello es indispensable que cuente con los conocimientos apropiados que le permitan implementar la supervisión de forma precisa. Los requisitos que debe cumplir un supervisor de enfermería para su desempeño en el ámbito hospitalario deben ser identificados a través de un análisis de puestos.

Mientras la descripción de puestos es un simple inventario de las tareas o responsabilidades de su ocupante, el análisis de puestos es la revisión comparativa de las exigencias (requisitos) que imponen esas tareas o responsabilidades. Es decir, cuáles son los requisitos intelectuales y físicos que debe tener el ocupante para desempeñar exitosamente el puesto, cuáles son las responsabilidades que el puesto le impone y en qué condiciones debe desempeñarse.³

El supervisor de enfermería debe poseer una gama muy amplia de conocimientos, por ejemplo en calidad de atención al paciente, habilidades en la toma de decisiones y negociación, el ser resolutivo, por mencionar algunas. La forma de supervisar una unidad es un proceso que conlleva tiempo, preparación y conocimiento; para poder cumplir con esta responsabilidad se debe obtener capacitación, adiestramiento y entrenamiento hasta lograr obtener un grado de expertis en la materia.²

La supervisión de enfermería es un proceso que mantiene en paralelo, junto con el proceso administrativo, los mismos pasos de planeación, organización, integración, dirección y control para poder obtener los resultados esperados.

En todos estos pasos se debe mantener un liderazgo efectivo. El liderazgo efectivo es fundamental para que una organización pueda funcionar de manera eficiente y cumplir cabalmente con su misión.^{5,6}

Hay que mantener un reconocimiento favorable cuando los resultados que se proporcionen sean los más sobresalientes. De esta forma el reconocimiento que se le puede otorgar a un supervisor puede ser a través de incentivos económicos y también a través de los no monetarios. De acuerdo con una encuesta acerca de la efectividad de los programas de reconocimiento que aplican las empresas, conducido por el WorldatWork y la National Association for Employee, se demostró que estos programas de reconocimiento monetario y no monetario son particularmente efectivos en fortalecer la lealtad del empleado y en reforzar conductas que ayudan a alcanzar los objetivos de desempeño empresarial.⁷

El objetivo de la presente investigación fue conocer cuál es el perfil profesional del personal supervisor de enfermería en una unidad médica de alta especialidad, para comprender cuáles son las expectativas, inquietudes y dificultades que interfieren en las funciones de supervisión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo transversal descriptivo en los meses de agosto de 2014 a agosto de 2015. El estudio se llevó a cabo en una unidad médica de alta especialidad, con un muestreo de 43 supervisoras pertenecientes a los distintos turnos de esta misma institución.

Para llevar a cabo el estudio se aplicó como instrumento de medición la “Cédula de Perfil Profesional del Personal Supervisor de Enfermería en Unidades Médicas de Alta Especialidad”. Para su construcción se tomó en cuenta la literatura existente y normatividad vigente institucional del sector salud sobre la supervisión de enfermería.

Fueron aplicados 64 interrogantes, divididos en 16 apartados que corresponden a las siguientes categorías: datos generales de la institución, datos personales, datos académicos, datos laborales, datos gremiales, tipo de hospital y características, relación laboral, acceso a la información, reconocimiento como supervisor, participación, aspectos que influyen en la satisfacción del personal supervisor, problemática más apremiante en relación con su puesto de supervisor/a, aspectos de integración, funciones del supervisor, mapa de competencias, tecnologías informáticas.

Análisis estadístico

Las variables categóricas se analizaron de forma descriptiva por medio de frecuencia absoluta y relativa de las características estudiadas. Las variables numéricas se resumieron a través de resultados estadísticos de promedio, desviación estándar, mínimo, mediana y máximo.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 43 supervisoras, de 20 a 60 años de edad. Del total de las supervisoras, solo 11 (25.5%) tienen

estudios relacionados en el área de administración, dos (4.6%) de ellas a nivel posttécnico y nueve (20.9%) a nivel posgrado.

Con respecto a la relación laboral, en la figura 1, se pueden apreciar las horas que se dedican en atención directa al paciente. Los resultados son muy variables, hay supervisoras que dedican menos de 5 horas a la semana y en el otro extremo, el 24% dedica más de 31 horas. Entre los grupos que mayor predominio tienen están aquellos que dedican de 6 a 10, de 16 a 20 y de 26 a 30 horas (Figura 1).

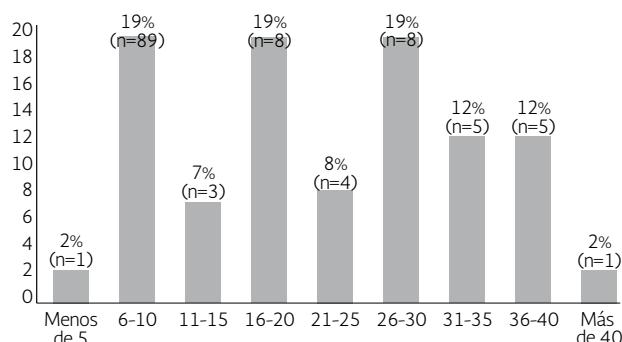


Figura 1. Descripción de las horas que las supervisoras en enfermería entrevistadas dedican a la atención directa del paciente.

Por otro lado, hasta el 93% (n=40) de las supervisoras obtuvieron su cargo a través de designación directa, es decir, no fueron evaluadas sus aptitudes para el puesto.

Con respecto al reconocimiento de su trabajo como supervisoras, casi la mitad (41.8% n=18) perciben poco o ningún reconocimiento por parte de la dirección general.

Con respecto a la participación, solo 2 (4.6%) supervisoras contestaron que sí otorgaban capacitación y supervisión activa en los servicios, pero no especificaron de qué forma lo hacían, y una refirió capacitación a través de la educación incidental, la educación en el servicio, revisión de los procedimientos, a través de talleres, a través de sesiones clínicas.

Del apartado de competencias, 22 (51%) de las supervisoras se sienten “expertas en habilidad de liderazgo”; 18 se sienten “óptimas” y una se siente “excelente” en el dominio de esta habilidad. Solo una supervisora no contestó a esta pregunta.

DISCUSIÓN

Cada área médica requiere de personal competente para el desempeño de sus funciones. La Administración es un punto significativo para la organización. El tener supervisoras preparadas en Administración es vital para hacer cumplir los requerimientos del sistema de salud. La mayoría de los expertos coinciden en que hay cinco funciones básicas que todos los gerentes desempeñan: la planeación, la organización, la integración, la dirección y el control. En conjunto, estas funciones representan el proceso de administración.⁸ De esta forma al contar solo con 11 supervisoras capacitadas en el área administrativa se vuelve imprescindible que

las demás se capaciten en esta ciencia para presentar resultados positivos en los objetivos, las políticas organizacionales, los lineamientos vigentes. Para implementar una adecuada gestión de la calidad, un adecuado manejo de recursos humanos y materiales. Para conducir una apropiada comunicación interna con el equipo de profesionales de la salud. Para atender y satisfacer la demanda de los usuarios o bien para la optimización del control de registros y documentos. A través de la evaluación y de crear un análisis de mejoría que se pueden realizar en cada área de oportunidad y proponer acciones correctivas en las dificultades.

Al no poseer los conocimientos necesarios en el área administrativa, tampoco tendrán las bases necesarias de cuánto tiempo deben dedicar a la supervisión de cada área. Balderas (2009) menciona que lo óptimo para la distribución del tiempo en la supervisión al paciente es solo del 20%.⁹ Lo que muestran los resultados es que las supervisoras exceden el promedio de supervisión en este rubro, ello podría traer como consecuencia que no se desarrolle una supervisión adecuada o que se descuiden algunas otras áreas que requieren mayor tiempo de supervisión, como por ejemplo la supervisión al personal. El estudio que demuestra lo anterior se titula: “Identificación de la mala práctica de enfermería a partir de la queja médica”. En un estudio se encontró que en el 99% de los casos analizados se identificaron elementos de mala práctica; en el 20%, se evidenció que el acto u omisión de enfermería generó daño a la salud; en el 65% existió mala práctica relacionada con la administración de medicamentos y en el 70% de los casos no se documentó la firma de quien supervisó la atención de enfermería.⁴

En el mayor número de supervisoras el mecanismo de acceso a su puesto de trabajo actual fue a través de designación. A lo cual es necesario que se tomen en cuenta las especificaciones del puesto que se pretende ocupar, se puntualiza que ello corresponde a la lista de los “requisitos humanos” para un puesto, es decir, los estudios, las habilidades, la personalidad, etc.⁸ Dado que la gran mayoría de las personas acceden a su puesto a través de una designación, es conveniente se tenga una visión de ¿qué persona se reclutara?, ¿cómo debe trabajar?, ¿con quién debe trabajar?, ¿qué habilidades, competencias y conocimientos debe poseer? La supervisión en una unidad médica debe dar resultados y estos se darán a partir de las acciones que el personal implemente en cada una de sus tareas. Una vez que se ha colocado al personal en el puesto de supervisor, se le debe dar una inducción a su puesto, aunque formen parte de la misma empresa, para que no se cometan errores. Así mismo se debe evaluar que el desempeño que lleve a cabo sea el correcto o el deseado. De esta forma se corrobora que el nuevo supervisor o la nueva supervisor será, sin duda alguna, la persona que la unidad médica requiere.

La motivación y la satisfacción son diferentes; a pesar de las investigaciones y teorías, no debería olvidarse que la recompensa y el castigo son fuertes motivadores.⁹ Al observar que 18 supervisoras se perciben de “poco a nada” reconocidas

por parte de la dirección general da pauta a que se piense que el reconocimiento que se les concede por su trabajo es casi nulo. En consecuencia, los administradores de hospitales deben estar familiarizados con el trato individual y colectivo de los empleados para poder aplicar correctamente sus conocimientos sobre motivación y liderazgo.² Es de vital importancia en una organización que se les informe a las supervisoras acerca de cómo se ejercitan en sus labores diarias y en ese informe destacar tanto lo bueno como lo malo. Destacar lo malo para evitarlo, corregirlo o dar propuestas de mejora. Destacar lo bueno para reconocer lo que está conduciendo a que las metas y objetivos se cumplan y que de esta forma las supervisoras sigan practicando lo que es apropiado, para hacerles sentir que su trabajo contribuye al éxito del servicio y de la reputación de la unidad médica donde trabajan.

Parte de las actividades diarias de una supervisora es estudiar los informes de actividades, revisar quejas, felicitaciones y sugerencias de los usuarios, presentar propuestas a los niveles superiores de programas integrales de asesorías, dar o permitir que sus subordinados asistan a cursos de capacitación, asistir a cursos específicos sobre asesorías y vigilar las áreas en las que haya detectado fallas repetidamente.¹⁰

En una unidad médica es vital contar con líderes que hagan más fácil el alcance de las metas organizacionales y al observar que la mayor parte de las supervisoras se sienten de óptimas a expertas en el tema de liderazgo es un punto que se considera favorable no solo en esta unidad médica sino en cualquier otra organización. El liderazgo es guiar, conducir, dirigir y preceder. El líder actúa para ayudar a un grupo para lograr sus objetivos mediante la aplicación máxima de sus capacidades, no se detiene detrás del grupo, se pone al frente inspirando. El líder al poner en práctica sus capacidades y conocimientos sabrá conducir a la organización por el mejor camino y durante la trayectoria será conocedor de cómo alcanzar el éxito a través de dirigir y desempeñar las mejores habilidades de cada persona que conforma su grupo de trabajo. Cada líder desempeñará todas estas tareas a través del estilo propio que cada uno posee por habilidades innatas o adquiridas.⁹

Las horas que brindan de atención directa al paciente son inadecuadas según lo que marca la bibliografía, pues hay supervisoras que dedican menos de 5 horas a la semana y en el otro extremo, dedican más de 31 horas. Sin embargo, si se realiza la operación de multiplicar 8 horas por el 20% que debe dedicar solamente de atención directa al paciente entre el 100% del total de actividades que se debe supervisar, el resultado es 1.6. Si 1.6 se multiplica por los cinco días de la semana que laboran las supervisoras el resultado es de 8 horas a la semana lo que deben dedicar de atención directa al paciente. En este caso se recomienda reajustar los porcentajes correctos de cada área a supervisar dependiendo y considerando los diferentes medios, circunstancias y sucesos.

Casi el total de las supervisoras tuvo acceso a su puesto de trabajo a través de una designación. El designar a una

persona implica que debe conocer ampliamente todos los aspectos que debe manejar por ello se recomienda designar el puesto al mejor vacante a través de los requisitos intelectuales y de análisis del puesto para que de esta forma la organización pueda expresar su mejor potencial.

Una importante cantidad de ellas no se sienten reconocidas por la dirección general. Es significativo que los gerentes de las empresas reconozcan el buen desempeño de las personas que trabajan en la organización, por ello se recomienda fortalecer los diferentes canales de comunicación entre los directivos con sus empleados. De tal forma que se pueda notar o reconocer las buenas acciones y, de forma específica, que se puedan señalar los logros y recomendar las buenas ideas, el mejor desempeño, la antigüedad, etc., de las supervisoras de Enfermería a través de distintos incentivos monetarios y no monetarios.¹¹

La mayor parte de supervisoras se considera en un grado de expertas en cuanto al tema de liderazgo. Conociendo que la organización cuenta con personal que se considera hábil en dirigir a sus equipos de trabajo, se recomienda que comparten este estímulo de liderazgo a los demás individuos, no solo a sus sucesores de puesto, sino abarcar la oportunidad de crear un liderazgo transformacional en las diversas áreas del hospital donde no hay un liderazgo efectivo. Pudiendo de esta manera las supervisoras de Enfermería manifestar sus experiencias, ser facilitadoras de ideas, cooperativas en la escucha y toma de decisiones, etc., y de esta forma crear una sinergia total en todo el hospital.¹²

CONCLUSIONES

En conclusión, se observa que existen muy pocas supervisoras que poseen estudios administrativos. Las horas que brindan de atención directa al paciente son inadecuadas según lo que marca la bibliografía. Casi el total de las supervisoras tuvo acceso a su puesto de trabajo a través de una designación, una importante cantidad de ellas no se sienten reconocidas por la dirección general y la mayor parte se considera en un grado de expertas en cuanto al tema de liderazgo.

REFERENCIAS

1. Manrique F. Significado de ser enfermera supervisora una aproximación fenomenológica [Internet]. Universidad de Carabobo. 2008 [cited 2017 Sep 9]. p. 62. Available from: <http://produccion-uc.bc.uc.edu.ve/documentos/trabajos/100020E7.pdf>
2. Sobrino-Lazaro G. Manual simplificado de administración de hospitales. 1st ed. México: PAC (Publicaciones Administrativas Y Contables JUR); 2013. 146-150 p.
3. Chiavenato I. Administración de Recursos Humanos. El capital humano de las organizaciones. 9th ed. Mexico: McGraw-Hill; 2011. 421 p.
4. Meljem-Moctezuma J, Pérez-Castro J, Soto-Arreola M. Identificación de la mala práctica de enfermería a partir de la queja médica. Rev CONAMED. 2013;18:S6-16.
5. Chávez EC YL. Staff nurse clinical leadership: a concept analysis. Nurs Forum. 2015;50(2):90-100.

6. Juan-López M RPL. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL [Internet]. Estándares para certificar hospitales. 2015 [cited 2017 Sep 15]. p. 341. Available from: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/estandares/2aEdicion-EstandaresHospitales2015_SE.pdf
7. Werther W KD. Administración de recursos humanos. El capital humano de las empresas. 6º. México: McGraw-Hill; 2008. 377 p.
8. Dessler G VJR. Administración de los recursos humanos. 5º. G. DC, editor. México: Prentice Hall; 2011. 1-15 p.
9. Pedrero MB. Administración de los servicios de enfermería. 5º. J de LF, editor. Mexico: McGraw-Hill; 2005. 118 p.
10. Francke AL de GF. The effects of group supervision of nurses: a systematic literature review. *Int J Nurs Stud.* 2012;49:1165–79.
11. Buckingham M CD. Ahora, descubra sus fortalezas. 1st ed. Colombia: Norma; 2012.
12. Sandström B, Borglin G, Nilsson R WA. Promoting the implementation of evidence-based practice: a literature review focusing on the role of nursing leadership. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2011;8:212–23

La queja médica relativa a los servicios de ginecología y obstetricia en México, 2001-2015

The medical complaint regarding the services of gynecology and obstetrics in Mexico, 2001-2015

Sonia Beatriz Fernández-Cantón¹, Jose Noé Rizo-Amézquita¹

¹ Dirección General de Difusión e Investigación, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México.

RESUMEN

Introducción: Durante el periodo 2001-2015 la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) atendió un total de 24,393 quejas médicas, de ese total, las quejas relacionadas con el servicio de ginecología y obstetricia suman 2,758 representando el 11.3% del global, ocupando uno de los primeros tres lugares. **Métodos:** Estudio observacional transversal descriptivo de la queja médica relativa a los servicios de ginecología y obstetricia basado en la información obtenida del Sistema Automatizado de Quejas Médicas de la CONAMED, con un periodo entre los años 2001-2015. **Resultados:** El diagnóstico principal que originó la queja médica fue embarazo, parto y puerperio con 1,084 quejas (39.3%), la institución de salud con mayor número de quejas fue el Instituto Mexicano del Seguro Social con 1,640 quejas (59.5%), el principal motivo de la queja medica fue el tratamiento quirúrgico con 1,204 quejas (28.4%), y de esta queja el motivo fue la secuela posterior al tratamiento quirúrgico con 296 quejas (24.6%). Según la modalidad de conclusión de la queja fue la conciliación de 1,397 quejas (50.7%) y concluyeron en arbitraje 253 quejas (9.2%). Finalmente, durante el proceso arbitral de las 253 quejas concluyeron en no conciliación/por falta de interés procesal 113 quejas (44.7%), por laudo 87 quejas (34.4%), en amigable composición 27 quejas (10.7%) y en conciliación 26 quejas (10.3%). **Conclusiones:** Habrá que estudiar con mayor detalle en qué medida estos problemas obedecen a carencia de supervisión de procesos, a escaso apego a manuales de procedimiento y guías clínicas, falta de material e infraestructura e insuficiencia de personal o a exceso de cansancio del mismo.

Palabras claves: Ginecología y Obstetricia, queja médica, parto, puerperio, conciliación, arbitraje.

ABSTRACT

Introduction: During the period 2001-2015 the National Medical Arbitration Commission (CONAMED) attended a total of 24,393 medical complaints which related to the gynecology and obstetrics service were 2,758 complaints, representing 11.3% of the global, occupying one of the first three places. **Methods:** Observational, cross-sectional, descriptive study of the medical complaint related to gynecology and obstetrics services based on information obtained from the Automated System of Medical Complaints of CONAMED, with a period between 2001-2015. **Results:** The main diagnosis that originated the medical complaint was pregnancy, delivery and puerperium with 1,084 complaints (39.3%), the health institution with the highest number of complaints was the Mexican Social Security Institute with 1,640 complaints (59.5%), the main reason for the medical complaint was the surgical treatment with 1,204 complaints (28.4%), and of this complaint, the reason was the sequela after the surgical treatment with 296 complaints (24.6%), according to the modality of conclusion of the complaint was the conciliation 1,397 complaints (50.7%) and 253 complaints (9.2%) concluded in arbitration. Finally during the arbitration process of the 253 complaints concluded in; no conciliation / due to lack of procedural interest 113 complaints (44.7%), by arbitration award 87 complaints (34.4%), in friendly composition 27 complaints (10.7%) and in conciliation 26 complaints (10.3%). **Conclusions:** It will be necessary to study in greater detail which problems are due to lack of process supervision, little adherence to procedural manuals and clinical guidelines, lack of material and infrastructure and insufficient personnel or excess fatigue.

Key words: Gynecology and Obstetrics, medical complaint, delivery, puerperium, conciliation, arbitration.

* Correspondencia: SBFC, sfernandez@conamed.gob.mx

Conflict of interests: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Fernández-Cantón SB, Rizo-Amézquita JN. La queja médica relativa a los servicios de ginecología y obstetricia en México, 2001-2015. Rev CONAMED 2018; 23(1): 33-42.

[The medical complaint regarding the services of gynecology and obstetrics in mexico, 2001-2015]

INTRODUCCIÓN

Uno de los cambios de paradigma más significativos en los últimos años con relación al tema de mujer y salud lo constituye la consideración del análisis de la morbimortalidad femenina, particularmente la materna, bajo el enfoque de los derechos humanos.¹

Es en este contexto que surge la CONAMED como un órgano autónomo de carácter federal creado a mediados del año 1996, con plena autonomía técnica para emitir acuerdos, laudos, opiniones y dictámenes médicos, siendo su principal interés la resolución de conflictos surgidos entre usuarios y prestadores de los servicios de salud, a través de los llamados mecanismos alternos de solución de controversias, los cuales pueden ser desde orientaciones, asesorías, gestiones inmediatas, conciliaciones y procesos de arbitraje médico que concluyen con la emisión de un laudo. En todos los casos la participación femenina es mayoritaria como población demandante, con promedios cercanos a 60% contra 40% de hombres.

A manera de contexto general, debe señalarse que durante el periodo 2001-2015 la CONAMED atendió un total de 241,358 asuntos, de los cuales 24,393 fueron quejas concluidas (10.1%) mediante los procedimientos de conciliación y arbitraje. De ese total, las quejas relacionadas con el servicio de ginecología y obstetricia suman 2,758 durante ese periodo, representando 11.3% del global, con un promedio de 184 quejas por año aproximadamente. Lo anterior significa que dicho servicio ocupa uno de los primeros tres lugares, con una frecuencia semejante a las presentadas por los servicios de urgencias y traumatología y ortopedia.

Tomando en cuenta el gran contexto antes mencionado debe establecerse los alcances de esta aportación así como las limitantes que la misma conlleva. Por un lado, es importante mencionar que la cobertura del análisis está acotado al ámbito institucional de la CONAMED, al no estar consideradas las quejas registradas y atendidas por parte de las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico.

Los registros incluidos en el análisis son aquellos para los cuales se abrió un expediente, mismo que concluyó durante el periodo 2001-2015; es decir que la materia del análisis está conformado por las quejas concluidas en el periodo señalado, mismas que fueron atendidas inicialmente en la fase conciliatoria y en forma parcial, cuando así lo decide el usuario afectado, a través del proceso arbitral.

Propósito del estudio. Se pretende analizar las quejas médicas relacionadas con el servicio de ginecoobstetricia durante el periodo 2001-2015, con el fin de caracterizar a la población usuaria afectada, a las instituciones involucradas, los motivos de la queja, los daños asociados, la evaluación del acto médico y la forma de conclusión de la queja, entre los principales aspectos, de tal forma que a partir de los resultados obtenidos puedan realizarse algunas sugerencias y/o propuestas para prevenir la ocurrencia de errores e incidentes adversos y mejorar con ello la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

El contenido del presente artículo se refiere a una investigación documental, de tipo transversal descriptivo, está basada en la información disponible generada a partir de bases de datos en Excel obtenidas del llamado Sistema Automatizado de Quejas Médicas (SAQMED), que constituye el sistema administrativo de registro de quejas que procura a la CONAMED las cifras de control de los procesos institucionales; el periodo seleccionado para el análisis comprende los años 2001-2015 por contener el mayor número de variables homogéneas en el tiempo y de esta forma poder mostrar, a través de dicha información, un comportamiento más sólido y congruente respecto a las categorías factibles de analizarse.

La cobertura conceptual del estudio incluye variables sociodemográficas, de la atención médica brindada, de los motivos de la queja y de la modalidad de conclusión del proceso. Lamentablemente el SAQMED no incluye variables que permitan medir la vulnerabilidad de la población afectada, como pudieran ser el nivel de instrucción de las usuarias, o bien el tipo de ocupación, por mencionar solo dos de ellas. La inclusión de aspectos sobre la seguridad del paciente (incidentes adversos) hubiera sido también deseable.

Otra limitante que amerita ser mencionada es la información sobre los diagnósticos y padecimientos que son presentados en forma de textos descriptivos sin contar con la codificación correspondiente a la Clasificación Internacional de Enfermedades cuya versión vigente es la décima revisión desde 1997, esta ausencia dificulta de manera importante el procesamiento de los datos y el agrupamiento de los mismos, por lo que la información que se presenta deberá tomarse con las debidas precauciones.

El manejo estadístico de la base incluyó la limpieza de los datos, la elaboración de cuadros, la compactación de algunas variables (como la lista de los padecimientos y diagnósticos), así como la obtención de frecuencias simples, distribuciones porcentuales y algunos indicadores. En todo momento se aseguró la confidencialidad de los datos personales tal como lo señala la legislación correspondiente.

De manera complementaria, y como apoyo al análisis del total de quejas, se considerarán, cuando así parezca conveniente, algunas cifras relevantes obtenidas de las quejas atendidas en la fase arbitral (quejas concluidas mediante la emisión de laudos) generadas a partir del proyecto ARIEL (Automatización de Registros de Información Estadística sobre Laudos)², cuyas bases de datos permiten profundizar en mayor medida en lo referente a temas como los incidentes adversos y la seguridad del paciente, la gravedad del daño sufrido, la evaluación del acto médico y la conclusión del laudo. No obstante las cifras mencionadas corresponden únicamente a un periodo de cinco años (2011-2015), tiempo limitado por corresponder a la cobertura temporal del proyecto mencionado.

RESULTADOS

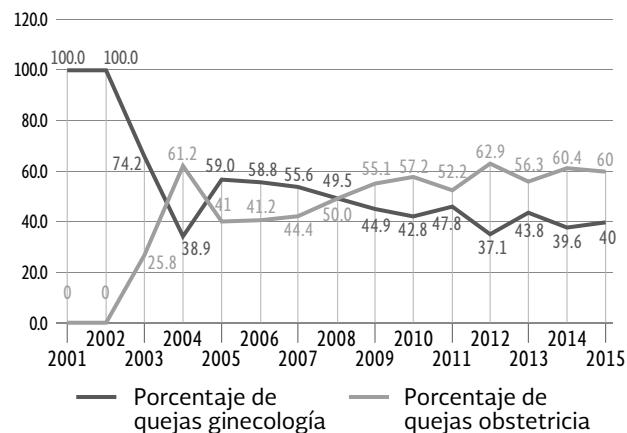
Durante los últimos 15 años de la vida de CONAMED desde el año 2001 al 2015, se atendieron en esta Comisión un total de 24,393 quejas de las cuales 2,758 estuvieron vinculadas a la atención de Ginecología y Obstetricia, representando este servicio 11.3% del global de las quejas concluidas. Este peso relativo muestra cambios significativos a lo largo del periodo, con un porcentaje apenas superior a 4% tanto en el año inicial como en el final. La tendencia muestra tres fases. Una primera de carácter creciente (2002-2004) alcanzando para el último año la cifra más elevada de quejas (249 con un peso relativo de 16.5%); una segunda fase de relativa estabilidad (2005-2009) con un promedio anual aproximado de 225 quejas, para enseguida mostrar un descenso continuo (2009-2015) pasando de 218 a 90 quejas anuales.

Cuadro 1. Evolución de las quejas concluidas del servicio de ginecología y obstetricia, 2001-2015.

Año	Total de quejas	Quejas de Gineco-obstetricia	Peso relativo
2001	1,546	65	4.2
2002	1,114	160	14.4
2003	1,309	215	16.4
2004	1,508	249	16.5
2005	1,608	227	14.1
2006	1,544	215	13.9
2007	1,667	246	14.8
2008	1,734	208	12
2009	1,748	228	13
2010	1,671	174	10.4
2011	1,794	180	10
2012	1,699	186	10.9
2013	1,775	176	9.9
2014	1,654	139	8.4
2015	2,022	90	4.5
Total	24,393	2,758	11.3

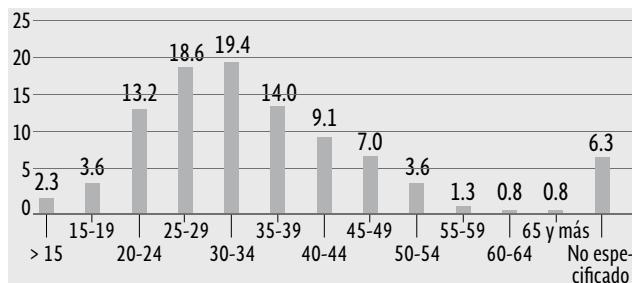
Considerando la desagregación de estas cifras según la especialidad directamente involucrada en las quejas, el comportamiento de los casos de ginecología así como los de obstetricia siguen tendencias muy distintas: mientras los primeros van hacia la baja, los de obstetricia muestran un continuo ascenso, tal como se observa en la gráfica 1.

Sobre la población afectada. La edad es un antecedente biogeográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el periodo llamado edad fértil, el cual es un factor ampliamente estudiado como parte de la valoración ginecológica. El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en menores de 20 años o embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico que implica, genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre, convirtiéndose en un importante problema para la salud pública. El embarazo en mujeres de 35 o más años se asocia a un aumento del riesgo de



Gráfica 1. Evolución de las quejas concluidas de ginecología vs las quejas de obstetricia, 2001-2015.

presentar una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal.



Gráfica 2. Edad de la usuaria de servicios de salud.

La edad de las usuarias que se presentaron ante la CONAMED de acuerdo a la distribución de los rangos de edad, se ubican principalmente en estratos conformados por población en edad adulta (18.6, 19.4 y 14 %, en los rangos de 25 - 29 años, 30 - 34 años y 35 - 39 años, respectivamente).

Entidad de residencia (usuario) contra entidad de la atención (unidad médica). La información que será comentada tiene limitantes respecto al estar analizando las quejas presentadas ante la CONAMED; estas provienen en gran parte de residentes de la Ciudad de México y en menor medida del estado de México; lo anterior al no estar consideradas en el análisis las quejas atendidas por las 26 Comisiones Estatales de Arbitraje Médico existentes.

De su análisis se destacan las siguientes cifras:

- En cuanto a la residencia de las usuarias afectadas que decidieron levantar la queja de ginecología y obstetricia destaca la Región Centro del país con 48% de habitantes del Distrito Federal (hoy Ciudad de México) y 23.7% provenientes del Estado de México, lo que significa que 72 de cada cien usuarias demandantes radican en el Valle de México.

- En forma congruente a lo anterior, las entidades federativas donde se ubican las unidades de atención vinculadas a las quejas de ginecología y obstetricia presentadas ante la CONAMED destacan también por su ubicación geográfica céntrica, ya que 72% de ellas (1,979) se ubican en la Ciudad de México (56%) o el Estado de México (15.8%), coincidiendo con la alta concentración de servicios de salud existente en la región, además de la cercanía con la sede en la que se levantó la queja. El resto de las entidades de la República también formaron parte de las estadísticas aunque en menor medida, ya que 30 estados aportan el 28% de las quejas restantes; destacan por la frecuencia de los casos en orden decreciente la participación de Chiapas (60), Guanajuato (55) y Chihuahua (54) ninguno de ellos limítrofe a la capital del país como podría esperarse.

Diagnóstico Principal. Como parte de las variables que intervienen en el conocimiento de la queja, se comentará en el siguiente apartado el diagnóstico inicial por el que la población usuaria acudió a los servicios de salud para su atención, a partir de la cual ocurrió el incidente o inconformidad a partir de la cual se originó la queja.

El análisis de los principales padecimientos que dieron origen a la queja se presentan en el cuadro 2, en el cual se muestra en forma sintética la morbilidad referida por las mujeres durante la conformación del protocolo de la queja, en una organización de diez rubros principales. En primer término destaca, como era de esperarse, las patologías vinculadas al embarazo, al parto y al puerperio, que en sí mismas son responsables del 40% del total de los casos, constituyendo la esencia del quehacer de los servicios de obstetricia. En este apartado se han incluido aspectos tales como complicaciones de la atención quirúrgica, como son la hemorragia y ruptura uterina, además de aborto y leiomiomas del útero.

Por otra parte, las complicaciones de la atención médica y quirúrgica, así como los problemas relativos a los tumores, las infecciones de transmisión sexual, entre otras encabezan la morbilidad propia del ámbito de la ginecología.

II Sobre la institución involucrada. El análisis del total de quejas recibidas pone en manifiesto que de las 2,758 inconformidades relativas a los servicios de ginecología y obstetricia, cuatro de cada cinco de ellas se originó en el sector público (81%) y solo una en el sector privado (19%). No obstante, cuando se analizan solo aquellas de mayor complejidad, resueltas generalmente a través del proceso arbitral, la diferencia se invierte, correspondiendo 65% al sector privado y 35% al sector público.

La información desagregada por subsectores muestra un primer resultado que llama la atención, pues a pesar de la cobertura poblacional semejante que tiene la seguridad social y a aquella que se ubica como no asegurada³, la distribución de las quejas está lejos de ser congruente: 87% de las quejas del sector público provienen del subsector de seguridad social contra solo 13% de la población abierta. Esto se retomará con mayor detalle en apartados siguientes.

Cabe señalar que el comportamiento de las cifras a través

Cuadro 2. Diagnóstico principal que originó la atención que dio origen al incidente que motivó la queja del servicio de ginecología y obstetricia, 2001-2015.

Diagnóstico	Total	%
Embarazo, parto y puerperio	1,084	39.3
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	558	20.2
Tumores	523	19
Procedimientos médicos, incluyendo complicaciones	120	4.4
Infecciones de transmisión sexual	50	1.8
Infertilidad	24	0.9
Enfermedades del sistema genitourinario	16	0.6
Malformaciones congénitas del sistema nervioso	15	0.5
Síndromes	13	0.5
Cistocele	12	0.4
Fracturas y lesiones biomecánicas, no especificadas	11	0.4
Otras causas	24	0.9
No especificado	308	11.2
Total	2,758	100

de los años muestra cambios importantes como puede observarse en el cuadro 3; ejemplo de ello es al interior del sector público, respecto al cual es creciente el peso relativo de la población no derechohabiente, misma que al inicio del periodo representó 6.9%, en tanto que al final de este ya significa más de la cuarta parte de las quejas. Situación similar sucede con el comportamiento del sector privado, cuyo peso relativo respecto al total de quejas varía de 10.1% en el año 2001 a 26.7% en 2015, con valores intermedios y fluctuantes entre ambos extremos del periodo.

Institución donde ocurrió el incidente que originó la queja. Como puede observarse, son las instituciones que integran el subsector de la seguridad social quienes aportan el 70.5% de las quejas analizadas en el presente trabajo, presentando el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la más alta concentración con 60%, 9% el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y de otras dependencias un poco más de 1%, lo que significa un resultado esperado al interior de dicho sector dada la distribución de la población adscrita a las dependencias que lo conforman. En todos los casos se trata de la población que mantiene un empleo formal o que gracias a él la familia entera se beneficia de las prestaciones que se ofrecen.

En cuanto a las instituciones que atienden a población no asegurada, la Secretaría de Salud (SSA) de quien dependen los Hospitales Federales de Referencia, los Hospitales Regionales de Alta Especialidad y los Institutos Nacionales de Salud, así como los Servicios Estatales de Salud, representan apenas un poco más del 10% del total de quejas, cifra incongruente si se considera que la cobertura del Seguro Popular para el año 2014 reporta más de 57 millones de afiliados, cifra comparable en volumen con la cobertura reportada por el IMSS en ese mismo año (59 millones).³

Cuadro 3. Evolución del número de quejas según sector en el que ocurrió el incidente que dio origen a la queja, 2001-2015

Año	Sector público Seguridad social	Sector público Población no asegurada	Sector público	Distribución porcentual Seguridad social	Distribución porcentual Población no asegurada	Sector privado	Ambos sectores	Distribución porcentual Seguridad social	Distribución porcentual Población no asegurada
2001	54	4	58	93.1	6.9	7	65	89.2	10.8
2002	117	10	127	92.1	7.9	33	160	79.4	20.6
2003	146	12	158	92.4	7.6	57	215	73.5	26.5
2004	176	19	195	90.3	9.7	54	249	78.3	21.7
2005	162	16	178	91.0	9.0	49	227	78.4	21.6
2006	159	18	177	89.8	10.2	38	215	82.3	17.7
2007	180	21	201	89.6	10.4	45	246	81.7	18.3
2008	144	24	168	85.7	14.3	40	208	80.8	19.2
2009	164	24	188	87.2	12.8	40	228	82.5	17.5
2010	120	24	144	83.3	16.7	30	174	82.8	17.2
2011	120	28	148	81.1	18.9	32	180	82.2	17.8
2012	131	26	157	83.4	16.6	29	186	84.4	15.6
2013	127	23	150	84.7	15.3	26	176	85.2	14.8
2014	96	24	120	80.0	20.0	19	139	86.3	13.7
2015	49	17	66	74.2	25.8	24	90	73.3	26.7
Total	1945	290	2235	87	13.0	523	2758	81.0	19.0

Cuadro 4. Distribución de las quejas de ginecología y obstetricia según institución donde se originó el incidente, 2001-2015.

Institución	Total	Porcentaje
PÚBLICAS	2,233	80.9
IMSS	1,640	59.5
ISSSTE*	253	9.1
SSA**	252	9.1
Servicios estatales de Salud	36	1.3
PEMEX	20	0.7
SEDENA	10	0.4
SEDEMAR	5	0.2
OTRAS***	17	0.6
PRIVADAS****	525	19.1
TOTAL	2,758	100

* Incluye un caso del ISSSTE estatal.
** Incluyendo sus hospitales federales.
*** Incluye los servicios médicos del Servicio de Transporte Colectivo (8), de la Policía Bancaria (5), de la Policía Auxiliar (3) y de Instituciones Universitarias (1).
**** Incluye dos casos de laboratorios y gabinetes.

Otro dato que permite dimensionar, al menos parcialmente, la frecuencia de utilización de los servicios de ginecología y obstetricia por parte de la población abierta es el hecho de que 43% del total de egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud (1.3 de un total de 3 millones) registrados durante el año 2015 correspondieron a causas relacionadas con las atenciones al embarazo, parto y puerperio.⁴

De la lectura del cuadro previo, un aspecto que requiere ser analizado con todo detalle es la desigual distribución de las quejas al interior de las instituciones del sector público, las cuales más que obedecer a una cuestión de diferenciales en la calidad de la atención o inequidades en el grado de seguridad del paciente que puede caracterizar a la atención médica brindada, se sabe que obedece a cuestiones esencialmente socioculturales.⁵ En efecto, no son pocos los estudios que han puesto en evidencia que la población adscrita a la seguridad social, es decir, de la cual el asegurado es cotizante al aportar periódicamente un porcentaje de sus salario o ingreso, se siente mayormente “empoderado” para protestar, exigir

sus derechos, manifestar sus inconformidades y eventualmente acudir a levantar una queja en relación contra la atención médica recibida.

Este grupo de trabajadores, en términos generales, coincide con el segmento de población con mayores niveles de instrucción, coberturas más amplias de acceso y utilización de servicios de salud, y condiciones laborales y salariales más estables. Por el contrario, las usuarias de “población abierta”, sin derecho a la seguridad social, y actualmente afiliadas en una gran proporción al seguro popular, parecería que no se reconocen con derecho suficiente a tales servicios médicos, consideran que al ser “gratuitos” no debieran ser cuestionados y menos sujetos a reclamación, por lo que simplemente los reciben sin mayores cuestionamientos; por lo tanto es mínima la población que acude a manifestar su queja en contra de los servicios recibidos.

III Sobre la queja y sus motivos. Uno de los aspectos más interesantes cuando se analiza el tema de las quejas lo constituye el apartado de los motivos que se encuentran detrás de estas, y que pueden ser desde causas no tan graves a graves y a muy graves, pero siempre significativas para las vivencias y expectativas de las mujeres atendidas en momentos de gran vulnerabilidad en sus vidas, como podrían ser las ocasiones ante los servicios de obstetricia sujetas generalmente a mucha presión y estrés tanto por parte de las usuarias como de los prestadores de la atención.

El análisis del presente apartado se abordará a partir de las causas expresadas con mayor frecuencia por la población usuaria afectada durante el levantamiento de la queja frente a esta Comisión; siendo precisamente a partir del requisado del protocolo relativo al trámite de las 2,758 quejas, que fueron consignados un total de 4,234 motivos, lo que implica en promedio 1.5 causas por queja. La información se presenta en dos niveles, la primera descrita en diez grandes categorías, (cuadro 5) y la segunda a partir de la desagregación de cada una de estas en rubros más específicos y que se presentan en el cuadro 6, el cual permitirá dar seguimiento a los textos que enseguida se presentan.

Cuadro 5. Principales motivos de queja del servicio de ginecología y obstetricia, según grandes categorías, 2001-2015.

Motivos	Total	%
Accidentes e Incidentes	179	4.2
Atención del Parto y Puerperio	525	12.4
Auxiliares de Diagnóstico	31	0.7
Daños	99	2.3
Deficiencias Administrativas	225	5.3
Diagnóstico	730	17.2
Relación Médico-Paciente	941	22.2
Secuelas	25	0.6
Tratamiento Médico	275	6.5
Tratamiento Quirúrgico	1,204	28.4
Total	4,234	100.0

A partir de una primera visión, destacan por tener un peso relativo mayor los rubros vinculados a los problemas de tratamiento quirúrgico (28.4%), aquellos vinculados a la relación médico-paciente (22.2%), a los que se originan a partir del diagnóstico (17.2%), y por supuesto a los problemas ligados a la atención del parto y el puerperio (12.4%) por mencionar los más relevantes. También se comentan otros no menos importantes, aunque con peso relativo menor, tales como aquellos relacionados con la gestión administrativa, los accidentes e incidentes y los daños y secuelas denunciados por la población inconforme. Del cuadro 6 solo describiremos las cuatro más importantes.

Tratamiento quirúrgico. Por último revisaremos los motivos relacionados con el tratamiento quirúrgico, entendido como el que emplea los medios de la cirugía con la finalidad de extraer o reparar el origen de la enfermedad, orientado a mitigar la causa principal del padecimiento. Esta categoría agrupa 1,204 motivos que representan 28.4% del total (Cuadro 6).

El motivo que se menciona con mayor frecuencia está relacionado con la existencia de secuelas en los pacientes (24.6%), seguido por complicaciones en el postoperatorio (20.3%) y el diferimiento del tratamiento quirúrgico (18.8%) (Cuadro 6).

Relación médico-paciente. Esta categoría incluye 21.7 % del total de los motivos enunciados (941), mismos que refiere el usuario en relación a la problemática que mantuvo con el médico o el personal de la salud involucrado en la queja, de forma tal que por dichas razones se ve alterada y lastimada la relación médico-paciente. El primer motivo enunciado es, según el usuario afectado, el haber recibido información errónea o incompleta (40.7% de los casos de la categoría), seguido de la falta de información (36.8%), ya sea en relación al diagnóstico, el tratamiento o la enfermedad; el tercer motivo lo constituye el maltrato por parte del personal médico, situación que representa el 22.5% de los motivos que integran esta categoría (Cuadro 6).

Diagnóstico. Alrededor del tema del diagnóstico, se reporta cerca del 17% del total de motivos, siendo estos 730 en las 2,758 quejas.

Al interior de la categoría, la tercera parte de los motivos se refieren al diagnóstico erróneo (31.2%), seguido de los problemas de diferimiento en el diagnóstico (24.5%), y la falta de información y consentimiento (18.4%) (Cuadro 6).

Atención del parto y puerperio. Incluye en total 525 causas, que representan 12% del global de los motivos.

Al interior de la categoría destacan dos motivos principales: el diferimiento de la atención con 37.7%, las complicaciones surgidas durante la atención del parto con un 57.9 % del total de causas, no siendo posible precisar el tipo de complicaciones a los que se hace mención. Solo en un caso se reporta la muerte del producto (Cuadro 6).

Daños y Secuelas. Concentran casi 2.3% del total de motivos, sumando 99 menciones, las cuales se clasifican en tres tipos de daños: físicos, morales o patrimoniales, con un peso relativo al interior de la categoría de 62.6, 19.2 y 18.2%, respectivamente.

En este sentido, otros motivos también frecuentes respecto a la categoría en su conjunto son los daños de tipo moral, en particular la alteración de la dinámica familiar, también llamados etiológicos o concurrentes, que en sí mismos representan 44 % de motivos relativos a esta categoría; seguido por los problemas de la alteración de la función o la no reparación del órgano afectado (26.8%).

En cuanto a las secuelas se entiende por estas la consecuencia negativa que queda tras la curación de una enfermedad o un traumatismo, en este caso, aplicada a la recepción de la atención médica, o consecuencia de la misma.

Esta categoría (integrada por 25 motivos enunciados) describe dichas secuelas entendidas por el usuario y enlistadas por el número de casos en que se presenta, es así como la variable presume la existencia de secuelas, con 76% de los casos (19) encabeza esta categoría.

Consecuencias y gravedad del daño. La descripción de este apartado, cuyo propósito es conocer la gravedad del daño sufrido, lleva implícito serias dificultades, las primeras de tipo conceptual ya que si bien partimos del concepto de daño, definido como “la consecuencia física para el paciente que, cuando existe, puede ser con discapacidad temporal, con discapacidad permanente o muerte”, este no necesariamente se expresa de manera precisa durante la fase de requisado del protocolo de la queja, donde con frecuencia se confunde el término “daño” con el de motivo de la queja.

A lo anterior se suman los problemas de reporte, validación y proceso de la información, en la medida que el sistema de registro carece de filtros y controles que permitan asegurar que cada queja necesariamente esté asociada al menos a un motivo y a un tipo de daño. Ante estos problemas, se tiene que de las 2,758 quejas solo en 605 de los casos (21.9%) el usuario afectado mencionó haber sufrido algún daño (en los demás casos [78.1%] el sistema de información arroja la leyenda “sin mención de daño”). En ese sentido, únicamente en relación a los 605 casos se califica la gravedad del daño mencionado; es a partir del reconocimiento de ese segmento de población que puede inferirse que 28.8% de los casos (174) declaró haber sufrido daño permanente, en 105 casos el daño reconocido fue de

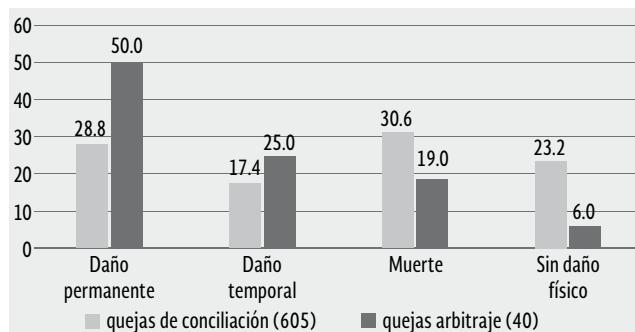
Cuadro 6. Quejas médicas de ginecología y obstetricia según distribución por grandes categorías de motivos, 2001-2015

Motivos	Total	Porcentaje
Administración errónea de un medicamento	3	1.7
Ocurrió trauma obstétrico para el producto	83	46.4
Ocurrió trauma obstétrico para la madre	67	37.4
Presentación de accidentes	12	6.7
Presentación de infección intrahospitalaria	14	7.8
Accidentes e Incidentes	179	100.0
Complicaciones del parto	304	57.9
Complicaciones del puerperio	1	0.2
Diferimiento	198	37.7
Falta de control prenatal	21	4.0
Muerte del producto	1	0.2
Atención del Parto y Puerperio	525	100.0
Diferimiento	16	51.6
Estudios innecesarios	1	3.2
Falsos positivos	10	32.3
Resultados inoportunos	2	6.5
Secuelas	2	6.5
Auxiliares de Diagnóstico	31	100.0
Daños físicos	62	50.0
Daños morales	19	15.3
Daños patrimoniales	18	14.5
Secuelas	25	20.2
Daños y secuelas	124	100.0
Demora prolongada para obtener servicio	133	59.1
Falta de equipo, insumos y/o personal	51	22.7
Falta de medicamento	4	1.8
Maltrato y/o abuso por personal hospitalario no médico	13	5.8
Negación de la atención	24	10.7
Deficiencias Administrativas	225	100.0
Diferimiento en el diagnóstico	179	24.5
Diagnóstico erróneo	228	31.2
Falta de información y consentimiento	134	18.4
Diagnóstico innecesario	65	8.9
Diagnóstico inoportuno	102	14.0
Omisión de diagnóstico	3	0.4
No existen datos de haber realizado un diagnóstico diferencial	19	2.6
Diagnóstico	730	100.0
Falta de información	346	36.8
Información errónea o incompleta	383	40.7
Maltrato	212	22.5
Relación Médico-Paciente	941	100.0
Alta prematura del tratamiento	26	9.7
Complicaciones secundarias: desinformación	55	20.4
Diferimiento	148	55.0
Negación del servicio	14	5.2
Secuelas: exceso terapéutico	11	4.1
Tratamiento inadecuado	15	5.6
Tratamiento innecesario	6	2.2
Tratamiento Médico	275	100.0
Alta prematura de los cuidados postoperatorios	20	1.7
Cirugía innecesaria	35	2.9
Complicaciones del postoperatorio	245	20.3
Complicaciones del transoperatorio	60	5.0
Diferimiento del tratamiento quirúrgico	226	18.8
Extracciones erróneas	16	1.3
Secuelas	296	24.6
Técnica inadecuada	115	9.6
Tratamiento no satisfactorio: Falta de consentimiento informado	49	4.1
Tratamiento no satisfactorio: Falta de vigilancia	142	11.8
Tratamiento Quirúrgico	1,204	100.0
Total	4,234	100.0

carácter temporal (17.4%), en 185 quejas la gravedad alcanzó el nivel máximo posible, es decir la muerte (30.6 %), en tanto que en 141 quejas se declaró en forma explícita no haber sufrido daños físicos (23.2%).

La información nos permite hacer una comparación de cifras sobre esta misma categoría de análisis partiendo de un grupo de quejas consideradas del más alto nivel de complejidad, conformado por 40 casos cuya resolución fue definida mediante la emisión de un laudo a través del proceso de arbitraje. Cabe señalar que estos casos corresponden al periodo 2011-2015 siendo la fuente de información el proyecto ARIEL ya antes mencionado.²

La gráfica 3 muestra los porcentajes comparativos obtenidos para los mismos conceptos según dos fuentes de información distinta y dos subgrupos de quejas con niveles de complejidad también diferentes.



Gráfica 3. Quejas concluidas en conciliación y arbitraje según presencia y gravedad del daño (en porcentajes).

La misma información respecto al total de quejas se presenta en el cuadro 8, destacando los diferentes comportamientos según sectores público y privado, e instituciones de seguridad social y de población no derechohabiente. En particular se destaca que la presencia del daño máximo, que es la muerte, se da con mayor frecuencia en las instituciones de seguridad social (33.5%) en tanto que en el sector privado el porcentaje es sensiblemente más bajo (13.5%) (Cuadro 7).

De manera similar, el daño permanente presenta los porcentajes más altos en las instituciones públicas, independientemente de que sean de seguridad social o de población abierta. En forma contraria, los daños temporales son mayoritarios en el sector privado.

Cuadro 7. Quejas concluidas según sector donde se originó el daño según nivel de gravedad, 2001-2015.

Gravedad del daño	Sector público		Sector privado	Total	Distribución porcentual		Sector privado
	Seguridad social	Población no asegurada			Seguridad social	Población no asegurada	
Daño permanente	144	19	10	173	30.9	29.2	13.5
Daño temporal	73	10	21	104	15.7	15.4	28.4
Muerte	156	20	10	186	33.4	30.8	13.5
Sin daño físico	93	16	33	142	20	24.6	44.6
Con mención de daño	466	65	74	605	100	100	100

Consentimiento informado. A pesar de que en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012⁶ sobre el expediente clínico refiere la obligatoriedad de incorporarlo, se ha identificado que en los expedientes de las quejas el 53% está completo, el 31% no se cumple a cabalidad y el 16% no está especificado, dentro del 31 % que no se cumple con cabalidad se desglosan los siguientes porcentajes: el 20.6% está incompleto, el 9.7% está ausente y en el 0.5% no se aplicó.

V Sobre la conclusión del proceso. Como parte de la revisión y seguimiento de las quejas objeto de este análisis, la institución determinó que 1,632 expedientes no mostraron evidencia de mala práctica, lo que implica resultados positivos en 59.2% del proceso de evaluación del acto médico.

En este sentido, respecto a las quejas que se presentaron en el periodo 2001-2015 en las que se vincula el servicio de Ginecología y Obstetricia se concluye que el 50.7% de los casos (1,397) se resolvieron por medio de la conciliación a través de la firma de un convenio donde queda de manifiesto los acuerdos tomados por ambas parte. El análisis por submodalidad nos señalan un mayor detalle al respecto: 57 de cada cien casos conciliaron debido a que hubo “aclaración aceptada” por ambas partes, en otros 42 de cada cien llegaron a una transacción y en el 1% restante se dio un desistimiento de la acción.

Por otra parte, en 724 quejas (26.3% del total inicial) simplemente no hubo conciliación, en la medida que no fue posible solventar los problemas mediante esta modalidad;

Cuadro 8: Quejas de ginecología y obstetricia, según modalidad de conclusión de la fase conciliatoria, 2001-2015.

Modalidad de la conciliación	Total	Porcentaje
Conciliación	1,397	50.7
No conciliación	724	26.3
Enviada a arbitraje	253	9.2
Por falta de interés procesal	357	12.8
Improcedencia	19	0.7
Por fallecimiento del quejoso	3	0.1
Acumulación de autos	2	0.1
No especificado	3	0.1
Total	2,758	100

es decir que después de concluidas las audiencias convocadas por la CONAMED, se mantienen las diferencias de posición respecto al conflicto sin que medie ningún tipo de solución.

Cabe mencionar que durante el proceso conciliatorio, un 12.8% de los involucrados (357 quejas que iniciaron el trámite respectivo) pierde interés en el seguimiento del proceso, lo que ocurre por diversas causas (no documentadas ni suficientemente estudiadas) entre las cuales se incluye la negativa del médico a presentarse ante la convocatoria recibida por CONAMED, o bien ante la percepción del usuario sobre la ausencia de imparcialidad institucional, o el sentir de no credibilidad ante sus dichos, o inconformidad respecto a la duración del proceso, entre otros aspectos.

Un segmento de población inconforme, de gran interés para el análisis de las quejas y su forma de conclusión, lo constituye aquel grupo de usuarios que no habiendo quedado satisfecho con el proceso conciliatorio decide continuar por la vía del proceso arbitral, aceptando la fase decisoria en la cual la CONAMED se constituye como árbitro del proceso. Tal es el caso de 253 quejas (9.2%) que fueron enviadas a arbitraje para que, en el mejor de los casos, su conclusión se dé vía la emisión de un laudo.

El cuadro 9 pone en evidencia las diferentes submodalidades del proceso arbitral cuyo análisis parte de las 253 quejas que fueron remitidas para su atención mediante este proceso.

Cuadro 9. Quejas de ginecología y obstetricia según submodalidad de conclusión en Arbitraje Médico

Submodalidad Arbitraje	Total	Porcentaje
No conciliación/por falta de interés procesal	113	44.7
Por laudo	87	34.4
Amigable composición	27	10.7
Conciliación	26	10.3
Total	253	100

Las modalidades de conclusión de la queja en este proceso arbitral permiten que en cualquier momento, si así lo deciden las partes, se pueda resolver la controversia mediante diversas alternativas, mismas que se muestran en el cuadro anexo en relación a las quejas de ginecología y obstetricia que se han venido analizando: con la intervención de un tercero imparcial, a través de una conciliación en el proceso arbitral se solucionaron 26 quejas (10.3% de los casos de arbitraje), a través de una amigable composición, acción semejante a una transacción, se resolvieron otras 27 quejas (10.7 %), mediante la emisión de un laudo que en este caso fue la opción de 87 usuarios se concluyó 34.4% de los casos remitidos originalmente; y como cuarta opción de conclusión, la alternativa más numerosa, pero también la menos conveniente referente a la no conciliación que en este caso fue la conclusión de 113 casos cerca de la mitad de las quejas (44.7%) remitidas para su atención en arbitraje.

Conclusiones y recomendaciones. a) Uno de los campos pendientes de estudio es la profundización y el conocimiento de lo que hay detrás de los motivos enunciados como origen del levantamiento de la queja; sin tener la certeza, parecería que no son solo problemas o errores médicos cometidos en lo individual por los médicos y el personal de salud, sino que tienen un carácter más global o sistémico que requiere de la participación conjunta de toda la institución. b) Lo anterior implica que habrá que estudiar con mayor detalle en qué medida estos problemas obedecen a carencia de supervisión de procesos, a escaso apego a manuales de procedimiento y guías clínicas, falta de material e infraestructura e insuficiencia de personal o a exceso de cansancio del mismo.

c) Es importante analizar con mayor profundidad aquella proporción de quejas cuyo trámite no se continúa por causa de la falta de interés de las personas. En el caso de los médicos que no responden a la convocatoria de CONAMED habrá que buscar alternativas o incentivos para que acudan y cumplan con el deber ético que les corresponde. Si es la población usuaria la que suspende el trámite, es responsabilidad de CONAMED encontrar ventanas de oportunidad para el mejoramiento de los procesos, pretendiendo con ello asegurar la satisfacción de la población afectada.

d) Para sistematizar y asegurar este tipo de análisis es importante contar con un adecuado sistema de información que permita la obtención sistemática, homogénea y oportuna de información desde el nivel local (que beneficiaría a los tomadores de decisión desde la unidad médica) hasta asegurar bases de datos en el ámbito nacional. El contar con datos confiables sobre el número y las características de la queja médica contribuirían también al fortalecimiento de las estadísticas en salud, imprimiendo gran impulso hacia nuevas categorías de análisis.

e) Finalmente, es importante destacar que a partir de la experiencia vivida en forma cotidiana por la CONAMED, a través de la revisión y análisis de los casos recibidos, la institución cuenta con los elementos suficientes y necesarios para retroalimentar al Sistema Nacional de Salud en materia de recomendaciones para la mejora de la calidad y la educación médica en materia de Ginecología y Obstetricia, tal como puede verse en el material que se encuentra en el siguiente link: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/recomendaciones.php

REFERENCIAS

1. Mortalidad y Morbilidad Materna. Serie de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH) [internet] Organización de las Naciones Unidas [consultado el 11 de Noviembre 2017]. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_MMM_WEB_SP.pdf
2. Informe Estadístico Sobre Laudos Concluidos 2012-2016. Dirección General de Investigación y Difusión [internet]. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) [consultado el 11 de noviembre 2017]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/273282/ARIEL_2012_2016.pdf

3. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT 2016) [internet]. Cuernavaca: Secretaría de Salud; 2016 [acceso 15 de Marzo 2017]. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf
4. Dirección General de Información en Salud. Bases de datos sobre egresos hospitalarios [internet]. Secretaría de Salud [consultado el 10 de Octubre 2016]. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_egresoshospitalarios_gobmx.html
5. Hamui L, Fuentes R, Aguirre R, Ramírez de la Roche O. Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de satisfacción con la atención médica. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2013 [consultado el 10 de Octubre 2016]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/bmnd/SatisfaccionAtencionMedica.pdf>
6. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación [internet]. Secretaría de Salud [consultado el 10 de Octubre 2016]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

El consentimiento informado en la investigación médica

The informed consent in medical research

César Hernández-Mier¹, Ma. Del Pilar Fonseca-Leal², Juan Francisco Hernández-Sierra³, Anamaría Bravo-Ramírez⁴

1. Profesor Investigador de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. 2. Jefa de Unidad de Posgrados Clínicos de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. 3. Profesor investigador de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. 4. Profesora de la Unidad de Posgrados Clínicos de la Facultad de Medicina de la UASLP.

RESUMEN

Introducción: El consentimiento informado (CI) es una expresión tangible del derecho y respeto de la autonomía de un paciente en materia de atención médica y de Investigación en Salud. **Objetivo:** Actualizar los conocimientos sobre el consentimiento informado, acorde a su regulación a través de la Ley General de Salud, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y la Norma Oficial Mexicana, así como proponer una estructura básica a este documento que dé cumplimiento a la normatividad mencionada. **Discusión:** La actualización de los conocimientos en materia de consentimiento informado es muy importante para todo investigador, por lo que se presenta un listado de requisitos para CI, que simplifique su obtención en cualquier ámbito.

Palabras clave: Consentimiento informado; Acceso al expediente clínico; Datos personales; Investigación en salud.

ABSTRACT

Introduction: The informed consent (IC) is a concrete expression of the right and consideration of the self-determination of a patient in the field of health care and research. **Objective:** To update the currently information about IC, accordingly with updated Mexican General Health Law, the Federal Law for the Protection of Personal Data in Possession of Private Companies or Individuals and the Mexican Official Standard and propose a basic structure in compliance of regulation. **Discussion:** To update the information about IC is very important for de investigator, we present a list of requirements for IC, easy to obtain in any sphere of medical influence.

Key words: Informed consent; Access to clinical record, Personal Data, Health research.

* Correspondencia: CHM, hernandezmier@hotmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Hernández-Mier C, Fonseca-Leal MdP, Hernández-Sierra JF, Bravo-Ramírez A. El consentimiento informado en la investigación médica. Rev CONAMED 2018; 23(1): 43-46.

[The informed consent in medical research]

INTRODUCCIÓN

Con el fin de reducir los riesgos en materia de investigación en seres humanos, es importante dar cumplimiento a aspectos éticos durante la planeación y desarrollo de las mismas, con el propósito de buscar el respeto a la privacidad, los derechos humanos y la dignidad. Es el consentimiento informado (CI), un elemento primordial en el cumplimiento de este respeto a la privacidad, derechos humanos y dignidad de los sujetos de investigación, ya que representa la expresión tangible del derecho y respeto de la autonomía de un paciente en materia de atención médica y de Investigación en Salud. Por lo que se debe entender no como un documento, sino como un proceso gradual y continuo, el cual se da entre un paciente y el personal investigador, que inicia con el cumplimiento del derecho a la información, se continúa con la autonomía del paciente a decidir, y se culmina con el llenado adecuado de un documento.¹

El origen del CI es descrito en el siglo XVI en el campo de la filosofía política, ante una idea en la cual las relaciones humanas, sin importar el tipo, no deben basarse en una concepción vertical en la cual una de las partes es poseedora de todo el poder.² En materia de investigación, los antecedentes del CI se remontan al reporte de la introducción de un documento durante el año 1900, al momento de que la Comisión Reed realizaba investigaciones sobre la fiebre amarilla, el documento hacía referencia a los riesgos de participar en el estudio, en él se consentía la participación en la investigación, explicaba los riesgos y los pagos derivados de la participación y un pago adicional en caso de muerte, y se encontraba disponible en español e inglés, por lo que tenía un mayor parecido a un contrato que a un CI. Con esto Walter Reed estableció el documento precursor del CI, lo cual ocurrió 47 años antes de la emisión del Código de Nüremberg³, el cual fue publicado en el año de 1947 como producto del juicio en el que resultaron condenados varios médicos. En este documento se planteó de forma explícita la obligación de solicitar consentimiento informado, así como la libertad del participante para poner fin al experimento.⁴

Es por ello que el tema del consentimiento informado ha sido parte del debate continuo por los investigadores, tanto desde el punto de vista de la medicina asistencial — ya que ha sido considerada como una forma de entender la relación médico-paciente⁵ —, como desde el punto de vista de la investigación clínica con el fin de no atentar contra los derechos humanos y la integridad física de las personas y con ello reconocer la autonomía de los sujetos. Sin embargo, se ha identificado un escaso conocimiento y dominio del tema.⁶

Por lo que en el desarrollo de la presente investigación se planteó como preguntas ¿Cuál es la regulación en México en materia de consentimiento informado en investigación? y ¿cuál es la estructura que un consentimiento informado debe tener para dar cumplimiento a las diferentes legislaciones en la materia?, lo cual se realizó a través de un diseño de tipo exploratorio, mediante la hermenéutica jurídica.

El Consentimiento informado en la Legislación Mexicana. Mediante el empleo de la hermenéutica jurídica,

se realizó un análisis de las legislaciones relacionadas al consentimiento informado en materia de investigación, incluyendo la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, La ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud, así como las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas.

La exigencia del CI con fines de investigación se fundamenta en la protección de un bien jurídico, “la salud”, el cual es un bien tutelado y protegido por el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.⁷ La Ley General de Salud en su Título quinto, artículo 100, fracción IV, establece que las investigaciones en seres humanos deberán contar con CI por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación o de su representante legal, lo anterior una vez que se encuentra enterado de los objetivos y posibles complicaciones negativas y positivas.⁸ La persona que otorga el consentimiento informado debe cumplir con la característica de poseer “capacidad”¹, cualidad conformada por dos elementos: un elemento cognitivo en el cual la persona que otorga el consentimiento tiene la capacidad de entender y comprender los aspectos relacionados a la investigación y de los cuales está siendo informado, siendo esto indispensable para que el sujeto de investigación analice, manifieste y sostenga la decisión; y un segundo elemento que tiene una connotación legal y que está relacionado a que el sujeto de investigación sea mayor de edad, o en su caso que el que otorga el consentimiento sea el representante legal.

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación define al CI en su artículo 20 como un acuerdo por escrito en el cual el sujeto de investigación o su representante legal autorizan su participación, para ello deberá recibir una información completa, derecho fundamentado en los artículos 51 y 51bis de la Ley General de Salud.⁹ Es el artículo 21 del reglamento en mención que establece que los aspectos a informar son:

- “I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan obtenerse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque esta pudiera

afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI. Que, si existen gastos adicionales, estos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.”^{10,11}

Este mismo reglamento en su artículo 22 establece que el CI deberá ser elaborado por el investigador principal; contener nombres, direcciones y firmas de dos testigos; ser expedido en duplicado quedando un ejemplar en posesión del sujeto de investigación o representante legal.¹⁰ Es de importancia el considerar lo relacionado a la protección de los datos personales y datos personales sensibles cuando se realiza investigación en salud, ya sea que esta información sea obtenida de forma directa del paciente o de forma indirecta a través de la revisión de expedientes clínicos, ya que la generación de bases de datos identificables por parte del investigador es una práctica común, por lo anterior es de importancia el solicitar consentimiento informado para el acceso al expediente clínico con fines de investigación, así como para la elaboración y creación de bases de datos identificables¹², ya que el artículo 16 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación en salud establece que “en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice”¹⁰, lo cual también se encuentra regulado en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.¹³ Lo anterior evidencia la obligación del investigador de contar con autorización tanto para el acceso, el manejo y la creación de bases de datos que contengan datos personales y datos personales sensibles, así como información clara sobre el uso y manejo que se le dará a esta información, considerando a su vez la transferencia de la misma con fines de publicación en revistas científicas o libros. Lo que evidencia la necesidad del empleo del CI no solo en investigaciones experimentales, sino también en estudios descriptivos en los cuales se manejen datos personales y datos personales sensibles ya sea que estos datos se obtengan de forma directa o de forma indirecta a través del acceso a un expediente clínico, así como en reporte de casos, lo anterior a manera de medida preventiva en posibles casos de responsabilidad médica derivada del uso, difusión o publicación de esta información sin autorización y que derivan de una falta al secreto profesional.

La Guía Nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de ética en Investigación publicado por la Comisión Nacional de Bioética, adicional a las normativas anteriores especifica que el CI en investigación deberá informar la gratuidad de todos los fármacos, productos y procedimientos, así como el tratamiento médico que se proporcionará en caso de daños, especificando la duración del estudio y las circunstancias por las cuales puede darse por terminado el estudio.¹

Es evidente que cuando el sujeto de estudio es menor de edad, o se trate de un sujeto sin capacidad cognitiva, como se refirió previamente, la autorización debe ser otorgada por el representante legal, que en este caso es el padre o el tutor, sin embargo, la Comisión Nacional de Bioética, a través de sus materiales de apoyo para la capacitación de los comités de ética en investigación, considera como necesario la existencia del “asentamiento” como un documento independiente del CI, en el cual el menor expresa su deseo o no de participar en la investigación.¹

DISCUSIÓN

Es indispensable que los investigadores y los Comités de ética en Investigación dominen y apliquen la normativa que regula el Consentimiento Informado en investigación, con el propósito de reducir los riegos en materia de investigación en seres humanos y dar cumplimiento a aspectos éticos durante la planeación y desarrollo de las mismas, otorgando el respeto a la privacidad, los derechos humanos y la dignidad, ya que el CI representa la expresión tangible del derecho y respeto de la autonomía de un paciente en materia de atención médica y de Investigación en Salud. Por lo anterior se propone la siguiente estructura de consentimiento informado con fines de investigación que da cumplimiento la normatividad revisada tanto en materia de investigación como en materia de protección de datos personales en posesión de particulares, en el entendido de que cada investigador deberá realizar los ajustes de acuerdo a la naturaleza de la investigación y a las reformas de las legislaciones en mención:

- a) Nombre de la Institución y en su caso logotipo de la misma.
- b) Título del documento: Consentimiento informado en investigación.
- c) Lugar y fecha del documento.
- d) Título completo de la investigación.
- e) Nombre, teléfono y dirección del responsable o investigador principal.
- f) Nombre de la persona que otorga el consentimiento de manera libre y sin coerción para la participación en la investigación.
- g) En caso de que el participante sea menor de edad o persona sin capacidad de otorgar consentimiento: nombre del participante.
- h) Especificar los objetivos de la investigación.
- i) Describir la justificación de la investigación.
- j) Descripción detallada de la intervención o acto a realizar durante la investigación y su propósito, así como especificar si estos son experimentales, así como especificar su gratuidad, la duración del estudio y las circunstancias por las cuales puede darse por terminado el estudio.
- k) Informar las molestias o riesgos que se pueden presentar con motivo de la intervención.
- l) Explicar los posibles beneficios clínicos que pueden obtenerse.

- m) Informar los procedimientos alternativos que pueden ser ventajosos.
- n) Informar de manera clara los datos personales y datos personales sensibles que se van a recabar para la generación de bases de datos de la investigación, así como el uso que se le dará a la información, y el nombre, teléfono y dirección del responsable del resguardo de la información, la cual será confidencial. Garantizar que la información solo será utilizada para la presente investigación y que el participante cuenta con la autonomía para solicitar el acceso, rectificación y cancelación de datos personales y datos personales sensibles que se encuentran en las bases de datos del investigador.
- o) Otorgar garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta, duda y aclaración sobre los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- p) Informar que se cuenta con libertad de retirar el consentimiento informado en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- q) Seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- r) Especificar el compromiso de proporcionar información actualizada obtenida durante el estudio, aunque esta pueda afectar la voluntad para continuar participando.
- s) Garantizar la disponibilidad del tratamiento médico, así como la indemnización a que legalmente tendría derecho en el caso de daños y que sean directamente causados por la investigación, y en caso de existir gastos adicionales, o gastos relacionados a tratamiento médico por daño, estos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.
- t) Informar el uso que se le dará a los resultados de la investigación.
- u) Deberá ser firmada por dos testigos, incluyendo su nombre completo y dirección.
- v) Deberá ser entregada al participante o tutor una copia del consentimiento firmada por el investigador y los testigos.

REFERENCIAS

1. Comisión Nacional de Bioética. Guía Nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de ética en Investigación publicado por la Comisión Nacional de Bioética. [internet]; 2016 Disponible en: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/registrocomites/Guias.html>. [acceso 03/07/2017].
2. Ortiz P.A, Burdiles P.P. Consentimiento informado. REV. MED. CLIN. CONDES 2010; 21(4): 644 – 652.
3. Suarez-Obando F, Ordoñez A. Ética en la investigación científica: la fiebre amarilla, la Comisión Reed y el origen del consentimiento informado. Revista infectio 2010;14 (3): 206-216.
4. El “Código” de Nüremberg. Centro de Documentación de Bioética. Departamento de Humanidades Biomédicas. Universidad de Navarra. [internet]. 1946 [acceso 18/05/2017]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/intnuremberg.html>
5. Pacheco M.I. El consentimiento informado: una forma de entender la relación Médico-Paciente. Revista Médica Clínica Las Condes [internet]. 2001 [acceso 18/05/2017]; 12 (4): [4 pantallas]. Disponible en: http://www clinica lascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2001/4%20oct/Elconsentimientoinformado-7.pdf
6. Galván-Meléndez M.F, Huerta-Guerrero H.M, Galindo-Burciaga M, Barrientos-Ramos, A.A, Morales-Castro M.E, Conocimiento del consentimiento informado en profesionales en formación en salud. Inv Ed Med 2016;5(18): 108-114
7. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación. 5 Feb 1917. Texto vigente. Última reforma publicada en: México: Diario Oficial de la Federación 27-01-2016; [acceso 30/05/2017]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf
8. Secretaría de Salud. Ley General de Salud: Diario Oficial de la Federación; 7-02-1982. Texto vigente. Última reforma publicada en: México: Diario Oficial de la Federación 27-01-2017; [acceso 30/05/2017] Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_171117.pdf
9. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud: Diario Oficial de la Federación; 6-01-1987. Texto vigente. Última reforma publicada en: México: Diario Oficial de la Federación 02-04-2014; [acceso 05/06/2017]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
10. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. México: Diario Oficial de la Federación; 04-01-2013; [acceso 02/06/2017]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
11. Hernández-Mier C, Torre-Delgadillo, V. Regulación del acceso al expediente clínico con fines de investigación en México. Rev CONAMED 2017; 22(1):27-31.
12. Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Diario Oficial de la Federación. 05-07-2010. [acceso 03/06/2017]. Disponible en: www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf

Desarrollar competencias para generar una cultura de seguridad desde la formación de pregrado

Develop skills to generate a safety culture from undergraduate training

Rosalinda Garza-Hernández¹, Ma. Concepción Meléndez-Méndez¹, Fernanda González-Salinas², María de los Ángeles Fang-Huerta¹, Rosa Bohórquez-Robles³

1. Maestría en Ciencias de Enfermería. Profesor de carrera. Facultad de Enfermería-Tampico. Universidad Autónoma de Tamaulipas. 2. Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesor de carrera. Facultad de Enfermería-Tampico. Universidad Autónoma de Tamaulipas. 3. Maestría en Ciencias de Enfermería. Profesor de horario libre. Facultad de Enfermería-Tampico. Universidad Autónoma de Tamaulipas.

RESUMEN

Introducción: La atención de salud es un compromiso de todos, destacan tres ámbitos: clínico, formativo y el usuario, esta sinergia es el eje estructural para garantizar una atención libre de riesgo, esto precisa sistemas educativos que den una respuesta segura, efectiva, eficiente y de calidad a las necesidades y expectativas de los ciudadanos. Por lo que se deben implementar estrategias que garanticen la formación del profesional que la sociedad precisa, centrándolo en la calidad y en la seguridad del paciente. **Desarrollo:** Las competencias surgen de las exigencias de instituciones formadoras, servicios, sociedad y la necesidad de poseer una fuerza laboral calificada, con el fin de responder a los requerimientos y necesidades actuales. El sistema de salud requiere que todos los responsables en brindar atención a la población se involucren a mejorar la calidad. Para lograr una cultura de seguridad, es necesaria la educación desde la formación de pregrado, por lo que muchas organizaciones ya han reconocido la necesidad de entrenar a las próximas generaciones de profesionales de salud en seguridad del paciente. **Conclusiones:** El Sistema de Salud en México está comprometido en garantizar la calidad y seguridad, por lo cual se debe generar una cultura de seguridad desde la formación profesional. Las instituciones deben adoptar cambios, bajo un modelo de enseñanza-aprendizaje, basado en competencias. Formar en materia de seguridad sentará las bases para insertarse en el mundo laboral, por lo que es importante permear aspectos relacionados a este contexto.

Palabras clave: cultura de seguridad, competencias, formación pregrado.

ABSTRACT

Introduction: Health care is a commitment of all, highlight three areas: clinical, training and the user, this synergy is the structural axis to ensure risk-free care, this requires education systems that provide a safe, effective, efficient and quality response to the needs and expectations of citizens. That's why strategies that ensure the training of the professional that society needs must be implemented, focusing on the quality and safety of the patient. **Development:** Competencies arise from the demands of training institutions, services, society and the need to have a qualified workforce, in order to respond to current requirements and needs. The health system requires that all those responsible for providing care to the population, get involved to improve the quality. In order to achieve a safety culture, education is necessary since undergraduate training, so many organizations have already recognized the need to train future generations of health professionals in patient safety. **Conclusions:** The Health System in Mexico is committed to guarantee quality and safety, which is why it is necessary to generate a safety culture from the professional training. Institutions must adopt changes, under a teaching-learning model, based on competencies. To form in the matter of security, will lay the bases to be inserted in the labor world, reason why it is important to permeate aspects related to this context.

Key words: safety culture, competencies, undergraduate training.

* Correspondencia: RGH, rgarzah@docentes.uat.edu.mx

Conflicto de intereses: Las autoras declaran que no tienen.

Citar como: Garza-Hernández R, Meléndez-Méndez MC, González-Salinas F, Fang-Huerta MA, Bohórquez-Robles R. Desarrollar competencias para generar una cultura de seguridad desde la formación de pregrado. Rev CONAMED 2018; 23(1): 47-50.

[Develop skills to generate a safety culture from undergraduate training]

INTRODUCCIÓN

La asistencia segura es el tema central de discusiones en el área de la salud en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone varios desafíos y directrices, para que las instituciones de salud tengan un punto de partida para implantar y promover medidas de seguridad imperativa y urgente. El tema no es nuevo, al contrario, es tan antiguo como el cuidado a la salud. Sin embargo, su importancia y los altos riesgos asociados a esta asistencia empezaron a ser reconocidos a partir de la publicación en 1999 del informe del Institute of Medicine de los Estados Unidos, *To Err is Human*.^{1,2}

De acuerdo a la OMS la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema, en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, seguridad del entorno y la gestión del riesgo.^{3,4} A partir de 2001, la seguridad es considerada por el Institute of Medicine (IOM) de Estados Unidos una de las seis dimensiones o atributos claves de la calidad de los servicios de salud. La definición más actual de seguridad, parecida, pero ampliada en relación a la del IOM, es la descrita por la OMS, que considera la seguridad del paciente como “ausencia de daño, real o potencial, relacionado con los servicios de salud”.^{5,6}

La calidad y seguridad de la atención es hoy en día una prioridad, por lo que se debe garantizar que la atención que se proporciona a los usuarios cumpla con los estándares internacionales de calidad y los proteja de riesgos inherentes asociados a esta, es un reto que requiere el compromiso de todos los involucrados en el área de la salud. Entre los principales involucrados y responsables de la atención podemos destacar tres ámbitos fundamentales: el clínico, el formativo y del usuario receptor de la atención. La sinergia entre estos tres ámbitos se considera el eje estructural para garantizar una atención libre de riesgo y que contribuye a mejorar los resultados en la salud de la población.⁷

De acuerdo a la Agency for Health Care Research and Quality-AHQR, la cultura de seguridad se define como “el resultado de los valores individuales y de grupo, de las actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización hacia la salud”. Además del manejo de la seguridad, que se caracteriza por una comunicación fundada en la confianza mutua y por la confianza depositada en la eficacia de las medidas preventivas implementadas para evitar los eventos adversos.^{8,9} Referida a la salud es el producto de interacciones dinámicas que, a nivel de la atención del paciente, deben integrarse bajo principios éticos y científicos y permear todos los niveles de la organización hospitalaria, para elevar el nivel de la misión institucional.¹⁰

La cultura de una organización es el corazón de la misma, es decir, el modo en que piensan, actúan y afrontan el trabajo sus miembros, la manera de funcionar específica de cada organización. Este creciente interés por la cultura de seguridad se debe a una urgente necesidad de que los organismos

de asistencia sanitaria replanteen sus procesos de trabajo y definan la seguridad como un objetivo institucional de la máxima trascendencia.¹¹

En México la alineación al Plan Nacional de Desarrollo (PND), en el objetivo 2 del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 establece que es indispensable fortalecer un marco regulatorio que incida en la mejora de la calidad de la atención, han sido definidos seis componentes: 1) Calidad y seguridad; 2) Innovación y mejora continua; 3) Gestión de riesgos; 4) Acreditación; 5) Normalización; y 6) Educación en salud, a fin de lograr en primer orden la adopción de mejores prácticas en el contexto de salud y la disminución de riesgos inherentes a la práctica médica, lo cual contribuirá a la contención de costos y la sostenibilidad del sistema de salud.¹²

En este sentido, la formación de los profesionales se considera un factor clave, su presencia y permanencia en los servicios de salud los sitúan en una condición crítica, tanto por el riesgo de error como por su capacidad y potencialidad para promover la seguridad de los pacientes. Su participación en la mayoría de los procesos de atención, así como su involucramiento con todo el equipo de salud, demanda que su formación garantice su competencia para desarrollar un rol activo a favor de la calidad y la seguridad en la atención.^{7,13} Se precisan, por tanto, sistemas educativos dinámicos que den una respuesta segura, efectiva, eficiente y de calidad a las necesidades y expectativas de los ciudadanos. En definitiva, se trata de implementar en las instituciones académicas y en las sanitarias estrategias educativas que garanticen la formación del profesional que la sociedad precisa, centrándolo en la calidad de los cuidados y en la seguridad del paciente.¹⁴

DESARROLLO

Competencias y desarrollo de una cultura de seguridad. En la actualidad las competencias constituyen un referente teórico de importancia en el proceso de trabajo, estas surgen a partir de las exigencias de las instituciones formadoras, de los servicios, la sociedad y la necesidad de poseer una fuerza laboral calificada; se desarrollan por tanto desde el mundo del trabajo, a partir de diferentes opciones relacionadas con la calificación, las que suprimen o palian los déficits de los sistemas formadores y adecúan la fuerza de trabajo a las necesidades y condiciones laborales reales. De ahí la necesidad de la gestión del capital humano basada en las competencias laborales y la formación de competencias necesarias para cada organización, con el fin de responder a los requerimientos y necesidades actuales. Es por ello que los sistemas de salud requieren que todos los responsables en brindar atención a la población, se involucren con las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos.¹⁵

El movimiento de las competencias fue impulsado por David McClelland, quien en 1973 puso de manifiesto que los tests tradicionales de aptitudes académicas, de conocimientos generales y los créditos académicos, no predecían el rendimiento laboral ni el éxito en la vida profesional.

Esto le llevó a buscar otras variables, a las que llamó “competencias”, que permitiesen una mejor predicción del rendimiento laboral. Señaló que más allá de los conocimientos y habilidades, otros factores como los sentimientos, creencias, valores, actitudes y comportamientos pueden augurar o predecir un desempeño altamente satisfactorio en un puesto de trabajo. En 1994 Bunk G. definió las competencias como los comportamientos resultantes de un conjunto de actitudes, habilidades, destrezas, conocimientos y valores que las personas manifiestan para resolver situaciones concretas relacionadas con su vida y su profesión.¹³ Es decir, una capacidad efectiva para llevar a cabo exitosamente una actividad laboral plenamente identificada; es una capacidad real y demostrada, que se puede evaluar a través de resultados observables, donde se integran los conocimientos (saberes), habilidades y destrezas (saber hacer), actitudes y comportamientos (saber estar), y valores y creencias (saber ser).¹⁴

La educación con enfoque en las competencias para la seguridad puede contribuir para el cuidado más seguro del paciente. El modelo de las Competencias para la Seguridad, propuesto por el Canadian Patient Safety Institute en 2008, consiste en seis dominios básicos: (1) contribuir para la Cultura de Seguridad del Paciente, (2) trabajar en equipos para la seguridad del paciente, (3) comunicarse efectivamente para la seguridad del paciente, (4) administrar riesgos a la seguridad, (5) optimizar factores humanos y ambientales, (6) reconocer, responder y revelar eventos adversos.¹

La formación por competencias responde a un cambio continuo y global del mundo profesional. La evaluación de las competencias profesionales se encuentra presente en los procesos formativos del pregrado, posgrado y actividad profesional. Se reconocen actualmente dos objetivos para evaluar la competencia profesional: el primero, con fines certificativos, ya sea de carácter académico o para autorización legal de ejercer como profesional. El segundo, con fines diagnósticos, para evaluar la calidad del aprendizaje, la eficiencia del sistema formativo o para identificar necesidades de aprendizaje. La evaluación de las competencias profesionales constituye el elemento central en el desarrollo de las profesiones, siendo la clave para garantizar la calidad de los servicios sanitarios. La competencia profesional y la buena práctica en los estudiantes no se vinculan solo a la memorización, sino sobre todo al razonamiento clínico, a la toma de decisiones, a la resolución de problemas y a las habilidades en las relaciones interpersonales.¹⁶

Para lograr un cambio eficaz en las organizaciones de salud en cuanto a la cultura de la seguridad es necesaria la educación de los profesionales de salud en todas sus etapas de formación, es decir de manera temprana durante el pregrado, y posteriormente reforzando el aprendizaje durante la educación de posgrado y el desarrollo profesional continuo. Muchas organizaciones ya han reconocido la necesidad de entrenar a las próximas generaciones de profesionales de salud en el nuevo paradigma de la seguridad del paciente.¹⁷

Los desafíos para el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente son inmensos, pero no insuperables, y engloban la necesidad de establecimiento de estrategias efectivas

en tres ámbitos: formación de profesionales de la salud, asistencia en todos los niveles de atención a la salud e investigación.¹ En cuanto al ámbito formativo, las instituciones educativas formadoras de recursos humanos para el área de la salud requieren contar con planes de estudio que incorporen transversalmente la temática de calidad y seguridad, esto contribuye a que todo profesional en formación conozca su contribución y responsabilidad en el cumplimiento de los estándares internacionales de calidad y seguridad.⁷

El compromiso de las instituciones formativas ha de ser el de formar profesionales por y para la comunidad; con la posesión de unos valores comunitarios que expresen cierta solidaridad y que desarrollen la empatía, para ser capaces de ponerse en la piel y en el sentir del otro. Este compromiso no se tiene que quedar solo en documentos, sino que ha de manifestarse a través de los programas de formación y de las actuaciones de los propios docentes. Tal compromiso se ha de centrar en una formación que potencie, entre otros aspectos, la convivencia entre las distintas culturas, el aprendizaje a lo largo de la vida, la autonomía y responsabilidad personal y profesional, una visión universalista, y el pensamiento crítico, creativo y solidario.¹⁴

CONCLUSIONES

El Sistema de Salud en México tiene un compromiso inmerso en las estrategias del Plan Nacional de Desarrollo (PND), que llevan a garantizar la calidad y seguridad dentro de las instituciones prestadoras de estos servicios, por lo que deben generar e implementar una cultura de seguridad desde la formación profesional que lleve a la mejora continua, con el objetivo de evitar eventos adversos asociados a estos.

La globalización y los cambios a nivel mundial en materia de seguridad obligan a las instituciones formadoras de recursos humanos para la salud a adoptar cambios sustanciales en la formación del pregrado, bajo un modelo de enseñanza-aprendizaje basado en competencias, que respondan a las necesidades que demandan las poblaciones y mercados laborales actuales.

Formar a los futuros profesionales en materia de seguridad sentará las bases para insertarse en el mundo laboral, acorde con la temática actual en materia de seguridad en la atención del paciente, por lo que es importante el compromiso de las instituciones educativas de permear en toda la currícula de pregrado y posgrado todos los aspectos relacionados a este contexto.

REFERENCIAS

1. Urbanetto JS, Gerhardt LM. Seguridad del paciente en la tríade asistencia enseñanza investigación [Editorial]. Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34(3):10-11.
2. World Health Organization. Patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Geneva: WHO. [Internet] 2011 [acceso 27/05/2013]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf.

3. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Ginebra: OMS. [Internet] 2001 [acceso 15/06/2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81600/1/seb1099.pdf>
4. Gómez RO, Soto GA, Arenas GA, Garzón SJ, González VA, Mateus GE. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Av. Enferm* 2011; 29(2): 363-74.
5. World Health Organization. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final Technical Report January 2009 Geneva: WHO [Internet] 2009 [acceso 15/06/2017]. Disponible en http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
6. André da Silva GZ, De Souza OA, Saturno H P. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2013; 29(2):283-293.
7. Moreno MG. Calidad y seguridad de la atención. *Ciencia y Enfermería*. 2013; XIX (1): 7-9.
8. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care* 2003;12(Suppl II):ii17–ii23
9. Ramos F, Coca SM, Abeldaño RA. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. *Enfermería Universitaria*. 2017; 14 (1):47-53.
10. Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J, Arboleya-Casanova H, Rojano-Fernández C, Hernández-Torres F, Santacruz- Varela J. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cir Cir.* 2010; 78:527-532.
11. Romero RA y Gómez SJ. Enfermería y seguridad clínica: ¿Cuál es el camino? *Enferm Clin.* 2015; 25(4):155-157.
12. Programa de Acción específico. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Gobierno de México [internet]. 2015 [acceso 30/05/2017]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico-pae-2013-2018-dgces>.
13. Covell CL. The middle-range theory of nursing intellectual capital. *J Adv Nurs.* 2008; 63(1):94-103.
14. Morán-Barrios J. Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la educación médica: la formación basada en competencias. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* 2013; 33 (118), 385-405.
15. Urbina LO. Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente. *Rev Cubana Enfermer* 2011;27(3) 239- 247.
16. Latrach-Ammar C, Febré N, Demandes I, Araneda J, González I. Importancia de las competencias en la formación de enfermería. *Aquichan* 2011; 11(3):305-315.
17. Tappatá LL, Gazzoni C, Gallardo MF, Cragno A, García M, Ocampo A. Seguridad del paciente y educación médica: adaptación transcultural de un cuestionario para la evaluación de la percepción de seguridad del paciente en estudiantes de medicina. *Revista Argentina de Educación Médica* 2014; 6(2):45-52.

En un conflicto médico-legal, una vía alternativa a los esquemas tradicionales de los tribunales, es el

Procedimiento arbitral

que realizamos en la **CONAMED**, con el cual obtienes:

Resolución definitiva

(Laudo) elaborada por médicos y abogados altamente especializados en la materia.

Claridad

En las explicaciones sobre si hubo o no la mala práctica.

Imparcialidad

En nuestra atención.

Ahorro

En tiempo y costos a diferencia de la vía de los tribunales.
El personal de la CONAMED te orientará de manera gratuita.

Confidencialidad

En el uso de la información y protección de tus datos personales.

Durante el Procedimiento arbitral habrá dos audiencias:
una para la firma del acuerdo y otra para revisión de pruebas.

Conclusión

La controversia puede concluir en cualquier momento del proceso arbitral, firmando un convenio.

Instrucciones para los Autores de la REVISTA CONAMED 2018

La REVISTA CONAMED es la publicación oficial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Recibe artículos en idiomas español e inglés. Se edita trimestralmente y está registrada en Medigraphic Literatura Biomédica, Latindex, Periódica, Imbiomed, Cuiden, Dialnet, BVS-México, BibLat y MedicLatina de EBSCO-Host.

Su perfil editorial incluye temas sobre conflicto derivado del acto médico, medios alternos de solución de conflictos, error médico y su prevención, seguridad del paciente, calidad de la atención en salud, ética profesional, derechos humanos y temas afines.

El autor podrá sugerir la sección de la Revista en la que considere que su original puede ser incluido pero será facultad del Editor decidir la sección definitiva para publicación (editorial, artículo original, artículo de revisión, artículo de opinión, derecho sanitario, derechos humanos y salud).

Las instrucciones para autores en su formato completo pueden ser consultadas en:

www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-instr.pdf

El autor correspondiente, será responsable de atender los comentarios y sugerencias de los revisores y aprobar la versión final del documento.

La recepción de artículos se realizará en la siguiente liga:

revistaconamed.medigraphic.com

**REVISTA
CONAMED**



COMPEDIA
Colegio Mexicano de Pediatras Especialistas
en Inmunología Clínica y Alergia

Congreso
binacional

XXV CONGRESO NACIONAL DE ALERGIA, ASMA E INMUNOLOGÍA PEDIÁTRICA 2018

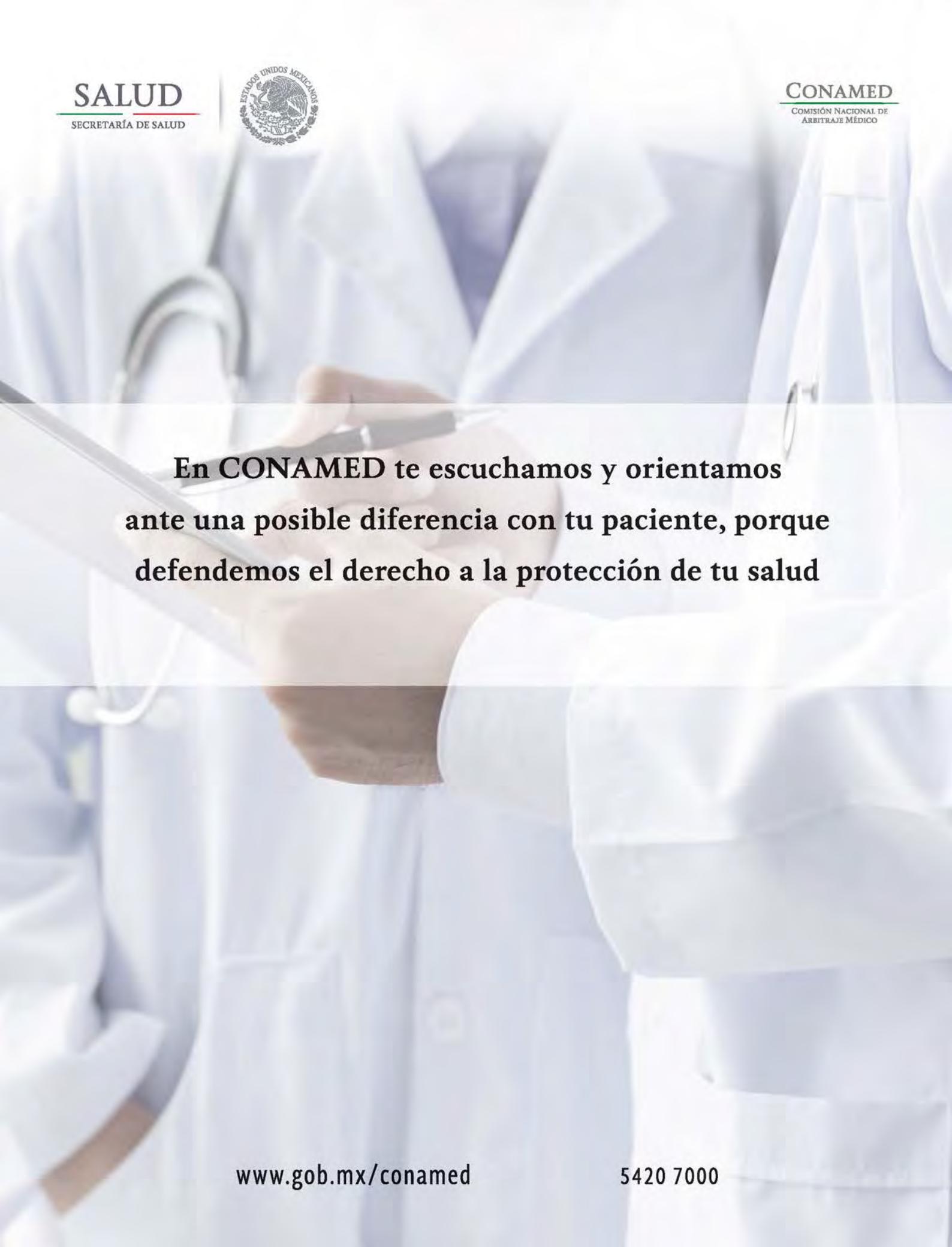
**XXV Congreso
estatal de
pediatría de
Baja
California**



Del 24 al 27
de Julio 2018

TIJUANA ROSARITO BAJA
CALIFORNIA

BAJA
CALIFORNIA CENTER
CONGRESOS Y EXPOSICIONES



**En CONAMED te escuchamos y orientamos
ante una posible diferencia con tu paciente, porque
defendemos el derecho a la protección de tu salud**