

Depresión en madres
médicos en México

La violencia de género por
profesionales de la salud mental

Evaluación de antes y después
de una intervención educativa
de higiene de manos en un
hospital de tercer nivel

Análisis de la asignación
presupuestal para el IMSS en las
entidades federativas 2010-2017

La relación médico paciente
ante el cáncer

Responsabilidad jurídica
del acto médico-sanitario

Disponibilidad-acceso a los
servicios de especialidades
médicas un derecho
humano remoto

Agradecimiento a los revisores 2019 de la

REVISTA CONAMED

La publicación de los artículos que aparecieron en la Revista CONAMED durante el año 2019, en sus cuatro números como en el Suplemento, no podía haberse realizado sin el encomiable esfuerzo y asistencia desinteresada de los especialistas que aceptaron participar como revisores de dichos trabajos.

La Revista CONAMED agradece profundamente su interés, esfuerzo y colaboración para el desarrollo de esta labor a:

- Adela Alba Leonel • Adiel Agama Sarabia •
- Adriana González Gallegos • Adriana Peña •
- Alejandro Alcaraz García • Alfredo Paulo Maya •
- Alhelí Lucía Bremer Aztudillo • Alma Lidia Almiray Soto •
- Carlos Llopis Aragón • David Gabriel Luna Pérez •
- Débora Herrera Ramírez • Eduardo García Solís •
- Elia Nora Arganis Juárez • María Esther Lozano Dávila •
- Félix Gaytán Morales • Gabino Sánchez Rosales •
- Guadalupe Cecilia Morelos López • Hilda Peñaloza Andaluz •
- Juan Francisco Hernández Sierra • Leticia De Anda Aguilar •
- Eloy Margarita Aguilar • Martha Patricia Hernández Valdez •
- Miguel Ángel Cuevas Budhart • Silvia Rosa Allende Pérez •

G R A C I A S

**Atentamente
Cuerpo Editorial Revista CONAMED**

- Artículos originales**
- s3** **Depresión en madres médicas en México: un estudio transversal**
Depression among physicians who are mothers in Mexico: a transversal study
Sandra López-León, Karen Rosales-Mariscal, Cipatli Ayuzo Del Valle, Luz Odette Villegas-Pichardo, Alejandra Huante-Salceda
- s8** **Abordaje de la violencia de género por profesionales de la salud mental**
Approach to gender violence by mental health professionals
Rita de Guadalupe Martínez-Rocha, Teresa Segura-Sifuentes, Claudia Glafira Martínez-Saldaña, Maribel Cruz-Ortiz, Juan Antonio Moreno-Tapia
- s17** **Evaluación de antes y después de una intervención educativa de higiene de manos en familiares de pacientes pediátricos hospitalizados en un hospital de tercer nivel de atención**
Pre and post evaluation of an educational intervention on hand hygiene in family members of pediatric patients hospitalized in a third level care hospital
María Carmela Velázquez-Hernández, Daniela de la Rosa-Samboni, Silvia Vargas-Hernández, Juana María del Socorro Vargas-Alonso, Alejandra Aguilar-Campos, María Rosana Juseppe-Camargo, Dennis Raquel Vilchis-Rechy, Diana Ávila-Montiel, Horacio Márquez-González
- s23** **A treinta años de la descentralización: Análisis de la asignación presupuestal para el IMSS en las entidades federativas 2010-2017**
Thirty years after decentralisation: analysis of budget allocation for IMSS towards localities during 2010-2017
Gabriela Tapia Téllez
- Artículo de revisión**
- s35** **La relación médico-paciente: la base bioética de la experiencia ante el cáncer**
The physician-patient relationship: the basis of bioethics of the experience before cancer
María del Carmen Calderón Benavides
- Derechos humanos y salud**
- s40** **Responsabilidad jurídica del acto médico-sanitario**
Legal responsibility of the medical-sanitary act
Roxana Nayeli Guerrero-Sotelo, Laura Isabel Hernández-Arzola, Gerardo Roberto Aragón-González
- s47** **Disponibilidad-acceso a los servicios de especialidades médicas en Ocotlán, Jalisco, un derecho humano remoto**
Availability-access to the services of medical specialties in Ocotlan, Jalisco a remote human right
Alma Jéssica Velázquez Gallardo

REVISTA CONAMED

Director General
Dr. Onofre Muñoz Hernández

Editor
Dr. Fernando Meneses González

Comité Editorial

Lic. Juan Antonio Orozco Montoya
Dra. Carina Xóchitl Gómez Fröde
Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México

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

Dr. Jesús Reyna Figueroa
Petróleos Mexicanos, México

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

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

Dr. Dionisio Herrera Guibert
*Training Programs In Epidemiology Public
Health Interventions Network, USA*

Dr. Juan Francisco Hernández Sierra
Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México

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

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

Dr. Alejandro Treviño Becerra
Editor de la Revista Gaceta Médica de México (ANM)

Director Asociado
Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

Co-editores
Dra. Leticia de Anda Aguilar
Dr. José de Jesús Leija Martínez

Consejo Editorial

Dr. Juan Garduño Espinosa
Red Cochrane, México

Dr. Carlos Santos Burgoa
*The George Washington University
and Milken Institute, USA*

Dr. Gregorio Tomás Obrador Vera
*Facultad de ciencias de la salud,
Universidad Panamericana, México*

Dra. Teresita Corona Vázquez
Academia Nacional de Medicina, México

Dr. Juan Miguel Abdo Francis
Academia Mexicana de Cirugía, México

Dr. Guillermo Fajardo Ortíz
Facultad de Medicina UNAM, México

Mtra. Rosa Amarilis Zárate Grajales
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM, México

Dr. Carlos Castillo Salgado
Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, USA

Dr. Tomás Barrientos Fortes
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Anáhuac, México

Dr. Gilberto Guzmán Valdivia Gómez
Facultad Mexicana de Medicina Universidad La Salle, México

Dr. Ricardo García Cavazos
Escuela Superior de Medicina, IPN, México

Dr. Manuel Ruiz de Chávez
Comisión Nacional de Bioética, México

Dra. Matilde Loreto Enríquez Sandoval
Academia Nacional de Educación Médica, México

Jonas Gonseth-García
*Office of equity, gender and cultural diversity (EGC)
Organización Panamericana de la Salud, México*

Dra. Diana Celia Carpio Ríos
Secretaría de Salud del Estado de Michoacán, México



Portada: Jorge Collado

La REVISTA CONAMED está registrada en los siguientes índices:

Medigraphic • Dialnet • PERIODICA • Biblat • LATINDEX • IMBIOMED • CUIDEN • BVS • EBSCO



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

REVISTA CONAMED, Año 24, Suplemento 1, 2019, 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, Alcaldía 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 (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03020. Tels. 52 (55) 5420-7043, www.conamed.gob.mx, revista@conamed.gob.mx, fecha de última modificación, 29 de noviembre de 2019. 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.

Depresión en madres médicas en México: un estudio transversal

Depression among physicians who are mothers in Mexico: a transversal study

Sandra López-León,* Karen Rosales-Mariscal,‡ Cipatli Ayuzo Del Valle,§
Luz Odette Villegas-Pichardo,|| Alejandra Huante-Salceda¶

RESUMEN

Los trastornos mentales son comunes en la comunidad médica, especialmente en las mujeres. En México, hay estudios que demuestran que estudiantes de medicina y residentes presentan con mayor frecuencia depresión, comparadas con la población general. En este estudio se describe la prevalencia de depresión en un grupo de madres médicas hispanas. **Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo con base en encuestas a un foro en línea de mujeres con título de Médico Cirujano que son madres y residen en México, con el objetivo de estimar la prevalencia puntual de depresión en este grupo. El cuestionario incluía la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). Una calificación igual o mayor a 8 o el uso de algún antidepresivo fueron usados para definir depresión en este estudio en particular. **Resultados:** Un total de 1,170 médicas que son madres fueron incluidas en este estudio. La prevalencia puntual de depresión fue de 10.9%. El grupo que presenta depresión fuma más y toma más píldoras para dormir que el grupo que no presenta síntomas de depresión.

Palabras clave: Depresión, médicos, salud mental, medicina, conducta materna.

ABSTRACT

Mental disorders are prevalent in medical doctors, especially among females. In Mexico, there are studies showing that medical students and residents present a higher frequency of depression compared to the general population, however there are no studies in medical doctors at a later stage. **Material and methods:** A questionnaire was sent in an online forum for physicians that are mothers based in Mexico with the objective of estimating the point prevalence of depression among this group. The questionnaire included the hospital and anxiety scale (HADS) which assess symptoms of depression. A cut-off score of ≥ 8 or use of antidepressants was used to define depression. **Results:** A total of 1,170 physicians that are mothers were included in this study. The point prevalence of depression was 10.9%. The group that had depression smoked more and took more sleeping pills that the group that did not present symptoms of depression. The point prevalence of symptoms of depression in this group of physicians in Mexico was estimated to be of 10.9%, which is similar to what is seen in the general population but lower than the estimates for medical interns and residents.

Keywords: Depression, physicians, mental health, medicine, maternal behavior.

* Epidemióloga Senior.
Novartis Pharmaceuticals
Corporations, New Jersey
US.

‡ Neonatóloga Hospital
Español de México.
Postgrado Universidad La
Salle, México.

§ Academia Mexicana de
Pediatria. Departamento
de Pediatria del Hospital
Ángeles. Monterrey,
México.

|| Nutrióloga y Homeópata
en Centro SUMA para
Labio y Paladar Hendido
en la Ciudad de México.

¶ Departamento de
Medicina Interna en el
Hospital San Ángel Inn en
la Ciudad de México.

Correspondencia: CAV,
cipatlimd@yahoo.com

Conflicto de intereses:
Las autoras declaran que
no tienen.

Citar como: López-León S,
Rosales-Mariscal K, Ayuzo-
Del Valle C, Villegas-
Pichardo LO, Huante-
Salceda A. *Depresión
en madres médicas
en México: un estudio
transversal.*

Rev CONAMED 2019;
24(supl. 1): s3-s7.

Financiamiento:
Ninguno.

Recibido: 30/09/2019.
Aceptado: 19/11/2019.

INTRODUCCIÓN

La depresión se caracteriza por un sentimiento persistente de tristeza, pérdida de interés, cambios en el apetito, alteraciones del sueño, pérdida o falta de energía y alteraciones neurocognitivas. Otros síntomas incluyen la pérdida de confianza y de autoestima, culpa inapropiada y pensamientos de muerte o suicidio.¹

Los médicos tienen un riesgo mayor de presentar desórdenes mentales como la depresión comparadas con la población general.² Diversos factores han sido propuestos para explicar esta predisposición: la relación médico-paciente, múltiples horas de guardia, sueño insuficiente, horas de estudio extenuantes y limitaciones financieras como préstamos bancarios.³ Las mujeres médicas están en un mayor riesgo de depresión comparadas con sus colegas masculinos.⁴ Algunos motivos de estrés que son más prevalentes en las profesionistas mujeres incluyen: ser minoría, discriminación, falta de modelos a seguir, falta de apoyo, presión social del rol de la mujer, y el poder combinar la carrera con la maternidad.⁴

La depresión tiene una prevalencia alta a nivel mundial, la cual ha ido aumentando a través del tiempo.⁵ La prevalencia es aproximadamente dos veces mayor en mujeres comparada con los hombres.⁶ La Organización Mundial de la Salud estima una prevalencia puntual de depresión en la población general de 1.9% para hombres y 3.2% para mujeres.⁶ Una encuesta nacional representativa señaló la prevalencia puntual en 7% en los Estados Unidos, y en México de 15%.^{7,8} Estas estimaciones pueden variar dependiendo de la edad, la proporción entre hombres y mujeres, y los criterios diagnósticos usados.

Estudios muestran que los médicos tienen una tasa mayor de depresión cuando se les compara con la población general.⁷ Con base en la preocupación por la prevalencia de la depresión en la comunidad médica, algunos estudios se han enfocado en los estudiantes de medicina, internos y residentes tales como Mata y sus colaboradores, quienes en el 2015 condujeron un metaanálisis con el objetivo de dar un resumen estimado de la depresión en los residentes médicos. El estudio muestra una prevalencia de 28.8% (95% CI. 25.3-32.5%). La prevalencia de la depresión varía entre

estudios, oscilando entre 20.9 y 43.2% dependiendo del instrumento usado.⁹ En este metaanálisis se incluyeron dos estudios de México que eran transversales.^{10,11} Ambos incluían al menos 100 médicos o residentes quirúrgicos, uno mostraba una prevalencia estimada de 16.2% (95% CI 8.9-26.2)¹⁰ y el otro estimaba una prevalencia de 44.4% (95% CI 34-55.3).¹¹ El hecho de que cada vez existen más mujeres en la carrera de Médico Cirujano⁴ nos llevó a realizar una investigación acerca de la prevalencia de los síntomas de depresión en mujeres médicas que, además de su papel como médicos, cumplen también el rol de madres de familia como guía para las futuras generaciones que aspiran a ser médicos y también a ser madres.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron resultados de encuestas realizadas a mujeres con carrera de medicina y que sean madres de hijos naturales o adoptivos. No se incluyeron médicas que no son madres. Los datos para los análisis fueron obtenidos de un cuestionario realizado en marzo del 2017. El consentimiento informado se solicitó al inicio del cuestionario basado en las guías de la OMS. La participación se realizó de forma anónima y voluntaria.

El cuestionario contenía tanto preguntas de opción múltiple, como abiertas. Se recolectó información de edad, estado civil, detalles profesionales, medicación usada, maternidad, salud y bienestar.

Los síntomas de depresión fueron evaluados usando la escala de depresión y ansiedad (HADS-D).¹² Esta escala fue originalmente diseñada para evaluar a pacientes hospitalizados, pero ha sido validada para ser usada en la población general. Las propiedades psicométricas de esta escala han sido demostradas en varias poblaciones.¹³ Este estudio usó la versión traducida por López Alvarenga. El HADS en español ha sido usado en estudiantes de medicina demostrando una adecuada consistencia interna ($\alpha > 0.80$), y buena especificidad para detectar depresión.¹⁴

El HADS-D consiste en siete puntos con calificaciones que varían de 0 a 21. Una mayor calificación indica un mayor número de síntomas de depresión. El punto de corte usado fue igual o mayor a 8, lo cual indica una posible depresión mayor o síntomas de desorden de ansiedad clínica. En nuestro

estudio, la depresión se definió como una calificación igual o mayor a 8 en la escala HADS o uso de antidepresivos, aún cuando éstos sean utilizados por otras indicaciones médicas. La prevalencia puntual fue calculada como el número de personas con síntomas de depresión dividido entre el total de participantes multiplicado por 100. Los intervalos de confianza fueron construidos usando Clopper-Pearson.¹⁵ Los datos categóricos y continuos fueron resumidos en frecuencia y porcentaje, desviación media y estándar (DE) respectivamente.

Con el objetivo de evaluar si alguna de las variables estaba asociada con síntomas de depresión, se hizo una comparación de proporciones con el estadístico de χ^2 , considerando como estadísticamente significativo una $p \leq 0.05$. Los análisis estadísticos fueron hechos usando el sistema SAS versión 9.3.

RESULTADOS

Nuestra población incluyó 1,170 médicas que son madres. La edad promedio fue de 36.1 (DE 5.1). Un total de 6.2% tuvo una calificación igual o mayor a 8 en la escala de HADS. El punto estimado de depresión fue de 10.9%.

La *Tabla 1* muestra las variables que fueron estadísticamente significativas en relación con la depresión. Las médicas con depresión fumaban más (16.5 vs 9% $p = 0.01$) y tomaban más medicamentos para dormir (21.3 vs 3% $p = 0.00$) en comparación con aquéllas que no tenían depresión. También se observó que quienes no tenían depresión se ejercitaban más que aquéllas deprimidas, aunque este

valor no fue estadísticamente significativo (38.3% vs 30.7% $p = 0.06$). Las doctoras con especialidad de Anestesiología tuvieron una incidencia mayor de uso de medicamentos antidepresivos y consumo de alcohol. Dermatología reportó más horas de trabajo y menor número de horas de sueño.

DISCUSIÓN

La prevalencia puntual de depresión en este estudio, en el cual se incluyeron 1,170 médicas que son madres, fue estimada en 10.9%. Se observó que las participantes que tenían depresión fumaban más y tomaban más pastillas para dormir que el resto de las médicas que no tenían depresión.

Este estimado es similar a lo que ya se ha reportado en la población general en México.⁸ Sin embargo, es menor que lo observado en el metaanálisis mundial de médicos en el cual se estimó el 28.8% (IC_{95%} 25.3-32.5%).⁹

El hallazgo de que el tabaquismo y el uso de pastillas para dormir es mayor en el grupo de mujeres deprimidas no es nuevo. Hay varios estudios que reportan la comorbilidad entre depresión y tabaquismo, y entre depresión y alteraciones del sueño.^{15,16} Con relación al tabaquismo, hay diversas hipótesis para esta correlación, como el que los individuos fuman para aliviar los síntomas de la depresión, que el tabaquismo aumenta el riesgo de depresión y de la que existen genes comunes entre la adicción y la depresión.¹⁶ Cualquiera que sea el caso, existe mayor riesgo que beneficio al fumar, ya que se ha visto que el fumar reduce la

Tabla 1: Características generales de la población de madres que son doctoras.

	N = 1,170 %	Sin depresión (n = 1,043) %	Depresión (n = 127) %	p
Edad, media (DE)	36.1 (5.1)	36 (4.9)	37 (6.3)	0.04*
Cigarro diario	9.8	9.0	16.5	0.01*
Alcohol diario	12.7	12.2	17.3	0.70
Café diario	69.4	69.9	65.4	0.17
Pastillas para dormir	5.0	3.0	21.3	0.00*
Ejercicio	37.4	38.3	30.7	0.06

Depresión = síntomas de depresión o toma de antidepresivos, DE = desviación estándar, * = estadísticamente significativo.

expectativa de vida asociada con enfermedades mentales.¹⁷

Con relación al sueño, hay una relación causal entre el sueño y las funciones emocionales cerebrales. Existe evidencia de que la mayoría de los pacientes con depresión tienen uno o más desórdenes del sueño.¹⁸ A pesar de que se ha hecho un progreso considerable en el entendimiento de la relación entre el sueño y la función cerebral afectiva, falta mucho aún por investigar. Los médicos tienen acceso a prescripciones médicas y es común que tomen medicamentos para dormir sin un diagnóstico apropiado, más aún en especialidades con accesos a los medicamentos como anestesiología.¹⁸ Una encuesta de médicas mostró que al menos 50% creían tener los criterios de enfermedad mental, pero no buscaron tratamiento porque sentían que ellas podían manejarlo por sí solas o tenían miedo de reportarlo a sus instituciones.¹⁹ Es importante recalcar que si una persona tiene alteraciones del sueño o cambios de humor debe contactar a un especialista para evaluar si la alteración del sueño está causando depresión, o si la depresión está causando el desorden del sueño. En cualquiera de los casos, ambas alteraciones deben ser tratadas como si fueran factores de riesgo para otro tipo de enfermedades que amenacen la vida.

Existe evidencia sólida de que la actividad física es tanto un factor de riesgo como una estrategia en el tratamiento para la depresión. Sin embargo, la evidencia de la eficacia de la actividad física no está en guías, por lo que muchas veces los médicos han negado la actividad física como un plan terapéutico.²⁰ Otras publicaciones, como un metaanálisis de resultados de ensayos clínicos controlados aleatorios, concluyeron que el ejercicio es altamente efectivo como tratamiento en la intervención de la depresión.²¹ Una limitante de este estudio es que la depresión fue evaluada usando un autorreporte tras un cuestionario, en lugar de diagnosticarla por entrevistas clínicas elaboradas por psiquiatras que son el estándar de oro. Mientras que el uso de autorreporte a través de cuestionarios es altamente aceptado en estudios epidemiológicos,¹⁷ estas escalas tienen limitantes. Los ítems y las escalas de respuesta difieren entre las diferentes escalas de depresión, por lo que se estima haya diferencia entre los diversos grupos estudiados. Otra limitante es la inclusión en la definición de depresión, a los

individuos que estuvieran tomando antidepresivos. Los antidepresivos también pueden ser usados para tratar trastornos obsesivos compulsivos, ansiedad o estrés postraumático; por lo que existe la posibilidad de que algunas de las participantes estuvieran tomando antidepresivos para tratar alguno de estos desórdenes. Estas limitantes deben de tomarse en cuenta al momento de hacer comparaciones con otras poblaciones.

El hecho de que los médicos tengan acceso a prescripciones médicas hace que tiendan a automedicarse. La sobredosis es el método de suicidio más común, y su uso es significativamente mayor en médicos comparado con la población general.²² Los médicos tienen un mayor riesgo de suicidio y la depresión es uno de los factores de riesgo mayores.²³ En comparación con la población general, los suicidios reportados son 40% más frecuentes en hombres y 30% más en médicas.²⁴ La maternidad es un factor de riesgo adicional en el que se incluyen la depresión postparto y la carga de trabajo derivada de la propia maternidad, lo que lo convierte en un grupo vulnerable. La depresión en los médicos puede estar subdiagnosticada y no tratada adecuadamente. El riesgo de suicidio se puede reducir con una mejor detección y adecuado tratamiento de la depresión.²⁵

CONCLUSIÓN

Los resultados muestran que 10.9% de las mamás médicas que participaron en este cuestionario presentaban síntomas de depresión o bien estaban bajo medicación de algún antidepresivo (5.8%). Este porcentaje es similar a lo reportado en otros estudios en la población general pero menor a lo reportado en médicos internos y médicos residentes. Hay especialidades de mayor riesgo para depresión como anestesiología.

AGRADECIMIENTOS

Grupo Mamás Doctoras México.

BIBLIOGRAFÍA

1. Krishnan R. Unipolar depression in adults: epidemiology, pathogenesis, and neurobiology. Up To Date. 2019. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/>

- unipolar-depression-in-adults-epidemiology-pathogenesis-and-neurobiology.
2. Brooks SK, Gerada CCT. Review of literature on the mental health of doctors: are specialist services needed? *J Ment Health*. 2011; 20 (2): 146-156.
 3. Levine RE, Bryant SG. The depressed physician: a different kind of impairment. *Hospital Physician*. 2000; 36: 67-73.
 4. Robinson GE. Stresses on women physicians: consequences and coping techniques. *Depress Anxiety*. 2003; 17 (3): 180-189.
 5. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003; 12 (1): 3-21.
 6. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018; 392 (10161): 2299-2312.
 7. Joules D. Depression in resident physicians: a systematic review. *Open J Depress*. 2014; 3 (3): 89-100.
 8. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalence and diagnosis of depression in Mexico. *Salud Publica Mex*. 2005; 47 Suppl 1: S4-S11.
 9. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2015; 314 (22): 2373-2383.
 10. Cruz EP. Burnout syndrome as a risk factor of depression in medical residents. *Med Inter Mex*. 2006; 22 (4): 282-286.
 11. Sánchez MJB, Islas CLR, Escobar IV, Rico LES. Symptoms of anxiety and depression in residents physicians at high risk or stress. *Psiquiatr Biol*. 2008; 15 (5): 147-152.
 12. Zigmund AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983; 67 (6): 361-370.
 13. Bjelland I, Dahl AA. The validity of hospital anxiety and depression scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002; 52 (2): 69-77.
 14. Desu MM Raghavarao D. Nonparametric statistical methods for complete and censored data. Chapman and Hall. 2004.
 15. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The association of cigarette smoking with depression and anxiety: a systematic review. *Nicotine Tob Res*. 2017; 19 (1): 3-13.
 16. Murphy MJ, Peterson MJ. Sleep disturbances in depression. *Sleep Med Clin*. 2015; 10 (1): 17-23.
 17. Royal College of Physicians RcoP, Smoking and Mental Health. 2013. Disponible en: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/smoking-and-mental-health>
 18. Goldstein AN, Walker MP. The Role of Sleep in emotional brain function. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014; 10: 679-708.
 19. Gold KJ, Andrew LB, Goldman EB, Schwenk TL. "I would never want to have a mental health diagnosis on my record": a survey of female physicians on mental health diagnosis, treatment, and reporting. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016; 43: 51-57.
 20. Jacka FN, Berk M. Depression, diet and exercise. *Med J Aust*. 2013; 199 (S6): S21-S23.
 21. Hoffman BM, Babyak MA, Craighead WE et al. Exercise and pharmacotherapy in patients with major depression: one-year follow-up of the SMILE study. *Psychosom Med*. 2011; 73: 127-133.
 22. Bailey E, Robinson J, McGorry P. Depression and suicide among medical practitioners in Australia. *Intern Med J*. 2018; 48: 254-258.
 23. Center C, Davis M, Detre T, Ford D, Hansbrough W, Hendin H et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA*. 2003; 289: 3161-3166.
 24. Hochberg MS, Berman RS, Kalet AL, Zabar SR, Gillespie C, Pachter HL. The stress of residency: recognizing the signs of depression and suicide in you and your fellow residents. *Am J Surg*. 2013; 205: 141-146.
 25. Middleton JL. Today I'm grieving a physician suicide. *Ann Fam Med*. 2008; 6: 267-269.

Abordaje de la violencia de género por profesionales de la salud mental

Approach to gender violence by mental health professionals

* Maestra en Epidemiología y Administración en Salud. Enfermera Jefa de Servicio de la Clínica Psiquiátrica «Dr. Everardo Neumann Peña».

‡ Especialista en Psiquiatría y Salud Mental. Enfermera Jefa de Servicio de la Clínica Psiquiátrica «Dr. Everardo Neumann Peña».

§ Especialista en Psiquiatría. Enfermera Jefa de Servicio de la Clínica Psiquiátrica «Dr. Everardo Neumann Peña».

|| PhD. Docente Investigadora de la Facultad de Enfermería de la UASLP.

¶ PhD. Jefe del Departamento de Investigación y Evaluación Educativa del Colegio de Bachilleres de San Luis Potosí.

Correspondencia: RGMR, marr_74@hotmail.com

Conflicto de intereses: Los autores manifiestan no tener conflicto de intereses.

Citar como: Martínez-Rocha RG, Segura-Sifuentes T, Martínez-Saldaña CG, Cruz-Ortiz M, Moreno-Tapia JA. *Abordaje de la violencia de género por profesionales de la salud mental.* Rev CONAMED 2019; 24(supl. 1): s8-s16.

Financiamiento: Ninguno.

Recibido: 30/07/2019.

Aceptado: 11/10/2019.

Rita de Guadalupe Martínez-Rocha,* Teresa Segura-Sifuentes,‡
Claudia Glafira Martínez-Saldaña,§ Maribel Cruz-Ortiz,|| Juan Antonio Moreno-Tapia¶

RESUMEN

Introducción: La violencia de género es un problema de gran magnitud con consecuencias graves para la salud física y mental de las mujeres que atenta contra sus derechos humanos. **Objetivo:** Comparar las prácticas de los profesionales de la salud en la detección, atención y seguimiento de la violencia de género en un hospital psiquiátrico. **Material y métodos:** Estudio cuantitativo de corte transversal; el estudio consistió en dos etapas: en la primera se aplicó una encuesta ex profeso validada por criterio de expertos y prueba piloto a 72 profesionales de la salud que laboraban en un hospital psiquiátrico de San Luis Potosí; la segunda etapa buscó comparar lo explorado en la encuesta con la revisión de 86 expedientes de mujeres que fueron atendidas en los servicios de urgencias y hospitalización. **Resultados:** No se encontró concordancia entre lo reportado por los profesionales de la salud en relación con el abordaje de la violencia y lo encontrado en la revisión de expedientes de las mujeres atendidas, las cuales presentaron una alta prevalencia de violencia. **Conclusiones:** Los servicios de salud mental requieren articular la normatividad que se dispone en materia de atención a la violencia de género mediante protocolos de prevención, detección y atención integral.

Palabras clave: Violencia de género, salud mental.

ABSTRACT

Introduction: Gender violence is a problem of great magnitude with serious consequences for the physical and mental health of women that violate their human rights. **Objective:** Compare the practices of health professionals in the detection, care and monitoring of gender violence in a psychiatric hospital. **Material and methods:** Quantitative cross-sectional study; the study consisted of two stages: in the first, an ex profeso survey validated by expert criteria and a pilot test was applied to 72 health professionals who worked in a psychiatric hospital in San Luis Potosí; the second stage sought to compare what was explored in the survey with the review of 86 records of women who were seen in the emergency and hospital services. **Results:** No agreement was found between what was reported by the health professionals in relation to the approach to violence and what was found in the review of files of the women attended, which presented a high prevalence of violence. **Conclusions:** Mental health services need to articulate the regulations that are available in terms of attention to the gender violence through prevention, detection and comprehensive care protocols.

Keywords: Gender-based violence, mental health.

INTRODUCCIÓN

La violencia basada en género (en adelante VG) subraya la relación entre el estado de subordinación femenina en la sociedad y su creciente vulnerabilidad respecto a la violencia.¹ La VG es a nivel mundial, nacional y estatal un problema de gran magnitud con consecuencias graves para la salud física y mental de las mujeres que atenta contra sus derechos humanos.

En el mundo, entre 15 y 75% de las mujeres han sufrido algún tipo de violencia física o sexual a lo largo de su vida, en ese mismo contexto casi 50% de las agresiones sexuales ocurrieron en mujeres menores de 16 años.²

En México, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2016) reveló que 66.1% de las mujeres mayores de 15 años han sido víctimas de al menos un incidente de violencia en su vida. La VG en nuestro país va desde 52.4% en Chiapas hasta 79.8% en la Ciudad de México, de acuerdo con esta encuesta la prevalencia en San Luis Potosí fue de 56.7%.³

Quizás la mayor expresión de la VG es el feminicidio, el cual en México se presentó un incremento de 18.1% al pasar de 2,813 en 2016 a 3,324 en 2017; en San Luis Potosí los feminicidios aumentaron de 34 a 43 en ese mismo periodo; el cambio porcentual fue de 29.2%.⁴

El modelo ecológico propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) presenta un análisis de los factores asociados con la VG desde una visión de salud pública, en el cual se abordan los determinantes sociales de la violencia en distintos niveles como el personal, familiar, comunitario, social, cultural y permite analizar sus interacciones.⁵

De manera reiterada se ha posicionado al sector salud como uno de los lugares privilegiados para la detección y atención de casos de VG, el programa de acción específico 2013-2018 para la prevención y atención a la violencia familiar y de género, la reconoce como un problema de salud pública al enfatizar que su abordaje debe ser integral y multidisciplinario, ya que las consecuencias en la salud física y mental de las mujeres son diversas y muchas de ellas graves.⁶

Al respecto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señaló en 2013 que tanto la violencia física como la sexual se han vinculado con un riesgo

mayor de resultados adversos en la salud mental de las mujeres, tales consecuencias incluyen: depresión, intentos de suicidio, trastorno por estrés postraumático, ansiedad, trastornos psicósomáticos, del sueño y de los hábitos alimentarios.⁷

Tres de cada cuatro mujeres con enfermedad mental grave (en adelante EMG) han sufrido violencia en el ámbito familiar y/o de pareja alguna vez en su vida; el riesgo que tiene este grupo de sufrir violencia en la pareja se multiplica entre dos y cuatro veces respecto a las mujeres en general. Alrededor de 80% de las mujeres unidas en pareja con EMG en algún momento de su vida han sufrido violencia y 52% que conviven con familiares han sido victimizadas en el último año, por lo tanto,⁸ factores como carencia de autonomía, alto nivel de dependencia, baja o nula participación social y el estigma que rodea la enfermedad mental contribuyen a esta doble vulnerabilidad.

Por otro lado, las mujeres con EMG ven cuestionada sistemáticamente su condición de víctimas bajo argumentos tales como que su relato no es veraz, debido a la descompensación psicopatológica, o que sus conductas provocan el maltrato.

Los datos anteriores demandan que los profesionales de la salud estén capacitados y sensibilizados en el tema, así como el desarrollo de modelos de atención que permitan un abordaje integral de la VG en las mujeres que reciben atención en los servicios de salud mental.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trató de un estudio cuantitativo de corte transversal.

Objetivo: Comparar las prácticas de los profesionales de la salud en la detección, atención y seguimiento de la violencia de género en un hospital psiquiátrico.

Se caracterizó también a la población femenina atendida en los servicios de urgencias, hospitalización y su contacto con la violencia de género a través de los registros contenidos en el expediente clínico.

El estudio consistió en dos etapas: en la primera se aplicó una encuesta al total de los profesionales de la salud que laboraban en un hospital psiquiátrico de San Luis Potosí de las áreas de medicina general y psiquiatría, enfermería, trabajo social y psicología,

cuyo único criterio de inclusión fue que prestaran atención directa a la población usuaria de los servicios. La segunda etapa buscó comparar lo explorado en la encuesta con la revisión de 86 expedientes de mujeres que fueron atendidas en los servicios de urgencias y hospitalización; en esta etapa, el muestreo empleado fue por cuota, siendo una muestra significativa tomada a partir del número de ingresos a estos servicios en los últimos seis meses.

Para ello se diseñaron dos instrumentos: una encuesta autoaplicada y una guía de evaluación del expediente clínico; ambos evaluaron el abordaje de la VG, la primera desde la perspectiva del personal de salud y la segunda comparó su práctica a través de sus registros en el expediente clínico.

Para la construcción de estos instrumentos se tomaron como referencia estudios publicados relacionados al tema, destacando el estudio de Rodríguez-Bolaños y colaboradores, publicado en 2005.⁹ Los instrumentos se validaron por criterio de expertos con conocimientos en el tema de la violencia de género y la atención a víctimas; además, se aplicó una prueba piloto en otro hospital psiquiátrico.

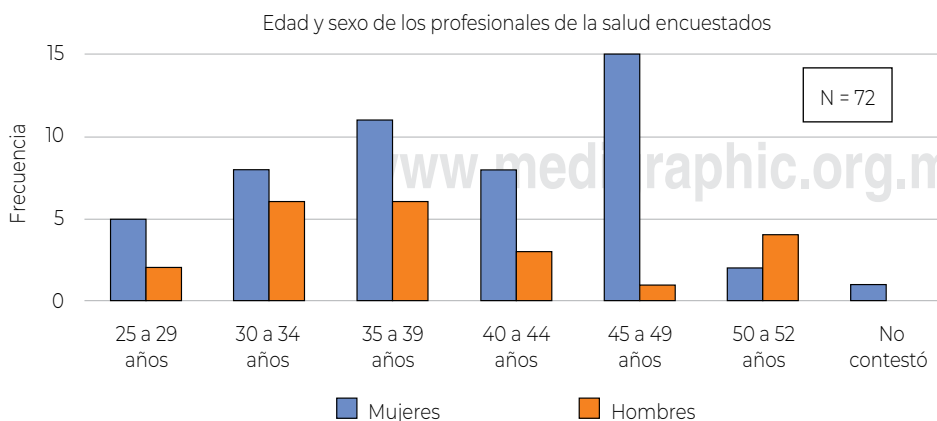
La encuesta exploraba el abordaje de la VG desde la perspectiva del personal operativo en su práctica diaria en la institución; estuvo integrada por un total de 16 ítems, 14 de opción múltiple y dos preguntas abiertas. Estos ítems fueron agrupados en tres dimensiones: la primera fue la detección entendida como las actividades que en materia de salud están dirigidas a identificar de manera intencionada a las usuarias que en el último año o a lo largo de su vida (es decir, la prevalencia puntual y prevalencia alguna vez de la vida) se hayan

encontrado involucradas en situaciones de violencia familiar o sexual. La segunda dimensión fue la atención proporcionada a los casos detectados, la cual incluía la protección, promoción acompañamiento y consejería encaminados a la restauración del grado máximo posible de la salud física y mental de la mujer. La última dimensión fue el reporte de casos mediante los apéndices informativos 1 y 2 contenidos en la NOM 046 SSA2-2005 Violencia familiar y sexual y contra las mujeres¹⁰ (en adelante NOM-046), así como el seguimiento entendido como la atención continuada a lo largo de su estancia. Se incluyeron también los datos generales de la población y la identificación de barreras personales e institucionales para la detección y atención de casos.

La guía de revisión del expediente clínico contó con un total de 18 reactivos integrando datos generales de las mujeres atendidas, así como antecedentes de haber vivido o estar viviendo VG (prevalencia alguna vez en la vida o prevalencia puntual en el último año), el tipo de violencia y su relación con el agresor, todo ello con la finalidad de aproximarse a la situación de la VG en la población usuaria de la institución.

Se incluyó también la revisión de las intervenciones realizadas por todos los profesionales en relación con la búsqueda intencionada de violencia, notificación, referencia y seguimiento.

El presente estudio atendió a los preceptos científicos y éticos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: «La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales».¹¹



Fuente: Directa.

Figura 1:

Los profesionales de salud encuestados fueron en su mayoría mujeres, en edad productiva de entre 30 y 49 años.

Tabla 1: Resultados de la encuesta sobre el abordaje de la violencia de género aplicada a los profesionales de la salud.

Respuesta	n	%
Quando atiende a una mujer, ¿usted hace preguntas de manera intencionada para detectar violencia?		
Sí	53	73.6
No	18	25.0
No contestó	1	1.4
Total	72	100.0
¿Alguna vez ha detectado casos de violencia de género?		
Sí	63	87.5
No	9	12.5
Total	72	100.0
¿En los últimos tres meses cuántos casos de violencia detectó?		
1	25	34.7
2 a 3	24	33.3
4 o más	12	16.7
Ninguno	11	15.3
Total	72	100.0
¿Qué conductas siguió posterior a detectar estos casos?		
Abordaje terapéutico	56	77.7
Notificar al Ministerio Público	16	22.3
Total	72	100.0
¿Ha referido algún caso de violencia?		
Sí	31	43.1
No	41	56.9
Total	72	100.0

El personal de salud encuestado consideró que la detección, manejo y seguimiento son frecuentemente atendidos en su práctica diaria en los servicios de salud mental.
Fuente: Directa.

El artículo 14 de la Ley General de Salud fracción I y V¹² relacionada a la autorización de la población participante mediante firma del consentimiento informado; y título V, ya que contó con la

autorización del comité de ética e investigación de la institución en donde se llevó a cabo el estudio con número de registro CEI-CPENP-16-01.

La NOM-012-SSA3-2012,¹³ que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación en seres humanos y es acorde con el artículo 6° del anteproyecto de Código-Guía Bioética de conducta profesional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud de México.¹⁴

RESULTADOS

Setenta y dos profesionales de la salud respondieron la encuesta; 58.3% eran profesionales de enfermería, 20.8% de medicina, 13.8% de psicología y 6.9% de trabajo social. Sesenta y nueve punto cuatro por ciento eran mujeres; el promedio de edad fue de 39 años, la edad mínima fue de 25 años y la máxima de 52 años, con una desviación estándar de 7.2; el mayor porcentaje lo representó el grupo de 35 a 39 años con 23.6% (*Figura 1*).

Cincuenta y tres por ciento respondió que generalmente hace un interrogatorio intencionado en su práctica diaria a las mujeres atendidas para identificar si vive o vivió VG. A su vez, 87.5% señaló haber detectado alguna vez casos de VG al indagar sobre la detección de casos en los últimos tres meses; 84.7% señaló que había detectado algún caso, siendo la media de 1.5.

Se preguntó también las conductas a seguir una vez detectados los casos, se encontró que 77.7% realizó abordaje terapéutico y 22.3% notificó al Ministerio Público (*Tabla 1*).

Las principales barreras institucionales percibidas para la atención a la VG fueron la ausencia de protocolos de atención, la escasa capacitación, además de considerar que la participación del personal de salud no está legitimada. Dentro de las barreras personales sobresale el temor a involucrarse en situaciones legales, seguida de la falta de conocimientos en el tema y a dónde referir los casos. Un poco más del 50% consideró que cualquier profesional puede detectar casos de VG.

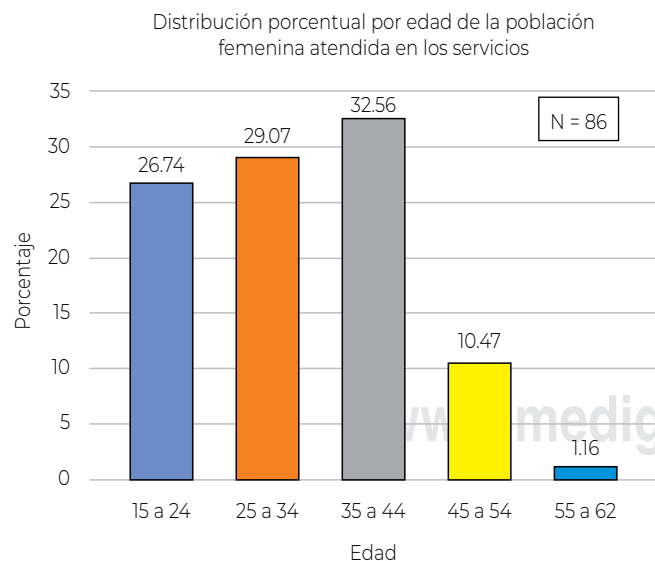
Los resultados de la revisión de 86 expedientes clínicos arrojó que la media de edad de las mujeres atendidas fue de 32 años, siendo la edad mínima de 15 y la máxima de 62 años, con una desviación estándar de 10.2 (*Figura 2*).

De este grupo, 50% eran solteras y casi el mismo porcentaje (54%) con hijos, sólo 17.45% era económicamente activa, 29% se dedicaba al hogar y 38.3% fue registrada como inactiva.

Sesenta y seis punto tres por ciento procedía de la zona centro del estado; 26.6% de estados vecinos y el resto de las zonas media, huasteca y altiplano. En cuanto a la escolaridad, 26.7% contaba con estudios de secundaria; 20.9% de preparatoria, 18.6% primaria y 17.4% con estudios de licenciatura, se destaca que 1.16% era analfabeta (*Tabla 2*).

Las tres primeras causas de morbilidad en la población de mujeres atendidas fueron: el trastorno depresivo en 37.2%, resaltando que 12.7% tuvo un intento suicida previo a su ingreso; 27.7% presentaba esquizofrenia u otro trastorno psicótico y 23.2% trastorno bipolar; por otra parte, 6.9% presentaba consumo de alcohol en patrón de abuso. Es necesario destacar que 39.5% presentaba alguna comorbilidad con otro trastorno mental, siendo el trastorno de personalidad emocionalmente inestable uno de los más frecuentes (*Figura 3*).

En lo referente a la detección, la búsqueda intencionada de VG en las mujeres atendidas estuvo ausente; sin embargo, un poco más de la mitad de las mujeres o sus acompañantes reconocieron de manera espontánea, en la valoración inicial o



Fuente: Directa.

Figura 2: La población femenina atendida se caracterizó por ser una población joven.

en abordajes posteriores, sufrir o haber sufrido maltrato.

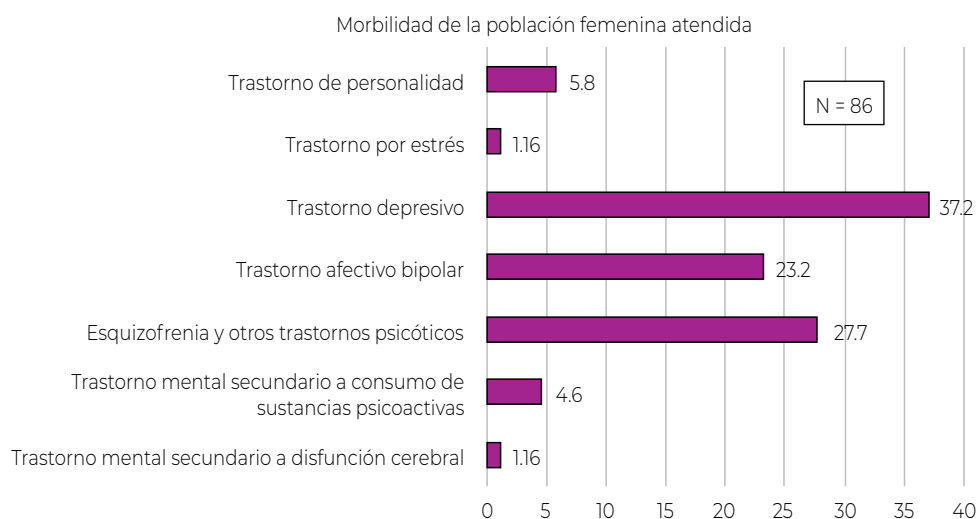
Es de subrayar que 72% de las mujeres presentaban indicadores de riesgo de violencia de género,

Tabla 2: Perfil de la población femenina atendida.

	n	%
Hijos		
1 a 2	32	37.21
3 a 4	12	13.95
5 o más	3	3.49
Sin registro	9	10.47
Sin hijos	30	34.90
Total	86	100.00
Ocupación		
Hogar	25	29.07
Empleada	12	13.95
Comerciante	3	3.50
Inactiva	33	38.37
Estudiante	12	13.95
Otra	1	1.16
Total	86	100.00
Procedencia		
Zona Centro de San Luis Potosí	57	66.30
Huasteca	3	3.49
Altiplano	2	2.33
Zona Media	1	1.16
Estados Vecinos	23	26.80
Total	86	100.00
Escolaridad		
Primaria	16	18.60
Secundaria	23	26.74
Preparatoria	18	20.93
Carrera Técnica	1	1.16
Licenciatura	15	17.44
Analfabeta	1	1.16
Sin registro	12	14.00
Total	86	100.00

Las mujeres atendidas representan un grupo en condición de vulnerabilidad económicamente dependientes, con hijos y bajo nivel escolaridad.

Fuente: Directa.

**Figura 3:**

Los trastornos del estado de ánimo y la esquizofrenia fueron los más prevalentes en la población femenina atendida.

tales como estar embarazadas, vivir en condición de calle, abandono familiar, conducta hipersexual en mujeres con trastorno bipolar, sin olvidar que la discapacidad mental constituye *per se* un factor de riesgo para sufrir violencia.

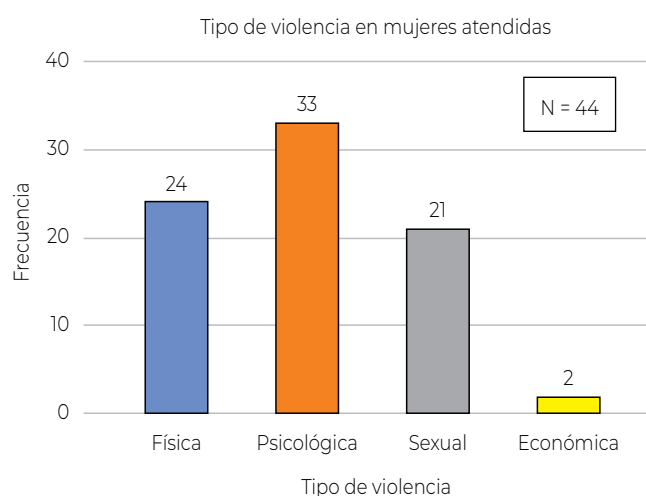
El personal de psicología destacó en el acompañamiento de las mujeres afectadas por VG con mayor número de intervenciones; sólo en 18% de los casos hubo un seguimiento en las intervenciones del personal de salud durante el internamiento.

La prevalencia de al menos algún tipo de violencia fue de 51.2%, la prevalencia puntual fue de 61.3% y la prevalencia alguna vez en la vida fue de 39%, lo que indicó que un porcentaje significativo de mujeres atendidas se encontraban viviendo una situación de violencia.

La distribución por tipo de violencia fue: psicológica 38%, física 27%, sexual 24% y económica 2.3%. Veintinueve por ciento presentó más de un tipo de violencia y 11.6% presentó violencia física, sexual y psicológica. Otro dato relevante fue que 9% también fue víctima de violencia familiar (Figura 4).

La relación de las mujeres con el agresor fue principalmente con la pareja o expareja en 36% de los casos, casi 10% de familiares (padre, hermanos) o personas conocidas; sólo en 1.2% se trató de una persona desconocida y en 3.5% no se registró este dato (Tabla 3).

Si bien casi la mitad de la población fue víctima de violencia de género, sólo nueve casos fueron



Fuente: Directa.

Figura 4: De las 86 mujeres atendidas, 44 que presentaron violencia, de este grupo el 29% experimentó más de un tipo de maltrato.

referidos: cuatro de ellos a servicios de la misma institución (psicología y atención a la familia); un caso al ministerio público mediante el apéndice informativo No. 1 de la NOM 046 y cuatro casos se notificaron a través del apéndice informativo No. 2; de éstos, uno se registró como probable caso de violencia intrafamiliar, otro como violencia de género y dos como notificación de lesiones físicas que las usuarias presentaban al ingreso, aunque algunos casos se trataron de conductas autolesivas (Tabla 4).

DISCUSIÓN

El modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual señala que en el sector salud las acciones de detección se deben realizar en los servicios de salud a nivel operativo y deberá estar articulado con el proceso de atención médica.¹⁵

Un poco más de la mitad de los profesionales encuestados consideraron que en su práctica diaria realizan una búsqueda intencionada de casos de violencia; al contrastarlo con la práctica mediante la revisión de los expedientes, esta detección no se evidencia en sus registros clínicos y aparece como parte de los relatos que algunas mujeres o familiares de las mismas proporcionan y quedan

consignados como «antecedente» de haber vivido o estar viviendo alguna situación de violencia. Cobo y colaboradores en 2010 encontraron resultados similares; se destacó que sólo en 51.1% de la VG quedaba registrada de manera explícita y sólo se documentaba algún tipo de abordaje o intervención relacionado en 15.2%.¹⁶

Si bien es cierto, la detección de la violencia de género suele ser un tema difícil de abordar para los profesionales de la salud en cualquier ámbito, en el entorno psiquiátrico la poca credibilidad que se tiene hacia las personas afectadas por alguna EMG, debido a la pérdida de su contacto con la realidad, aunado a la discriminación y la naturalización de

Tabla 3: Prevalencia de violencia y relación con el agresor.

	n	%
Prevalencia de violencia		
Sufrió violencia de género	44	51.3
No se preguntó	42	48.7
Total	86	100.0
Tipo de prevalencia		
Prevalencia puntual	27	61.3
Prevalencia alguna vez en la vida	17	38.6
Total	44	100.0
Relación con agresor		
Pareja o expareja	31	36.0
Padre	4	4.7
Padrastro	1	1.2
Hermano	1	1.2
Agresor conocido	3	3.5
Agresor desconocido	1	1.2
No se registró	3	3.5
Total	44	51.3

La violencia de género tuvo una prevalencia alta en los servicios de salud mental, frecuentemente los agresores de las mujeres son su pareja actual o anterior, familiares o personas conocidas.

Fuente: Directa.

Tabla 4: Casos de violencia de género detectados en la revisión del expediente clínico.

Abordaje de casos de violencia de género	n	%
Casos con registro de violencia	44	51.3
Casos sin registro	42	48.7
Total	86	100.0
Referencia		
Casos referidos	9	20.0
Casos sin referir	35	80.0
Total	44	100.0
Personal que refirió el caso		
Psiquiatra	4	44.4
Enfermera	4	44.4
Psicóloga	1	11.2
Total	9	100.0
Servicio o profesional al que se refirió		
Servicios dentro de la misma institución	4	10.0
Ministerio Público	5	44.0
Total	9	100.0
¿Se dio seguimiento?		
Sí	2	4.0
No	42	96.0
Total	9	100.0

En el abordaje de la violencia de género es prioritaria la detección precoz, por lo que es necesario fortalecer la búsqueda intencionada de los casos y su seguimiento.

Fuente: Directa.

la violencia limitan aún más su abordaje; por lo que el personal de salud requiere de capacitación y actualización continua en el tema y específicamente en el abordaje de la VG en mujeres con discapacidad mental.

Una de las barreras institucionales que el personal reconoció para la atención de casos fue la ausencia de protocolos de atención que favorezcan la articulación de la NOM 046; la cual señala que para la detección, los prestadores de salud deberán aplicar un procedimiento de tamizaje a población en riesgo. En ese sentido, las mujeres que presentan una discapacidad mental presentan un doble riesgo de sufrir maltrato.

La misma NOM 046 establece que todo caso de violencia de género y/o familiar deberá notificarse al ministerio público y registrarse para fines estadísticos. En este estudio la referencia al ministerio público y el registro de casos se realizó en un porcentaje poco significativo. Lo anterior limita la posibilidad de evaluar la magnitud del problema en función de su prevalencia, su rehabilitación psicosocial y el acceso a la asistencia legal de las afectadas.

De acuerdo con la ENDIREH 2016, la violencia más extendida continúa siendo la ejercida por la pareja actual, la prevalencia de violencia en mujeres de 15 años y más fue de 66.1%; 49% sufrió violencia psicológica; 41.3% violencia sexual y 34% violencia física, estos datos no distan mucho de los presentados en el presente estudio, en el cual un poco más de la mitad de las mujeres presentaron algún tipo de violencia, siendo la psicológica la más prevalente.³

Un porcentaje significativo de las mujeres presentó una comorbilidad con otro trastorno mental; al respecto, la OMS ha señalado que el maltrato físico y el abuso sexual en la niñez se ha asociado con diversos comportamientos de riesgo posteriores como actividad sexual precoz, uso y abuso de alcohol, drogas y tabaquismo; así como elección de parejas abusivas en etapas posteriores de la vida, las mujeres afectadas desarrollan sentimientos de rechazo hacia sí mismas y dificultades para diferenciar el comportamiento sexual del comportamiento afectuoso. Todo ello en concordancia con lo reportado por Cobo y colegas, quienes mencionan en su estudio que las mujeres presentaron altas tasas de abuso o dependencia de alcohol (27.3%)

u otras drogas, y una alta tasa de antecedentes de intentos de suicidio (41.9%).

CONCLUSIONES

Al comparar los datos que arrojó la encuesta con lo encontrado en el expediente clínico se encontraron diferencias entre cómo percibe el personal de salud la atención que proporciona a las mujeres y sus intervenciones.

La red de servicios de salud públicos representa el primer contacto para la atención a mujeres víctimas de VG y una oportunidad única para los profesionales de la salud para su detección y atención.

La prevalencia de VG encontrada fue alta pese a que no se realizó una búsqueda intencionada; sin embargo, es un área de oportunidad que puede permitir el fortalecimiento de la capacitación en materia de violencia de género y su abordaje, así como el desarrollo de protocolos de intervención acordes a las necesidades de la propia institución y la población que atiende.

Los servicios de salud, y en particular los servicios de atención a la salud mental, requieren articular la normatividad que se dispone en materia de atención a la VG mediante protocolos y modelos de prevención, detección y atención integral.

AGRADECIMIENTOS

Al personal de la institución por su invaluable apoyo.

BIBLIOGRAFÍA

1. ONU MUJERES. Elementos esenciales de planificaciones para la eliminación contra la violencia de mujeres y niñas [Internet]. 2013 [Consulta 22 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1372349315.pdf>
2. ONU MUJERES. Hechos y cifras: Acabar con la violencia contra mujeres y niñas [Internet]. 2018 [Consulta 15 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures#notes>
3. INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016. Boletín de Prensa [Internet]. 2016 [Consulta 15 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/endireh/2016/>

4. Jasso C, González K. Brechas en la medición de feminicidios en México. Resonancias. Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México [Internet]. 2018 [Consulta 15 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.iis.unam.mx/blog/brechas-en-la-medicion-de-feminicidios-en-mexico/>
5. OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen [Internet]. 2002 [Consulta 15 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world.../summary_es.pdf
6. Secretaría de Salud. Prevención y atención a la violencia familiar y de género. Programa sectorial de salud 2013-2018 [Internet]. 2014 [Consulta 7 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico-prevencion-y-atencion-de-la-violencia-familiar-y-de-genero-2013-2018>
7. OMS, OPS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud [Internet]. 2013 [Consulta 15 de marzo de 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98862/WHO_RHR_12.43_spa.pdf?sequence=1
8. Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental. Guía investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental [Internet]. 2017 [Consultado 7 de abril de 2019]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Investigacion-violencia-genero-salud-mental-2017.pdf>
9. Rodríguez-Bolaños RA, Márquez-Serrano M, Kajeyama-Escobar ML. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. Rev Salud Pública Méx [Internet]. 2005 [Consultado 8 de mayo de 2019]; 47 (2): 133-144. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342005000200007&lng=es
10. Norma Oficial Mexicana. NOM-046 [en línea] SSA2-2005 Violencia familiar y sexual y contra las mujeres. Diario Oficial de la Federación. 16 abril 2009 [Consultado 8 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR19.pdf>
11. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2017 [Consultado 8 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos>
12. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación [Internet]. 1983 Feb 3 [Consultado 8 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
13. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos [Internet]. Diario Oficial de la Federación. 4 ene 2013 [Consultado 8 de mayo de 2019]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
14. Secretaría de Salud. Código-guía bioética de conducta profesional. Anteproyecto. Médicos Enfermeras y otros trabajadores de la salud. -Anteproyecto- [Internet]. 2002 [Consultado 8 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/discursos/2001-04-05-CODIGO-GUIA-BIOETICA.htm
15. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual. Manual operativo. 2a ed. México: Secretaría de Salud; 2009.
16. Cobo J, Muñoz R, Marthos A, Carmona M, Pérez M, Cirici R et al. La violencia de género en la atención psiquiátrica y psicológica especializada: ¿es relevante la violencia de género para nuestros profesionales? Rev Psiquiatr Salud Men (Barc). 2010 [Consultado 8 de mayo de 2019]; 3 (2): 61-67. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-pdf-S1888989110000054>

Evaluación de antes y después de una intervención educativa de higiene de manos en familiares de pacientes pediátricos hospitalizados en un hospital de tercer nivel de atención

Pre and post evaluation of an educational intervention on hand hygiene in family members of pediatric patients hospitalized in a third level care hospital

María Carmela Velázquez-Hernández,* Daniela de la Rosa-Samboni,†
Silvia Vargas-Hernández,* Juana María del Socorro Vargas-Alonso,*
Alejandra Aguilar-Campos,* María Rosana Juseppe-Camargo,*
Dennis Raquel Vilchis-Rechy,* Diana Ávila-Montiel,‡ Horacio Márquez-González§

* Departamento de Trabajo Social.
† Departamento de Epidemiología Hospitalaria.
‡ Oficina de Apoyo a la Investigación.

RESUMEN

En los esfuerzos para la disminución de enfermedades infecciosas asociadas con la atención médica, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido estrategias mundiales, siendo una de ellas la higiene de manos (HM). **Objetivo:** Evaluar el cambio en la frecuencia y mejora en la técnica de la higiene de manos (HM) en familiares de pacientes pediátricos hospitalizados en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. **Material y métodos:** Estudio tipo cuasiexperimento longitudinal de antes y después, en un hospital pediátrico de tercer nivel de la Ciudad de México, en familiares de pacientes hospitalizados. Se seleccionaron cuidadores primarios que estuvieran al cuidado del menor por lo menos 80% del tiempo de estancia intrahospitalaria, el Departamento de Trabajo Social (DTS) y de Epidemiología seleccionó y capacitó a un grupo de trabajadores sociales en el tema de HM, éstos dieron educación teórica-práctica a los cuidadores de los pacientes y se evaluó mediante un cuestionario validado y a través de la observación de la técnica de HM después de la intervención educativa. **Resultados:** Se encontraron cambios significativos en cuanto al conocimiento y técnica aplicada sobre la higiene de manos. **Conclusiones:** Aplicar una intervención educativa individual teórico-práctica en los padres sobre el proceso correcto para la higiene de manos permite una mejor maniobra por parte de los familiares.

Palabras clave: Lavado de manos, higiene, educación, prevención, cuidadores.

ABSTRACT

In efforts to reduce infectious diseases associated with medical care, the World Health Organization (WHO) has established global strategies, one of them being hand hygiene (HM). The purpose was to evaluate the change in frequency and improvement in the technique of hand hygiene (HM) in relatives of pediatric patients hospitalized in a hospital in Mexico City. **Material and methods:** Longitudinal study of pre and post with relatives of hospitalized patients. Primary caregivers who were in the care of the child were selected for at least 80% of the intrahospital stay, the Department of Social Work (DTS) and Epidemiology selected and trained a group of social workers in the subject of HM, these gave theoretical education and practice to the caregivers of the patients and was evaluated through a validated questionnaire and through the observation of the HM technique after the educational intervention. **Results:** Significant changes were found in the knowledge and applied technique on hand hygiene. **Conclusions:** Applying a theoretical-practical individual educational intervention in the parents on the correct process for hand hygiene allows a better maneuver on the part of the caregivers.

Keywords: Hand washing, hygiene, education, prevention, caregivers.

Hospital Infantil de México «Federico Gómez». Ciudad de México.

Correspondencia: MCVH, mvelazquez@himfg.edu.mx; camelutsl@gmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Velázquez-Hernández MC, de la Rosa-Samboni D, Vargas-Hernández S, Vargas-Alonso JMS, Aguilar-Campos A, Juseppe-Camargo MR et al. *Evaluación de antes y después de una intervención educativa de higiene de manos en familiares de pacientes pediátricos hospitalizados en un hospital de tercer nivel de atención.* Rev CONAMED 2019; 24(supl. 1): s17-s22.

Financiamiento: El presente estudio no contó con financiamiento.

Recibido: 15/03/2019.

Aceptado: 30/10/2019.

INTRODUCCIÓN

En los esfuerzos para la disminución de enfermedades infecciosas asociadas con la atención médica, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido estrategias mundiales, siendo una de ellas la higiene de manos (HM), que se refiere a las medidas adoptadas para la limpieza de manos a través de:¹

- a) Lavado de las manos con agua y jabón o anti-séptico (alcohol gel),
- b) la técnica de lavado de manos, y
- c) los momentos para el lavado de manos en los sujetos en contacto con pacientes hospitalizados.

La higiene de manos (HM) es considerada la medida más sencilla, efectiva y de bajo costo para evitar la transmisión de microorganismos nocivos.¹⁻⁴ Dicha actividad reduce de forma secundaria la morbilidad, mortalidad y costos entre 25 a 40% de los generados por las infecciones asociadas a la atención sanitaria, a pesar de lo sencillo y costo-efectivo de esta práctica, el cumplimiento de los profesionales de la salud en general, es menor a 60%⁵ constituyendo un problema a escala mundial.²

En este contexto, los centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC),⁶ la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Dr. Pittet junto con 100 expertos más entre médicos, enfermeras, especialistas en comportamiento humano y otros organismos señalan que los esfuerzos no pueden ir encaminados a una sola acción, por lo que se requieren herramientas prácticas probadas que proporcionen mejores resultados,⁷ en los momentos indicados con la técnica correcta. En México, como respuesta al llamado de la OMS, en 2008 la Secretaría de Salud implementó la estrategia «Está en tus manos» que incluyó principalmente difusión, promoción y capacitación de las técnicas de higiene de manos y de los cinco momentos a personal de la salud, pacientes y familiares. Actualmente, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 considera el establecimiento de políticas y procedimientos que hagan efectivo el programa de higiene de manos.⁸

MATERIAL Y MÉTODOS

El objetivo de este trabajo fue evaluar el cambio en la frecuencia y mejora en la técnica de la HM en

familiares de pacientes pediátricos hospitalizados en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México.

De mayo a agosto de 2017 se realizó un estudio tipo cuasiexperimento longitudinal de antes y después, en un hospital pediátrico de tercer nivel de la Ciudad de México, en familiares de pacientes que se hospitalizaron por primera vez en tres servicios (con áreas de hospitalización independientes y contacto de familiar con el paciente las 24 horas).

Los criterios de inclusión fueron: cuidadores primarios que estuvieran al cuidado del menor por lo menos 80% del tiempo de estancia intrahospitalaria (EIH), con atención de primera vez en el hospital, que decidieran participar en el protocolo y sus fases. Fueron excluidos los que presentaron las siguientes condiciones: EIH menor de 48 horas, pacientes fallecidos, egresos no programados y no egreso durante el periodo del estudio.

Para la realización del protocolo la estrategia se realizó al ingreso o el primer día hábil después (en caso de que fuera vespertino, nocturno o fin de semana).

- **Quiénes la aplicaron:** el Departamento de Trabajo Social (DTS) y Departamento de Epidemiología seleccionó y capacitó a un grupo de trabajadores sociales en el tema de HM, la técnica y la maniobra educativa. Desempeñando estas funciones durante el periodo del protocolo.

- **Qué se aplicó:** la maniobra educativa se realizó en sesiones individuales de 20 min dirigidas a los familiares con criterios de elegibilidad y consistió en:

1. Información de HM: con rotafolio ilustrado se documentó sobre la definición de HM, importancia, técnica y momentos (según las recomendaciones de la OMS).
2. Información práctica: el personal del DTS junto con el familiar enseñó de forma práctica y asistida la técnica y momentos de la HM con repeticiones hasta que el cuidador lo realizara correctamente.
3. Reforzamiento de la maniobra: el DTS otorgó una tarjeta con el contenido resumido de la sesión y explicó de forma detallada su interpretación para que el familiar pudiera utilizarla durante el resto de la hospitalización y se sugirió que transmitiera dicha maniobra a su grupo familiar.

- **Cómo se midió:** para medir la adquisición y la comprensión del conocimiento de la HM se realizaron las siguientes estrategias:
 1. Cuestionario (validado) antes de la estrategia y al egreso de la hospitalización (durante el mes de la realización del protocolo), que contenía los siguientes dominios: frecuencia de la HM en los familiares, importancia que ellos le otorgaban, problemas para su ejecución y sobre el conocimiento general sobre la misma.
 2. Sobre la técnica, que fue evaluada durante la primera sesión hasta que fuera realizada de manera correcta y nuevamente cuando se egresó.
- **Variable de resultado:** se consideraron variables de interés: los rubros del cuestionario y la parte práctica se calificó como correcta (pasos adecuados y mención ordenada del tiempo y momento de la HM) o incorrecta a criterio del encuestador.

La información sobre la edad, sexo del cuidador, parentesco, escolaridad y procedencia geográfica se obtuvo por el personal del DTS mediante interrogatorio directo corroborando los datos con documentos oficiales (credencial de elector, acta de nacimiento, pasaporte).

Para evitar sesgo de contaminación de la maniobra los servicios seleccionados se ubicaron en pisos diferentes del mismo edificio y durante el tiempo de aplicación de la maniobra no se realizaron otras estrategias semejantes.

En caso de que el familiar fuera analfabeta la respuesta del cuestionario fue asistida por el personal del DTS leyendo cada rubro y cada opción (sin obviar ninguna opción de respuesta) de la pregunta y registrando la respuesta deseada.

No se realizó cálculo de tamaño de muestra y la estrategia no se aleatorizó, con un método de muestreo por conveniencia de casos consecutivos a todos los familiares de los enfermos pediátricos ingresados en el periodo que cumplieron los criterios de elegibilidad.

Análisis estadístico. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes, las cuantitativas se expresaron promedio (medida de tendencia central) y desviación estándar (dispersión).

Para el análisis de la intervención de la HM se compararon las respuestas del cuestionario

Tabla 1: Características generales de la población.

Variable	n	%
Sexo (del paciente)		
Mujer	63	44.7
Hombre	78	55.3
Parentesco del cuidador primario		
Madre	108	76.6
Padre	26	18.4
Abuela	5	3.5
Tíos	2	1.4
Escolaridad de los familiares		
Analfabeta	3	2.1
Primaria	22	15.6
Primaria incompleta	1	0.7
Secundaria	50	35.5
Secundaria incompleta	1	0.7
Bachillerato	37	26.2
Bachillerato incompleto	7	5.0
Licenciatura	15	10.6
Licenciatura incompleta	4	2.8
Doctorado	1	0.7
Procedencia		
CDMX	31	24.1
Estado de México	52	36.9
Foráneo	55	39.0

como variables cualitativas ordinales antes y después con prueba de McNemar. En el caso de la evaluación práctica de la técnica se empleó X lineal.

RESULTADOS

Se encuestaron a 141 cuidadores principales, de los cuales 55.3% fueron hombres y 44.7% mujeres; 35.5% de la población contaba con un nivel de estudios de secundaria, 26.2% nivel bachillerato y sólo 10.6% licenciatura (Tabla 1).

En cuanto a la intervención teórica-práctica se observaron cambios significativos en cuanto a conocimiento e incluso en la aplicación de las técnicas aprendidas para la higiene de manos, como se puede observar en la Tabla 2.

Tabla 2: Cuadro comparativo antes y después de la maniobra educativa de higiene de manos en familiares de pacientes pediátricos hospitalizados.

Variable	Antes de la intervención n (%)	Después de la intervención n (%)	p
¿Cuántas veces utiliza agua y jabón para la higiene de manos?			
0-4 veces	28 (19.9)	10 (7.1)	0.0001
5-10 veces	83 (58.9)	52 (36.9)	
11-15 veces	30 (21.3)	79 (56.0)	
¿Cuántas veces utiliza desinfectante para la higiene de manos?			
0-4 veces	73 (51.8)	32 (22.7)	0.0001
5-10 veces	44 (31.2)	89 (63.1)	
11-15 veces	21 (14.9)	40 (14.2)	
¿Cuánto tiempo tarda en realizar el lavado de manos?			
Menos de 20 segundos	26 (18.4)	3 (2.2)	0.0001
20 a 30 segundos	45 (31.9)	14 (9.9)	
40 a 60 segundos	32 (22.7)	28 (19.9)	
Más de 60 segundos	28 (27.0)	96 (68.1)	
¿Cuánto tiempo tarda en aplicarse alcohol gel?			
Menos de 20 segundos	72 (51.1)	33 (23.4)	0.0001
20 a 30 segundos	37 (26.2)	57 (40.4)	
40 a 60 segundos	17 (12.1)	35 (24.8)	
Más de 60 segundos	13 (9.2)	16 (11.3)	
¿Ha observado alguna reacción en la piel de su hijo con el uso de alcohol gel?			
No	132 (93.6)	132 (93.6)	0.1
Pegajoso	1 (0.7)	1 (0.7)	
Resequedad	7 (5.0)	7 (5.0)	
¿Con qué frecuencia limpia o coloca alcohol gel a objetos y superficie?			
Muy bajo	63 (46.1)	53 (37.6)	0.008
Bajo	29 (20.6)	24 (7.0)	
Moderado	33 (23.4)	27 (19.1)	
Alto	9 (6.4)	27 (19.1)	
Muy alto	3 (1.4)	9 (6.4)	
¿Ha tenido algún inconveniente con la limpieza de los mismos?			
No	139 (98.6)	139 (98.6)	1
No le da objetos	2 (1.4)	2 (1.4)	
¿Qué prioridad asigna a la higiene de manos?			
Muy bajo	1 (0.7)	1 (0.7)	0.001
Bajo	2 (1.4)	1 (0.7)	
Moderado	36 (25.5)	6 (4.3)	
Alto	56 (39.7)	26 (18.4)	
Muy alto	46 (32.6)	105 (74.5)	

Continúa tabla 2: Cuadro comparativo antes y después de la maniobra educativa de higiene de manos en familiares de pacientes pediátricos hospitalizados.

Variable	Antes de la intervención n (%)	Después de la intervención n (%)	p
¿Cuánto esfuerzo considera que necesita para realizar correctamente la higiene de manos?			
Muy bajo	77 (54.6)	99 (70.2)	0.01
Bajo	16 (11.3)	20 (14.2)	
Moderado	26 (18.4)	12 (8.5)	
Alto	13 (9.2)	2 (1.4)	
Muy alto	9 (6.4)	8 (5.7)	
¿Cuándo hay que realizar la higiene de manos?			
Todo momento	73 (51.8)	105 (74.5)	0.001
Antes y después del contacto con el paciente	29 (20.6)	25 (17.7)	
Antes de comer, después de ir al baño	36 (25.5)	9 (6.4)	

DISCUSIÓN

La maniobra educativa de HM presentó diferencias a favor del aprendizaje teórico y práctico en este grupo de familiares de pacientes pediátricos hospitalizados. La forma de implementar la maniobra educativa se integró por una fase teórica (explicativa por personal capacitado y mediante folleto informativo) y práctica (imitación hasta realizar la técnica correcta) obteniendo resultados estadísticamente diferentes en las pruebas pareadas; sobre esto, Ozturkan y colaboradores³ realizaron un estudio de características similares en familiares de pacientes adultas de una clínica de ginecoobstetricia, basada en materiales de apoyo visual, demostrando que esta maniobra representó una diferencia en el promedio de evaluación inicial y final de 20 versus 96 puntos porcentuales. En similitud con esta población en 60% el grado de escolaridad fue básico y en diferencia con este trabajo, la variable de desenlace fue la disminución de la tasa de infección del sitio de la herida quirúrgica.

Como logística del protocolo, la evaluación final se realizó hasta que el paciente fue egresado, de tal forma que el periodo de tiempo para evaluar el aprendizaje de la maniobra a diferencia de otros estudios no fue inmediato. Una editorial

de la revista Lancet⁴ en 2016 analizó los resultados reportados en un metaanálisis donde se evaluaron dos formas de intervención educativa: mediante apoyo visual y retroalimentación, y concluyeron que los estudios realizados de carácter cuasiexperimental (como en nuestro caso) presentaron una sobreestimación de los resultados a favor, siendo contrario cuando el diseño del estudio fue aleatorizado donde la mejoría fue de 4% en apoyo visual y 3% con retroalimentación, esto tan sólo en el personal de salud.⁵

Aunque la población de estudio fueron los cuidadores primarios, debe considerarse que una desventaja de las maniobras educativas es la disminución del apego una vez que se pierde el estímulo de la retroalimentación o evaluación continua, por ejemplo, en México se realizó un estudio en un hospital pediátrico de la Ciudad de México con las mismas características demográficas que el nuestro, demostrando que el primer tiempo de lavado de manos (antes del contacto con el paciente) tuvo un apego entre médicos y enfermeras adscritas de 54% versus 76% del personal en etapa de formación académica durante el periodo de evaluación. Otro estudio de las mismas características, pero de población derechohabiente, ratificó un apego de 53% en el primer momento de lavado de manos y sólo 5% en todos los momentos de HM.

Sobre la población de estudio, los cuidadores primarios que recibieron la maniobra fueron en su mayoría mujeres (madres) y 52% con educación básica (2.1% analfabetas). En 39% de los casos los enfermos vivieron fuera de la zona metropolitana. Es comprobado que la correcta HM tiene impacto directo en el descenso de infecciones nosocomiales cuando el personal de salud se apega (por ejemplo infecciones de catéter, neumonías asociadas a cuidados de la salud), también se ha demostrado que cuando los familiares las realizan pueden disminuirse otros tipos de infecciones como las localizadas en el sitio de las heridas quirúrgicas (citar el otro de G-O). En el caso de la población pediátrica tiene relevancia porque los familiares durante la hospitalización tienen contacto en situaciones como alimentación y aseo de sus hijos, por lo que puede traducirse en la vía de entrada de infecciones de la piel y gastrointestinales, alcance que no se pudo evaluar en este trabajo.

Las ventajas de este trabajo consisten en el seguimiento completo del proceso educativo y maniobra estandarizada de HM. Sin embargo, deben señalarse como desventajas, el carácter cuasiexperimental de la maniobra ya que puede sobre estimar la apreciación del fenómeno, debido a que no existe un grupo de comparación (sin la maniobra educativa) que permita contrastar y demostrar que esta técnica es más eficaz para favorecer el aprendizaje; además el tiempo entre la evaluación inicial y la final no puede descartar la existencia de un sesgo de falta de sensibilidad de un instrumento, debido a que es desconocida la capacidad del instrumento para discriminar la concurrencia de otros fenómenos que puedan asociarse a la variable de resultado.

Las características de la medición de los datos no permiten determinar el impacto sobre la prevención de infecciones nosocomiales, ya que simultáneamente se impartieron maniobras de HM para todo el personal de salud.

Con estos resultados se justifica la realización de un protocolo de investigación para evaluar el impacto directo en el descenso de la tasa de infecciones que pueden ser prevenidas por los cuidados del familiar como es el caso de la piel y tracto gastrointestinal, simultáneamente

controlada por el efecto de las estrategias en el personal de salud.

CONCLUSIONES

Se respondió la pregunta de investigación y la hipótesis que la maniobra educativa sobre higiene de manos, aplicada en el Hospital Infantil de México «Federico Gómez», en los servicios de Neonatología, Gastroenterología y Cardiología, mostró un cambio en los hábitos de higiene de manos de los padres de familia que participaron, en el cual hubo un aumento en la frecuencia de la misma y también incrementó la importancia que le dan para poder evitar enfermedades por el bien de sus hijos.

Esto nos indica que al aplicar una intervención en los padres educándolos individualmente y enseñarles el proceso correcto para la higiene de manos le da trascendencia a la intervención educativa y permite una mejor aplicación del método por parte de los familiares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gould DJ, Moralejo D, Drey N et al. Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 9: CD005186.
2. Zamudio I, Meza A, Martínez Y et al. Estudio multimodal de higiene de manos en un hospital pediátrico de tercer nivel. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2012; 69 (5): 384-390.
3. Erdek FO, Gozutok CK, Merih YD et al. The effects of training in patients and their relatives about infection control measures and subsequent rate of infection. *North Clin Istanb*. 2017; 4: 29-35.
4. Muller MP. Measuring hand hygiene when it matters. *Lancet Infect Dis*. 2016; 16: 1306-1307.
5. Schweizer ML, Reisinger HS, Ohl M et al. Searching for an optimal hand hygiene bundle: a meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 2014; 58: 248-259.
6. Hernández-Orozco H, Castañeda-Narváez JL, González-Saldaña N et al. Higiene de manos antes de la atención del paciente. *Acta Pediatr Mex*. 2010; 31: 290-292.
7. Verma A, Maria A, Pandey RM et al. Family-centered care to complement care of sick newborns: a randomized controlled trial. *Indian Pediatr*. 2017; 54: 455-459.
8. Baker KK, Dil Farzana F, Ferdous F et al. Association between moderate-to-severe diarrhea in young children in the global enteric multicenter study (GEMS) and types of handwashing materials used by caretakers in Mirzapur, Bangladesh. *Am J Trop Med Hyg*. 2014; 91: 181-189.

A treinta años de la descentralización: Análisis de la asignación presupuestal para el IMSS en las entidades federativas 2010-2017

Thirty years after decentralisation: analysis of budget allocation for IMSS towards localities during 2010-2017

Gabriela Tapia Téllez*

RESUMEN

La investigación analiza la vigencia de los objetivos de la descentralización establecidos para México en la década de los ochenta y noventa en materia de asignación presupuestaria en el sector salud. Aunque la descentralización en este sector en la práctica fue realmente operativa y de gestión, la asignación permaneció centralizada en la Cámara de Diputados Federal bajo argumentos de equidad, transparencia y eficiencia. El artículo, sin embargo, pone en entredicho la justificación mediante un análisis sobre la forma en la que los recursos se distribuyen para programas y proyectos de inversión del IMSS en las entidades federativas entre 2010 y 2017. En estos ocho años, los recursos no se asignan en mayor cantidad a las entidades con menores esperanzas de vida, peores resultados de satisfacción o mayores niveles de marginación. Además, desde 2014, la posibilidad de seguirle el rastro a los recursos se ha visto mermada precisamente por la forma en la que la Cámara de Diputados desglosa el Presupuesto del IMSS en el Presupuesto de Egresos de la Federación.

Palabras clave: Descentralización, salud, asignación presupuestaria, equidad, transparencia, eficiencia, IMSS.

ABSTRACT

This paper analyses the validity of decentralisation objectives in health sector in Mexico. Although decentralisation in practice was really operational and administrative, resource allocation remained centralized in the Upper Chamber of Congress under the argument of more equity, transparency and efficiency in assignment. The paper however, limits the validity of the argument through the analysis of the way resources are distributed for programs and investment projects among IMSS and localities between 2010 and 2017. In these eight years, resources are not allocated in more quantity to localities with less life expectancy, or less satisfaction with services or marginality levels. In addition, since 2014, the possibility of tracking the money towards localities has been affected precisely by the way that the Upper Chamber of the Congress desagregates the Federal Budget.

Keywords: Decentralization, health, budget allocation, equity, transparency, efficiency, IMSS.

* Profesora-Investigadora en la Academia de Ciencia Política y Administración Urbana, Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), Sede San Lorenzo Tezonco, Doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Ciencia Política por FLACSO-México.

Correspondencia: GTT, gabriela.tapia@flacso.edu.mx

Conflicto de intereses: La autora declara que no tiene.

Financiamiento: Miembro del Sistema Nacional de Investigadores que otorga financiamiento mensual para hacer investigación.

Citar como: Tapia TG.

A treinta años de la descentralización: Análisis de la asignación presupuestal para el IMSS en las entidades federativas 2010-2017. Rev CONAMED 2019; 24(supl. 1): s23-s34.

Recibido: 07/08/2018.

Aceptado: 30/04/2019.

INTRODUCCIÓN

Desde hace décadas, la calidad de los servicios de salud que se ofrecen a lo largo del país es muy distinta entre entidades federativas y se refleja en esperanzas de vida dispares entre el norte y el sur del país. El pacto de descentralización de la década de los ochenta en materia de salud en México buscaba atenuar estas desigualdades mediante una descentralización operativa y administrativa de los servicios de salud, pero con una asignación presupuestal aún centralizada que permitiera tomar decisiones para atenuar estas inequidades. En materia de prestación de servicios, se esperaba elevar la eficiencia, ampliar la cobertura y elevar la calidad de los servicios. En materia de asignación presupuestal, por su parte, la asignación centralizada no sólo permitiría remediar los problemas de inequidad en la prestación de servicios de salud, sino mayor transparencia en la asignación y menor discrecionalidad.

En esta investigación analizamos la asignación treinta años después del proceso de descentralización iniciado en la década de los ochenta. Específicamente, el caso del Presupuesto de Egresos de la Federación y la asignación hacia las entidades federativas para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) entre 2010-2017. El objetivo es observar si efectivamente la centralización presupuestal refleja un esfuerzo por remediar la inequidad, la discrecionalidad y la falta de transparencia en la asignación de los recursos que bajan hacia las entidades federativas.

El cumplimiento de los objetivos de la descentralización resulta de suma importancia por diversas razones: en primer lugar, por el aumento en los niveles de desigualdad en el país en los últimos años; en segundo lugar, por las implicaciones que el gasto en salud tiene sobre uno de los derechos fundamentales de todo ser humano: «el goce máximo de salud» (OMS 1946) y, en tercer lugar, el análisis del presupuesto del IMSS resulta fundamental en materia de asignación presupuestal, ya que el presupuesto que se otorga a esta institución anualmente representa la mitad del presupuesto total del sector salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación está planteada tomando como referencia analítica los objetivos establecidos durante

los ochenta y noventa en materia de asignación presupuestaria por el pacto de descentralización de los servicios de salud. Durante esos años, las decisiones de gasto permanecieron centralizadas bajo el argumento de que era necesario:

1. Remediar los problemas de inequidad y calidad en la prestación de servicios de salud.
2. Mayor transparencia en la asignación.
3. Menor discrecionalidad en la asignación de los recursos.

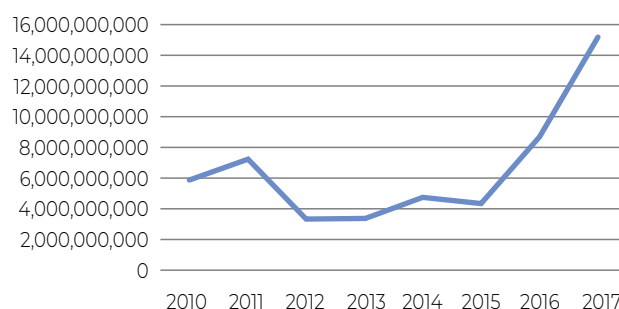
De acuerdo con las teorías sobre descentralización, en países en vías de desarrollo, la coordinación fiscal centralizada se justifica con el fin de atenuar desigualdades entre estados, objetivo que era y sigue siendo prioritario en materia de salud para México. Con el objetivo de observar si efectivamente la centralización de la toma de decisiones promueve *la equidad, la calidad y la transparencia* se analizó el presupuesto aprobado en el rubro de «programas y proyectos de inversión» para el IMSS hacia las entidades federativas entre 2010 y 2017 para contestar las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿La asignación de recursos promueve la equidad entre entidades federativas?
Se analizó la canalización de recursos para programas y proyectos de inversión del IMSS entre entidades federativas para observar si efectivamente las entidades que reciben más presupuesto son las que mayores necesidades presentan de acuerdo a número de afiliados, infraestructura y esperanzas de vida.
2. ¿La asignación toma en cuenta criterios como la calidad de los servicios en las entidades federativas?
Se analizó si la canalización de recursos para programas y proyectos de inversión mostraba mayor asignación en las entidades con menores niveles de satisfacción con los servicios y viceversa.
3. ¿La asignación de recursos promueve la transparencia?
Se analizó la posibilidad de seguirle el rastro a los recursos aprobados por la Cámara de Diputados hasta las entidades federativas.

La hipótesis central de la investigación es que la asignación presupuestal por parte de la Cámara de Diputados hacia el IMSS en las entidades federativas no responde a la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud, ni tampoco a las necesidades de salud ni a las tendencias epidemiológicas por entidad. A peores resultados de satisfacción con los servicios de salud en las entidades no corresponden mayores asignaciones presupuestales. A menor esperanza de vida en las entidades federativas no corresponden mayores asignaciones presupuestales. A mayor saturación de los servicios de salud en las entidades no corresponden mayores asignaciones. A mayores asignaciones presupuestales no corresponden mejoras en los servicios de salud que se ofrecen.

Análisis del presupuesto por entidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

En los últimos ocho años hemos observado el siguiente presupuesto aprobado en el PEF para «programas y proyectos de inversión» del IMSS. En 2011 se observa un aumento del presupuesto para programas y proyectos de inversión, seguido de una disminución importante entre 2012 y 2015, y un aumento a más del doble del presupuesto en este rubro entre 2016 y 2017. La disminución en la inversión para programas y proyectos de inversión coincide en años (2013-2015) con la disminución de la satisfacción de los usuarios con los servicios que presta el instituto (Tabla 1 y Figura 1).



Fuente: Elaboración propia con base en el PEF 2010-2017.

Figura 1: Presupuesto aprobado para programas y proyectos de inversión del IMSS entre 2010-2017.

Respecto a los programas y proyectos de inversión del Instituto Mexicano del Seguro Social con gasto federal hacia las entidades entre 2010 y 2017, encontramos la distribución que se muestra en la *Tabla 2*. Como se puede ver, hay entidades que reciben presupuesto para programas y proyectos de inversión prácticamente todos los años como Jalisco, Estado de México, Michoacán, Aguascalientes, Ciudad de México, Nuevo León y Sonora. Por su parte, hay entidades que no han recibido presupuesto en muchos años. Oaxaca, por ejemplo, no ha recibido recursos en siete años, Puebla no ha recibido recursos en seis años, y entidades como Guerrero, Quintana Roo, Morelos y Nayarit no han recibido un peso en cinco.

En la *Figura 2* se puede ver la suma de presupuesto asignado en estos ocho años por entidad. El Estado de México, Querétaro, la Ciudad de México, Guanajuato y Sonora son las cinco entidades que más presupuesto total han recibido en estos ocho años. Esto contrasta con la poca o nula cantidad de recursos que han recibido Tlaxcala, Oaxaca, Guerrero, San Luis Potosí y Puebla en este mismo periodo.

DISCUSIÓN

La diversidad entre los servicios de salud que se ofrecen entre entidades federativas se hace patente en la *Tabla 3*. En el año 2000, hay entidades en las que el IMSS atiende en promedio 1,100 personas por unidad médica como Chiapas y Oaxaca y entidades en las que el IMSS atienden 47,000 personas por unidad médica como Aguascalientes, Nuevo León y la Ciudad de México. En 2013/2014, la Ciudad

Tabla 1: Presupuesto para programas y proyectos de inversión IMSS entre 2010-2017.

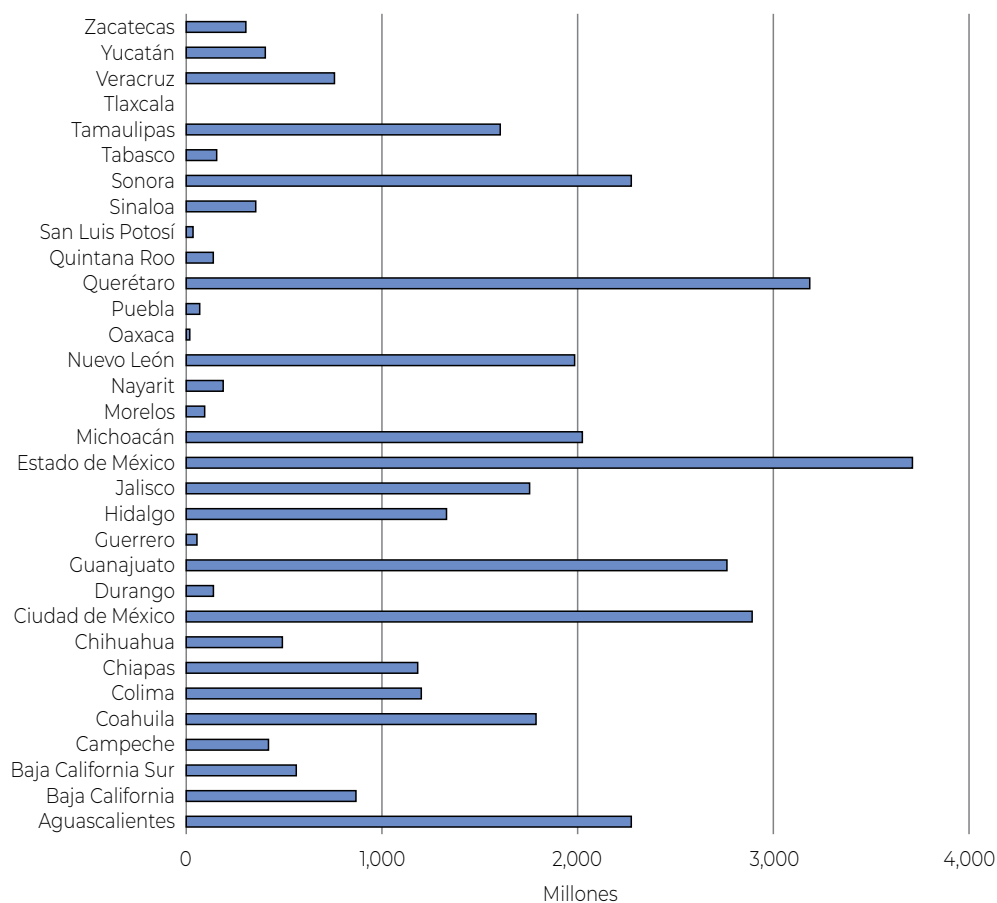
2010	5,920,341,424
2011	7,241,978,791
2012	3,309,996,895
2013	3,345,449,664
2014	4,750,000,000
2015	4,319,297,698
2016	8,689,210,232
2017	15,199,311,409

Fuente: Elaboración propia con base en PEF 2010-2017.

Tabla 2: Recursos federales del IMSS hacia las entidades federativas entre 2010-2017.

Entidad/año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Aguascalientes	12,149,060	375,674,239	45,386,350	274,800,000	510,199,873		355,253,262	695,945,767
Baja California	516,492,915		37,775,220	16,081,399				292,693,799
Baja California Sur	202,185,005	180,072,757				59,179,271	35,550,898	88,161,471
Campeche	5,422,352	188,978,682	141,016,587				19,598,500	65,887,023
Coahuila	5,799,288	227,865,284	612,609,438					937,939,135
Colima	18,193,088		392,155,089	274,800,000	501,382,124			12,990,336
Chiapas	110,704,089	227,865,284	20,699,809	267,802,331	549,765,421			1,004,957
Chihuahua	127,761,332					95,827,502		267,284,370
Ciudad de México	786,317,634		47,475,400	1,066,966,953	189,066,450	68,823,107	284,066,887	443,107,754
Durango	2,620,000					21,862,817		112,982,574
Guanajuato	106,895,631	582,697,948		309,385,460	941,766,366		70,700,086	749,441,540
Guerrero						22,601,012	23,638,814	10,143,123
Hidalgo			6,000,000	3,060,000		124,010,645	137,426,869	1,060,298,439
Jalisco	406,301,525	727,746,031	6,209,943	10,202,099	9,000,000	99,799,084	275,129,796	216,729,290
Estado de México	458,563,653	1,579,812,790	260,122,755	159,160,788	75,000,000	50,911,692	59,680,425	1,067,509,708
Michoacán	153,192,205	490,496,995	645,078,289	354,980,299	172,000,000	186,120,180	8,145,639	13,032,476
Morelos	2,096,000					38,258,037		55,105,797
Nayarit	26,200,000						59,082,326	104,328,419
Nuevo León	1,219,999,991	54,499,666	12,277,486	6,261,518		426,008,412	67,552,935	202,792,768
Oaxaca								20,662,827
Puebla	18,048,297							50,623,925
Querétaro	6,020,365	87,423,325	77,624,285			446,688,432	1,131,782,837	1,432,763,159
Quintana Roo	7,425,449	26,909,192						109,826,517
San Luis Potosí								29,485,610
Sinaloa	111,024,538							13,701,865
Sonora	190,710,672	478,470,009	4,139,962	232,530,314	690,040,659	93,991,742	132,364,098	467,385,865
Tabasco	49,438,929		452,597,726	260,905,966	260,000,000	93,060,090	119,571,614	99,301,416
Tamaulipas	83,372,372	506,243,267	2,804,602	1,430,347				39,623,990
Tlaxcala			118,453,934					
Veracruz	7,675,552	210,451,550	21,334,107		218,911,500		2,302,590	199,661,677
Yucatán	6,020,365	76,523,392				43,619,843	57,525,348	201,205,801
Zacatecas			6,243,066	3,183,964		93,060,090	117,673,644	83,348,999
Total para entidades	4,640,630,307	6,021,730,411	2,910,004,048	3,243,662,819	4,117,132,393	1,963,821,956	2,961,948,209	9,144,972,414
Total para entidad 35	1,279,711,117	1,220,248,380	399,992,847	101,786,845	632,867,607	2,355,475,742	5,727,264,039	6,054,341,012

Fuente: Elaboración propia con base en PEF 2010-2017.



Fuente: Elaboración propia con base en PEF 2010-2017.

Figura 2:

Suma total del presupuesto para programas y proyectos de inversión IMSS entre 2010-2017 por entidad.

de México, Aguascalientes, Quintana Roo y Nuevo León figuran entre las entidades en las que el IMSS atiende a mayor población por unidad médica, con números que van desde los 67,000 personas por unidad. En contraste, hay entidades como Chiapas y Oaxaca en las que el IMSS atiende de 1,300 a 1,400 personas en promedio.

En la *Tabla 4* se puede observar el porcentaje de personal que labora en la administración pública de las entidades federativas en la función «salud». Entre 2009 y 2015, el porcentaje disminuyó en entidades como Baja California Sur, Chiapas, Durango, Hidalgo, Nayarit, Querétaro, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas y Tlaxcala. En tres entidades: Oaxaca, Michoacán y Puebla, no hay registros que permitan dar cuenta de esta información. Es decir, no se puede saber cuántas personas trabajan en el sector salud. Por su parte, en las entidades en las que sí se llevan registros de este personal, Chiapas y Querétaro son las entidades donde menor porcentaje labora en el sector salud y Aguascalientes y Coahuila, por su parte,

son las entidades donde hay mayor porcentaje registrado laborando en el sector salud.

Un indicador importante respecto a las necesidades de una entidad en materia de salud lo provee la esperanza de vida. En la *Tabla 5* se puede ver que Nuevo León, Baja California Sur y la Ciudad de México tienen las mayores esperanzas de vida de todo el país, mientras que Chiapas, Guerrero, Chihuahua y Oaxaca tienen las menores.

Sobre la información anterior se observan las siguientes coincidencias: las entidades con menor esperanza de vida, con menor filiación a servicios de salud del IMSS y con menor personal trabajando en el sector salud son también las entidades más marginadas del país: Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Michoacán y Puebla.

Un segundo grupo de indicadores que dan cuenta de las necesidades de salud en las entidades son los de satisfacción con los servicios de salud que se otorgan a la población. Con respecto al rezago en el otorgamiento de cita, como se

Tabla 3: Relación de población asegurada y unidades médicas disponibles del IMSS 2000 y 2014.

IMSS	2000			2014/2013		
	Población asegurada en 2000	Unidades médicas del IMSS e IMSS oportunidades en 2000	Relación población/ unidades médicas en 2000	Población asegurada en 2014	Unidades Médicas del IMSS e IMSS oportunidades en 2013	Relación población/ unidades médicas en 2013/2014
Aguascalientes	666,295	13	51,253	873,514	13	67,193
Baja California	1,821,961	51	35,725	2,293,139	53	43,267
Baja California Sur	266,040	34	7,825	383,231	20	19,162
Campeche	322,697	56	5,762	488,152	60	8,136
Coahuila	1,954,336	154	12,690	2,221,827	143	15,537
Colima	284,037	19	14,949	420,993	13	32,384
Chiapas	671,551	607	1,106	943,024	629	1,499
Chihuahua	2,350,840	207	11,357	2,312,850	219	10,561
Distrito Federal	7,160,764	149	48,059	9,559,110	100	95,591
Durango	762,458	230	3,315	827,639	207	3,998
Guanajuato	2,091,145	54	38,725	2,860,862	59	48,489
Guerrero	678,536	30	22,618	685,584	58	11,820
Hidalgo	668,331	243	2,750	955,466	256	3,732
Jalisco	3,757,630	177	21,230	4,996,452	134	37,287
México	4,048,202	113	35,825	5,302,780	140	37,877
Michoacán	1,137,327	409	2,781	1,468,382	440	3,337
Morelos	592,711	27	21,952	801,763	28	28,634
Nayarit	389,138	115	3,384	526,889	117	4,503
Nuevo León	3,027,957	64	47,312	4,015,015	66	60,834
Oaxaca	624,722	513	1,218	759,649	558	1,361
Puebla	1,797,147	369	4,870	2,008,281	394	5,097
Querétaro	937,975	26	36,076	1,372,505	28	49,018
Quintana Roo	520,980	17	30,646	897,876	14	64,134
San Luis Potosí	976,253	247	3,952	1,249,000	274	4,558
Sinaloa	1,279,037	184	6,951	1,763,096	172	10,251
Sonora	1,324,596	74	17,900	1,641,343	81	20,263
Tabasco	533,172	35	15,233	838,002	33	25,394
Tamaulipas	1,835,549	159	11,544	1,999,604	165	12,119
Tlaxcala	351,749	17	20,691	397,392	20	19,870
Veracruz	2,324,438	674	3,449	289,0611	738	3,917
Yucatán	870,952	143	6,091	1,059,806	130	8,152
Zacatecas	505,398	183	2,762	673,307	203	3,317

Fuente: Elaboración propia con base en Anuario Estadístico INEGI 2016.

Tabla 4: Porcentaje de personal laborando en la Administración Pública de las Entidades Federativas en la Función de Salud.

Entidad federativa	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Aguascalientes	18.89803	NC	21.28769	21.3153	19.93839	19.84758	33.03294
Baja California	9.79104	NC	NC	NC	3.07698	17.68676	18.10429
Baja California Sur	17.27555	17.07684	15.01974	13.23046	15.88011	16.8551	15.87056
Campeche	19.4907	19.08071	19.29691	19.41176	19.21815	21.66626	22.9589
Coahuila de Zaragoza	10.38225	0.24898	1.04763	0.80818	0.52914	31.56452	32.99101
Colima	6.63174	29.94472	31.66183	18.63543	18.68588	16.61032	17.25946
Chiapas	10.01839	9.99499	9.82368	14.33297	14.373	14.34081	0.0526
Chihuahua	NA	5.54287	10.657	18.66158	7.42532	9.01408	10.60856
Ciudad de México	11.58902	12.37218	12.86271	13.57074	13.59973	14.66887	15.74769
Durango	15.70164	15.70164	12.41578	NC	13.39553	13.60867	13.61132
Guanajuato	9.10201	15.24923	13.48946	14.57088	15.78993	18.01989	17.84798
Guerrero	2.13701	0.1802	1.64756	16.67482	18.06198	19.04105	19.03446
Hidalgo	NC	16.64747	16.74459	17.33234	18.37774	16.64625	16.53729
Jalisco	6.30239	8.45132	6.26036	10.9025	18.07819	17.73291	18.46918
México	0.06647	0.07681	0.0736	0.06927	0.0376	19.65575	19.95126
Michoacán de Ocampo	NC	NC	NC	NC	0	0	NC
Morelos	3.51884	42.6538	45.3745	3.49657	18.17065	20.9779	21.42243
Nayarit	37.28131	38.5724	34.2031	15.62903	14.96515	14.77633	15.27158
Nuevo León	1.16747	1.16451	1.0382	8.11121	8.65035	8.96058	22.80173
Oaxaca	0.18866	0.16154	0.7098	0.20959	0.68263	0.14665	0.19079
Puebla	NC	NC	NC	NC	0	0	NC
Querétaro	0.39756	0.4179	0.40227	0.38288	0.34918	0.31905	0.09852
Quintana Roo	0.2863	18.097	16.82321	10.9847	24.05129	24.44123	23.17073
San Luis Potosí	NC	10.24223	11.34428	11.20824	12.20069	12.08247	13.09918
Sinaloa	13.44782	4.20582	2.01789	2.013	1.90171	2.47072	2.28403
Sonora	13.12421	5.33745	4.97756	5.59632	5.44435	5.44824	5.42538
Tabasco	21.10608	21.13337	18.75945	25.64524	29.6695	19.09412	19.65431
Tamaulipas	45.07777	14.9544	15.6965	17.596	18.61225	19.20654	20.73119
Tlaxcala	NC	0	8.09265	2.03998	2.11995	2.40977	2.11998
Veracruz de Ignacio de la Llave	13.12051	13.02495	13.03331	13.23837	14.08949	0.3531	14.22329
Yucatán	NC	0	NC	NC	0	16.0183	15.2447
Zacatecas	NA	13.74739	16.79775	17.94878	NA	15.67599	15.64551

NA: No aplica, NC: No calculable.

Responsable: INEGI. Dirección General de Estadísticas de Gobierno, Seguridad Pública y Justicia.

Fuente: INEGI. Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatales.

Tabla 5: Esperanza de vida en las entidades federativas entre 2010-2015.

Entidad federativa	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Estados Unidos Mexicanos	74.0	74.1	74.3	74.5	74.7	74.9
Aguascalientes	75.2	75.3	75.4	75.6	75.7	75.9
Baja California	73.1	73.2	73.3	73.6	73.8	74.0
Baja California Sur	75.5	75.6	75.7	75.8	75.9	76.0
Campeche	74.6	74.8	74.9	75.0	75.1	75.2
Coahuila de Zaragoza	74.7	74.8	74.9	75.2	75.5	75.7
Colima	75.3	75.4	75.5	75.6	75.8	75.9
Chiapas	72.0	72.1	72.3	72.5	72.6	72.8
Chihuahua	68.7	70.5	70.7	71.5	72.3	72.9
Distrito Federal	75.5	75.6	75.7	75.8	76.0	76.1
Durango	73.9	74.2	74.3	74.8	75.2	75.6
Guanajuato	74.7	74.8	74.9	75.1	75.3	75.5
Guerrero	71.9	72.1	72.2	72.5	72.7	72.9
Hidalgo	73.6	73.8	73.9	74.1	74.3	74.4
Jalisco	74.8	74.9	75.0	75.2	75.4	75.5
México	74.4	74.6	74.7	74.9	75.1	75.2
Michoacán de Ocampo	73.8	74.0	74.1	74.3	74.5	74.7
Morelos	74.7	74.8	75.0	75.2	75.5	75.7
Nayarit	73.9	74.0	74.1	74.5	74.8	75.1
Nuevo León	75.8	75.0	75.1	75.6	76.0	76.4
Oaxaca	71.9	72.1	72.3	72.5	72.8	73.0
Puebla	74.0	74.2	74.3	74.5	74.6	74.8
Querétaro	74.7	74.8	74.9	75.1	75.2	75.4
Quintana Roo	74.9	75.1	75.2	75.3	75.5	75.6
San Luis Potosí	73.8	73.9	74.0	74.3	74.5	74.7
Sinaloa	73.8	74.0	74.1	74.6	75.1	75.5
Sonora	74.5	74.6	74.8	75.0	75.1	75.3
Tabasco	74.0	74.1	74.3	74.4	74.6	74.8
Tamaulipas	74.7	74.8	75.0	75.2	75.5	75.8
Tlaxcala	74.3	74.5	74.6	74.8	75.0	75.2
Veracruz de Ignacio de la Llave	73.3	73.4	73.6	73.7	73.9	74.1
Yucatán	74.90	75.02	75.13	75.25	75.37	75.49
Zacatecas	74.31	74.44	74.57	74.81	75.04	75.26

Fuente: Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica 2018.

puede observar en la *Figura 3* los mayores rezagos del IMSS se presentan por mucho en la Ciudad de México, seguido lejanamente por Jalisco y Tamaulipas. En el caso de este indicador, la satisfacción no parece estar completamente relacionada con la demanda. Si bien para algunos casos existe coincidencia (Ciudad de México y Oaxaca), la relación no puede generalizarse. La Ciudad de México presenta el mayor número de afiliados por consultorio de todo el país y también presenta el mayor rezago en otorgamiento de cita a consulta externa. Oaxaca no presenta saturación de afiliados en relación con unidades médicas y tampoco presenta problemas de rezago. Por el contrario, Aguascalientes y Quintana Roo sí presentan saturaciones por consultorio en el IMSS, pero se encuentran en los últimos lugares de rezago en otorgamiento de cita; es decir, no tienen problemas a pesar de tener una relación población/unidades médicas inversa.

En general, las entidades con los mayores rezagos en otorgamiento de cita a consulta externa se ubican por mucho en la Ciudad de México, seguidas lejanamente por Jalisco, Tamaulipas y Coahuila.

Respecto al indicador de porcentaje de población de 18 años y más satisfecha con el servicio de salud del IMSS (*Tabla 6*), es necesario resaltar que entre 2013 y 2015 el porcentaje disminuyó en promedio un 15% en todas las entidades del país. En Morelos, el porcentaje de satisfacción disminuyó 26%, en Nuevo León 23% y en Coahuila la disminución fue de 22%. Las entidades con los menores porcentajes de satisfacción con los servicios en 2013 eran Puebla, la Ciudad de México y Querétaro. En 2015, las entidades con los menores porcentajes de satisfacción con los servicios eran Chiapas, Campeche, Querétaro y Puebla. Por su parte, las entidades con los mayores porcentajes de satisfacción con los servicios en 2015 son Tlaxcala y Baja California Sur y en 2013 Baja California Sur, Nayarit y Guerrero.

RESULTADOS

¿Se justifica la asignación dadas las necesidades de salud en las entidades?

La respuesta es no. Parecería observarse una asignación inversa a las necesidades de salud de las entidades. Las entidades con menor filiación, menor personal trabajando en el sector salud, menor

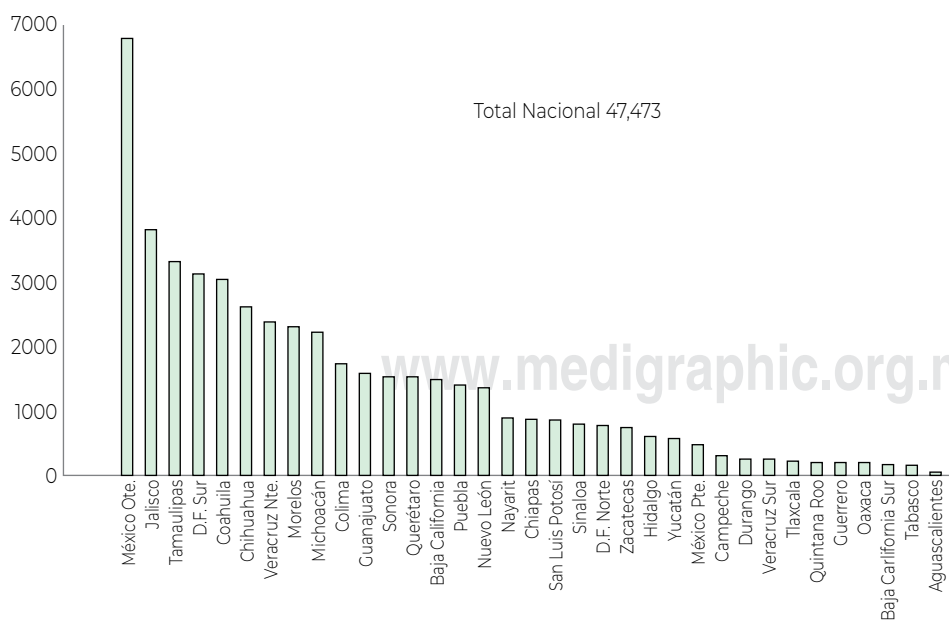
esperanza de vida y mayor marginación son las que menores recursos reciben para programas y proyectos de inversión entre 2010 y 2017.

Recordemos que en 2014 la Ciudad de México, Aguascalientes, Quintana Roo y Nuevo León eran las entidades con mayor población atendida por unidad médica y Chiapas y Oaxaca las entidades con menor población atendida por unidad médica. De la suma de asignación presupuestal 2010-2017 solamente en la Ciudad de México se justificaría una mayor asignación presupuestal si el criterio fuera únicamente el número de afiliados en relación con consultorios disponibles. Si el criterio fuera solamente el número de afiliados, en Oaxaca se justificaría la no asignación. Sin embargo, recordemos que existen otros factores que deben considerarse como la calidad de los servicios de salud por entidad, la esperanza de vida por entidad y el grado de marginación en esas entidades. Si se adicionan este tipo de factores al análisis, no hay razón que justifique que Oaxaca, Guerrero, Puebla, Morelos y Nayarit no hayan recibido un solo peso de programas y proyectos de inversión en los últimos seis años y que el Estado de México, Querétaro, Guanajuato y Sonora reciban la mayor parte del pastel.

Aunada a lo anterior, la diferencia entre presupuesto del IMSS que se destina a cada entidad también es de resaltarse. Como se puede observar

en la *Tabla 2* en 2017 Querétaro encabezó la mayor cantidad de presupuesto del IMSS para programas y proyectos de inversión con 1,432,763,159 de pesos asignados, seguido por Estado de México e Hidalgo con 1,067,509,708 y 1,067,509,708, respectivamente. ¿Son estas entidades las que mayor demanda por número de afiliados tienen en el IMSS? En el caso del Estado de México, esta entidad definitivamente es la única en la que se justifica la inversión dado el número de afiliados. El caso de Querétaro e Hidalgo, sin embargo, no se justifican dado que ambas entidades se ubican dentro de las de menor número de afiliados. La cantidad de recursos que se entregaron a esas tres entidades en 2017 contrasta con la cantidad de recursos que se asignaron a Tlaxcala ese año (cero pesos), a Oaxaca, Chiapas, Tamaulipas, Baja California Sur y Campeche, que son entidades que tienen todas una población de afiliados similar, mayores niveles de n y en general mayores problemas de infraestructura en salud.

En 2016 se observa lo mismo, Querétaro obtiene la mayor cantidad de recursos. No hay ninguna entidad remotamente cercana y sí hay entidades como Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Tamaulipas y Tlaxcala que no recibieron un solo peso. En 2015 se observa algo similar. Nuevamente Querétaro es la entidad que mayores



* Información disponible a mayo estimada a junio de 2012. Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas.

Figura 3:

Pacientes con rezago en el otorgamiento de cita a consulta externa de especialidad de enero-junio 2012.

Tabla 6: Porcentaje de población de 18 y más satisfecha con el servicio de salud del IMSS en 2013 y 2015.

Entidad federativa	2013	2015
Aguascalientes	56	44
Baja California	60	46
Baja California Sur	71	53
Campeche	48	32
Coahuila de Zaragoza	60	38
Colima	63	47
Chiapas	46	27
Chihuahua	56	37
Ciudad de México	43	42
Durango	63	48
Guanajuato	46	33
Guerrero	66	46
Hidalgo	55	41
Jalisco	45	41
México	55	39
Michoacán de Ocampo	50	33
Morelos	61	35
Nayarit	66	46
Nuevo León	56	33
Oaxaca	50	37
Puebla	37	30
Querétaro	44	30
Quintana Roo	45	36
San Luis Potosí	45	39
Sinaloa	63	42
Sonora	63	43
Tabasco	52	37
Tamaulipas	56	38
Tlaxcala	57	50
Veracruz de Ignacio de la Llave	56	39
Yucatán	54	39
Zacatecas	54	37

recursos obtiene por parte del IMSS, seguida muy de cerca por Nuevo León. Este año no recibieron un solo peso por parte del IMSS Aguascalientes, Baja California, Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas,

Guanajuato, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, y Veracruz. En 2014, Guanajuato es el que más recursos recibe (941,766,366 pesos) y entidades como Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas no recibieron un solo peso.

¿Se justifica la asignación dada la satisfacción de los usuarios con los servicios?

Tampoco se justifica. En 2013, las entidades con los menores porcentajes de satisfacción con los servicios eran Puebla, Ciudad de México y Querétaro y las entidades con los mayores porcentajes de satisfacción eran Baja California Sur, Nayarit y Guerrero. Si el criterio fuera efectivamente igualar la calidad de los servicios durante 2014 y 2015, deberían haberse canalizado mayores recursos a Puebla, Ciudad de México y Querétaro. Sin embargo, durante esos años recibió recursos solamente la Ciudad de México. Puebla y Querétaro no recibieron un solo peso de programas y proyectos de inversión.

En 2015, las entidades con los menores porcentajes de satisfacción con los servicios eran Chiapas, Campeche, Querétaro y Puebla y las entidades con los mayores porcentajes de satisfacción con los servicios eran Tlaxcala y Baja California Sur. Nuevamente, si el criterio fuera igualar la calidad de los servicios, durante 2016 y 2017 Chiapas, Campeche, Querétaro y Puebla deberían haber sido contempladas con mayores recursos. En 2016, ninguna de ellas se vio favorecida con recursos.

Si se toma en cuenta el indicador respecto a rezago en otorgamiento de cita, las entidades con los mayores rezagos en otorgamiento de cita a consulta externa en 2012 se ubican por mucho en la Ciudad de México, seguida lejanamente por Jalisco, Tamaulipas y Coahuila. Durante 2013 recibieron recursos Ciudad de México, Jalisco y Tamaulipas. Coahuila no recibió un peso. Por su parte, de las entidades con los menores rezagos y que, por tanto, no debían haber recibido recursos sólo Aguascalientes obtuvo presupuesto en 2013.

¿Es transparente la asignación del presupuesto para programas y proyectos de inversión?

Si la transparencia se mide por la posibilidad de seguirle el rastro a los recursos hasta las entidades federativas, la respuesta es no. En la *Figura 4* se observa la suma total de los recursos asignados por entidad para programas y proyectos de inversión en esos ocho años, así como la suma del presupuesto asignado en esos ocho años a lo que se denomina en el PEF entidad 35. Los recursos destinados a lo que se identifica como entidad 35 no pueden rastrearse y, como se puede ver, esta clasificación concentra una cantidad de presupuesto exorbitante.

Se clasifica como entidad 35 al presupuesto que se distribuye entre todas las entidades federativas para un tema de salud determinado, ya sea infraestructura física, equipamiento, rehabilitación de hospitales, entre muchos otros temas, sin que pueda conocerse exactamente qué cantidad se asignó a cada entidad y, por tanto, darle seguimiento al recurso. La entidad 35 recibió una cantidad de presupuesto en dos ocasiones incluso superior a la suma del presupuesto otorgado a *todas* las entidades federativas juntas. Entre 2010 y 2013 la cantidad asignada a la entidad 35 iba disminuyendo; sin embargo, de 2014 en adelante los recursos incrementaron exponencialmente.

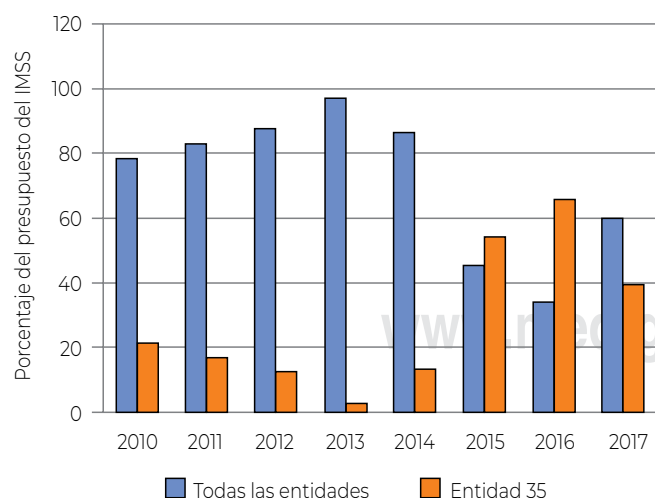


Figura 4: Distribución del presupuesto entre entidades federativas y «entidad 35».

CONCLUSIONES

El análisis de la asignación presupuestaria por parte de la Cámara de Diputados hacia el IMSS para programas y proyectos de inversión en las entidades federativas entre 2010 y 2017 nos deja ver que no son las necesidades de salud lo que dirige la canalización de recursos. Las entidades federativas con menor esperanza de vida, menor número de afiliados y mayor marginación no son las entidades en las que más recursos se canalizan para programas y proyectos de inversión. El análisis con base en satisfacción de los usuarios con los servicios del IMSS tampoco nos permite observar una relación entre menores niveles de satisfacción y en respuesta, mayores asignaciones. Es decir, no son las entidades con menores niveles de satisfacción con los servicios las que mayores recursos reciben y viceversa.

En materia de transparencia, desde 2014 en el IMSS se ha vuelto más difícil seguirle el rastro a los recursos que bajan a las entidades federativas como consecuencia de un aumento en el uso de una clasificación general del presupuesto (para todas las entidades federativas o entidad 35) que impide conocer de manera desagregada (por entidad federativa) el presupuesto y, por tanto, rendir cuentas respecto al mismo.

La justificación de una centralización de la asignación del sector salud en la Cámara de Diputados con el objetivo de reducir desigualdades, disminuir la discrecionalidad y elevar la transparencia en el uso de los recursos entre entidades no es sólida. El análisis de ocho años deja ver que la discrecionalidad en la asignación permanece latente, los recursos son cada vez menos transparentes y es difícil comprender cuáles son los criterios detrás de la asignación, ya que definitivamente no son las necesidades de salud ni la calidad de los servicios en las entidades.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Anuario Estadístico y Geográfico por entidad federativa 2016. INEGI. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/AEGPEF_2016/702825087357.pdf
2. INEGI. Dirección General de Estadísticas de Gobierno, Seguridad Pública y Justicia. INEGI. Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatales.

3. Informe de Rendición de Cuentas del IMSS 2006-2012 Segunda Etapa. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/2006-2012/IRC1.pdf>
4. "Programas y proyectos de inversión para el IMSS 2010-2017". Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF). Secretaría de Hacienda.
5. "Esperanza de Vida en las Entidades Federativas". Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica 2018.
6. "Derechos Fundamentales". Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). 1946.
7. Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF). 2010-2017. Secretaría de Hacienda. pef.hacienda.gob.mx

La relación médico-paciente: la base bioética de la experiencia ante el cáncer

*The physician-patient relationship:
the basis of bioethics of the experience before cancer*

María del Carmen Calderón Benavides*

RESUMEN

Aplicar la bioética a la práctica de la oncología permite acceder al escenario donde las decisiones pasan por un análisis ético. Cuando los principios bioéticos son ejercidos como un procedimiento habitual, la relación médico-paciente refleja acciones concretas dirigidas a favorecer el modelo de comunicación, la toma de decisiones, el respeto a la dignidad de la persona y el proceso al final de la vida. En la vivencia del cáncer como una enfermedad crónica, los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia surgen, se combinan y movilizan a los actores involucrados. Su aplicación se representa en el consentimiento informado: documento en el que se construye la alianza terapéutica como resultado de la comunicación que existe entre el médico y la persona enferma, que ha de establecerse como el fundamento para la toma de decisiones porque consiste en un proceso que no se reduce a la información y que está encaminado a respetar la dignidad de las personas, procurar su bienestar y acompañarles con respeto y calidez. La relación médico-paciente bioéticamente orientada habrá de basarse en el análisis, la reflexión y la aplicación de normas y reglas éticas ante los problemas morales que se manifiestan en la práctica oncológica en cada una de las etapas de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, calidad de vida y calidad de muerte.

Palabras clave: Bioética, relación médico-paciente, toma de decisiones, comunicación en oncología.

ABSTRACT

Applying bioethics to the practice of oncology allows access to the scenario where decisions go through an ethical analysis. When bioethical principles are exercised as a standard procedure, the doctor-patient relationship reflects concrete actions aimed at fostering the communication model, decision-making, respect for the dignity of the person and the process at the end of the life. In the experience of cancer as a chronic disease, the bioethical principles of autonomy, charity, justice and non-maleficent arise, combine and mobilize the actors involved. Its application is represented in informed consent: document in which the therapeutic alliance is built as a result of the communication that exists between the doctor and the sick person, which must be established as the basis for decision-making, because it consists of a process that does not come down to information and that is aimed at respecting the dignity of the people, seeking their well-being and accompanying them with respect and warmth. The bioethically oriented patient medical relationship should be based on the analysis, reflection and application of ethical norms and rules in the face of the moral problems manifested in cancer practice at each stage of the disease: diagnosis, treatment, quality of life and quality of death.

Keywords: Bioethics, patient-physician relationship, decision-making, communication in oncology.

* Licenciada y Maestra en Psicología Clínica. Doctora en Antropología. Coordinadora de Psicooncología. Servicio de Oncología. Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga», CDMX.

Correspondencia: MCCB, marycarb@unam.mx

Conflicto de intereses: La autora declara que no tiene.

Citar como: Calderón BMC. *La relación médico-paciente: la base bioética de la experiencia ante el cáncer*. Rev CONAMED 2019; 24(supl. 1): s35-s39.

Financiamiento: Ninguno.

Recibido: 19/06/2019.

Aceptado: 30/10/2019.

INTRODUCCIÓN

La bioética aplicada a la práctica de la oncología dirige la atención a la relación médico-paciente, se destaca como el fundamento de las experiencias del enfermo, el escenario en el que se consuman o no los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia, y en donde el paciente es considerado o no como una persona con una enfermedad, pero también con un padecimiento.

La asistencia basada en un enfoque bioético-oncológico ocurre al interior de un proceso dinámico, donde la reflexión-discusión son acciones permanentes dirigidas a favorecer la toma de decisiones de una persona que se encuentra vulnerada por su condición de salud y por las circunstancias que surgen con la enfermedad.

Al enfermar de cáncer no se vive un acontecimiento aislado, sino una serie de acontecimientos relacionados que inician con el diagnóstico y abarcan las dimensiones terapéuticas, la adaptación y la repercusión en la calidad de vida, la pérdida de órganos y funciones y la experiencia del proceso enfermedad-muerte.

En la toma de decisiones que el enfermo ha de iniciar, se combinan las características, representaciones, acciones y significados de sí mismo y los demás involucrados: la familia, el médico y el personal de salud, con los dilemas y las polémicas que enfrentan, pues las decisiones médicas en pacientes oncológicos plantean resolver problemas clínicos y éticos.

Uno de los aspectos de mayor trascendencia es la pérdida de control de los procesos vivenciales que el enfermo experimenta ante la enfermedad y que se manifiesta en todas las etapas del manejo terapéutico, pues desde el momento de conocer el diagnóstico se da inicio al camino de la toma de decisiones, como una práctica que se dará de forma habitual, en la que deberá recurrir a sus capacidades cognitivas y emocionales.

¿Puede hablarse de autonomía cuando la persona se encuentra atrapada entre el diagnóstico, un proceso de adaptación y las alternativas que brindan los tratamientos?

¿Cuál es el margen real de maniobra de un paciente con cáncer al ejercer su poder de decisión?

Cuando las opciones terapéuticas arriesgan su plenitud y su independencia, y con ellas la calidad de vida construida hasta ese momento, hay que

trabajar con base en la voluntad del paciente para que pueda decidir en relación con su estado de salud explorando con él todas las posibilidades disponibles para favorecer su proceso.

LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los principios de la bioética definen actuaciones que parecen muy concretas y que están dirigidas a acciones específicas.

De acuerdo con Marrero Rodríguez y colaboradores (2014): *el criterio ético fundamental que regula a la bioética es el respeto al ser humano, a sus derechos inalienables, a su bien verdadero e integral: la dignidad de la persona.*

La bioética consta de cuatro principios que pretenden dar contenido al esbozo moral que supone la declaración del valor y la dignidad de la persona: no maleficencia, beneficencia: autonomía o de libertad de decisión y de justicia.¹

La aplicación de los principios bioéticos tiene su asentamiento en la figura del consentimiento informado, que es donde se construye la alianza terapéutica, y que bioéticamente orientado, supone una relación médico-paciente con objetivos dirigidos por una cultura de respeto a los valores de las personas, sobre todo si se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, como es el caso de los enfermos de cáncer, siempre con la incertidumbre de la eficacia y de los riesgos de la enfermedad y de los tratamientos. El consentimiento informado tiene el deber de ser ético antes que jurídico, ha de ser garante de la autonomía moral del enfermo y no un instrumento para dispensar una responsabilidad legal.²

La información contenida en el consentimiento informado debe estar adecuada al nivel del paciente, a su raza, educación, ideología, etapa del ciclo de vida, diagnóstico, la cirugía o tratamiento a realizar, las secuelas, los problemas potenciales, con énfasis en el aspecto informativo, más que en el de conseguir una licencia, pues ha de ser el resultado de una relación médico-paciente plena de confianza y respeto a la dignidad de la persona.²

LA TOMA DE DECISIONES

La participación en la toma de decisiones se fundamenta en la comunicación de la relación médico-

paciente y se convierte en una forma de interactuar, debido a que las circunstancias del proceso enfermedad-tratamiento requieren de constante deliberación.³ La relación médico-paciente no es una relación entre iguales, al contrario, se trata de una relación jerárquica, en la cual, es la figura del médico quien dirige la relación, el lugar de la comunicación es su territorio y es él, quien crea y define el guion de la conversación, porque es a él a quien se acude en momentos de necesidad para buscar ayuda y solucionar, en lo posible, un problema de salud con una autodevaluación profunda ante los conocimientos del médico.³

Definir los límites entre el ejercicio paternalista del médico y los derechos humanos de la persona enferma, plasmados en la autodeterminación y el principio de autonomía en estado de vulnerabilidad, tiene que ver con la información y el manejo de las malas noticias, habituales en la práctica oncológica, pues es el médico el encargado de preservar la autonomía decisoria a través de la información honesta sin destruir las esperanzas y preservando la dignidad.⁴

Corresponde encontrar el equilibrio al proceso de desarrollar el arte médico en la detección de las necesidades del otro y sensibilidad en sí mismo para comprender al enfermo en la forma particular de vivir su enfermedad, pues mientras alguno pedirá conocer sus condiciones y pronósticos con anticipación; otro querrá mesura y darse tiempo para adaptarse; y un tercero puede desear no saber nada y delegar la toma de decisiones.⁵

Fermín Gorda (1998) reflexiona:

En un consentimiento informado de tratamiento quirúrgico de alta complejidad, con secuelas invalidantes o mutilantes hacia un paciente oncológico ¿puede hablarse que hubo autoritarismo paternalista del cirujano?, o ¿que éste ejerció coerción al plantear las alternativas del curso normal de la enfermedad sin tratamiento?, o ¿sería mejor hablar que hubo correcta información, presentación veraz de la realidad, seducción por el carácter y el prestigio del médico, o del grupo o centro asistencial al cual concurrió voluntariamente el paciente?

La relación que se establece entre el médico y el enfermo, ¿es un mero contrato?; o ¿es una

*alianza de coparticipación, un acuerdo asentado en la buena fe de ambos y en el objetivo de hacer el bien al paciente? ¿Puede inferirse una actitud manipuladora del cirujano?*⁵

Son problemas para la reflexión ética, pues la información no se constituye en un solo acto, sino en una acción incesante que se repetirá con perseverancia y paciencia, debido a que la asimilación de condiciones desfavorables es un hecho que lleva tiempo y el enfermo necesita expresar sus dudas y opiniones para sentir que es tratado como una persona adulta y competente que ejerce su autonomía y con ella, sus derechos humanos.⁶

COMUNICACIÓN Y DIGNIDAD

La preservación de la dignidad de la persona enferma de cáncer es un objetivo ético en sí mismo, que se favorece a través del establecimiento de un estilo de comunicación con un lenguaje verbal y corporal que inspire confianza y apoye las necesidades de control del enfermo. La comunicación en la relación médico-paciente en oncología es inherente a todas las fases de la enfermedad y no se reduce a la información.⁵

La percepción del control de los procesos vivenciales es una necesidad en los seres humanos, que desarrolla la satisfacción de la vida y la adaptación a eventos adversos, como las enfermedades. De ahí la importancia del estilo de comunicación al interior de la relación médico-paciente y del efecto que produzca en la percepción del enfermo respecto a sus posibilidades de ejercer control.⁷

El enfermo de cáncer antes de serlo, construyó una calidad de vida a través de toda su historia, en ella existen hábitos (alimenticios, laborales, sexuales, recreativos, etcétera) y estilos que ha elegido o que le ha tocado vivir, determinados por su nivel social, económico, educativo y cultural, y que reflejan un sistema de creencias, prácticas y valores: su ideología e identidad. Esas preferencias y necesidades fueron forjadas durante toda su vida y se han integrado a una calidad de vida que lo define y le da sentido a su existir: son estas características personalizadas las que requieren atención en el binomio médico-paciente.⁸

La comunicación de la verdad se puede convertir en un problema ético cuando hay que dar las malas noticias. Los postulados bioéticos indican

que hay que respetar el derecho del paciente de conocer y ser informado, así como de no informarse y de designar al familiar o amigo, que autoriza o no, a recibir información sobre su estado. La dificultad para los médicos no es el dar la información en cuanto a contenidos, es, sobre todo, respecto a las formas: el cómo hacerlo, sin menoscabo de la esperanza, transmitiendo la sensación de que existe la posibilidad del control y, ante todo, que no será abandonado.⁷

El cirujano y bioeticista Broggi (2010) refiere: *Antes, cuando entraba un paciente a la consulta, veníamos a decirle: «Atención, está entrando Usted en un mundo que no conoce y al que deberá adaptarse (un mundo de pautas, de rutinas, de ritos incluso). Ahora siéntese, explíqueme qué le pasa y le diré qué haremos». Era un plural dignificante, porque decidiríamos por él –a menudo, eso sí, con el acuerdo familiar–. Ahora, al contrario, es el enfermo el que puede decirnos: «Atención, está entrando en su consulta un mundo que Usted no conoce (un mundo de esperanzas, de miedos y de preferencias) y al que debe adaptarse para decidir. Ahora me sentaré y le explicaré lo que me pasa y lo que espero, porque debería tenerlo en cuenta en el momento de la decisión y espero poder continuar disfrutando de mis Derechos Humanos en mi situación de enfermedad». Para él se trata de un problema de dignidad.*⁵

En el proceso de comunicación que se establece en la relación médico-paciente no existe una relación de equidad. La asimetría de la relación es también asimetría de conocimientos. La persona enferma se encuentra en una situación de vulnerabilidad, experimenta su estado como un evento fuera de control y amenazante.⁸

Si «conocimiento es poder», se puede considerar que al compartir ese conocimiento el médico le otorga al paciente el poder para decidir, dando cauce a la discusión sobre los límites de la participación del paciente en la toma de decisiones, que no sólo es médica y clínica, también es ética, en el contexto de que la eficacia al conocer y tratar una enfermedad no se corresponde con la eficacia al conocer y tratar al enfermo, poniendo atención a su autonomía personal de una manera aplicada y práctica, y no a los conceptos abstractos de las descripciones éticas, sino vista como la manifestación de la voluntad de un mundo de valores propios.⁹

La insatisfacción que puede surgir en el enfermo del trato que recibe, puede no tener nada que ver con el tratamiento administrado, pero sí estar relacionado con el modo en el que vive su proceso, lo que pasará a formar parte de la memoria y experiencia en su totalidad: la atención a su angustia, la actitud poco amable y los tiempos de espera, se convierten en elementos fundamentales de su vivencia como paciente con cáncer, teniendo en cuenta la serie de cambios que tiene que enfrentar a partir de la enfermedad y que se convierten en una larga y penosa cadena de esperas; porque el enfermo oncológico está siempre esperando: comunicación, curación, remisión, paliación, calidad de vida y dignidad de muerte.¹⁰

AL FINAL DE LA VIDA

El cáncer está rodeado de mitos y temores, de los que surgen una amplia gama de metáforas y estigmatizaciones: muerte, horror, castigo, vergüenza, culpa, dolor, sufrimiento.¹¹ Y es esa manera de concebirlo socialmente la que influye en la actitud y en la reacción de las personas enfermas de cáncer.¹²

El diagnóstico de cáncer produce la asociación inmediata con la muerte, pensando que la persona enferma se encuentra en etapa terminal, aunque no presente la suma de factores que ponen de manifiesto el deterioro progresivo y generalizado del organismo y sus funciones (comprendidos en un periodo aproximado y no mayor de seis meses). Y mucho menos se encuentra en estado agónico o *pre-mortem* que se caracteriza por el agotamiento total de la reserva fisiológica y progresa hacia la muerte en las siguientes 24 horas.¹³

Establecer la diferencia de estos estados hará posible elaborar estrategias físicas, sociales, psicológicas, espirituales y bioéticas para la asistencia adecuada de cada uno de ellos, que conserven para la persona la dignidad que la distingue como ser humano.¹⁴

Los principios bioéticos orientan a tomar acciones para aliviar cuando no se puede curar y apoyar y acompañar al paciente a morir cuidando el dolor, la sed y el insomnio, evitando los extremos del abandono o encarnizamiento terapéutico.

La bioética induce a cultivar el respeto a los derechos del ser humano enfermo y en particular los derechos del enfermo terminal que son: no

sufrir inútilmente, respeto a su libertad de conciencia, conocer la verdad de la situación, respeto a la capacidad de decidir por sí mismo, poder tener diálogo confiado con su médico y con su familia, recibir asistencia espiritual y religiosa, y a renunciar a medios o prácticas desproporcionadas que no resolverán su enfermedad de fondo.¹⁵

Entender la finitud con humildad y sabiduría, favorecerá ejercer el humanismo desde la profesión, aceptando los límites frente al proceso; porque morir no es patológico, morir es una función de nuestro organismo, un acto fisiológico resultado de un mandato genético ordenado por la vida. Los humanos vivimos la muerte y conscientes de ello, no podemos más que concebir una buena muerte. Una muerte consecuente con la manera de vivir, como lo propone Sócrates y lo sustenta Epicuro, sin angustias ni penas, si es posible sin dolor de ningún tipo, «ni del alma ni del cuerpo», como diría Aristóteles. Como dirían desde ese entonces los griegos, un buen morir.¹³

CONCLUSIONES

La experiencia de ser una persona enferma de cáncer atraviesa por diferentes etapas, desde la presentación de los primeros síntomas, la confirmación del diagnóstico, el tratamiento y sus secuelas y todo el procedimiento médico. Estas vivencias serán parte importante del registro en la memoria, pero también lo serán las actitudes y la atención recibida no sólo a la enfermedad, sino a todo lo que surge como consecuencia de estar enfermo de cáncer.

Por lo tanto, el trato que el paciente reciba a sus dudas, incertidumbre, miedo, disfunciones y deformaciones; la ayuda que se le ofrezca para canalizar un estado de inestabilidad constante; así como las acciones que tome el médico encaminadas a enseñarlo a vivir con cáncer y a resolver los problemas de las secuelas de los tratamientos, marcará la diferencia y definirá las reacciones de su complicado proceso.

Por último, la relación médico-paciente ha tenido transformaciones en el contexto histórico de la oncología, lejos está quedando la pasividad de los enfermos, que si bien son personas vulneradas por su circunstancia, esperan del médico un rol educativo que reconozca en ellos la mejor disposición de aprender todo lo relacionado con su enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marrero-Rodríguez H, Quintero-Salcedo S, Blanco-Zambrano GL, Calas-Rosales M, Torres-Puente S. Aspectos bioéticos en pacientes con cáncer de pulmón. *MEDISAN*. 2014; 18 (9): 1231-1237.
2. García-Conde J, García-Conde A. Humanización en la asistencia clínica oncológica. *Psicooncología*. 2005; 2 (1): 149-156.
3. Hernández-Mandado P, Vela-Valencia TI. Bioética y oncología. Relación médicopaciente. Camagüey, Cuba S/A.
4. Cabrera-Trigo J. El consentimiento y el rechazo en un caso clínico oncológico. Propuestas al seminario sobre "Ética en el final de la vida", a cargo del Profesor Dr. Bernardo Gert. (Darmouth College, NH-USA). Maestría en Ética Aplicada. Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, 1995.
5. Gorda MF. Ética en el tratamiento de pacientes con cáncer. Profesor de Bioética Universidad del Salvador. El Salvador: 1998.
6. Sánchez-Santiesteban AM. El consentimiento informado y la relación médico-paciente. La Habana, Cuba: Bioética; 2009.
7. Rifá-Ferrer J. Historia de la oncología en la comunidad autónoma de Baleares. En: Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Historia de la oncología médica en España. Madrid: 2009.
8. Broggi MA. La actitud profesional ante los valores del enfermo en la toma de decisiones. *Psicooncología*. 2010; 7 (2): 401-414.
9. Cedeño B. Aspectos bioéticos en la comunicación médico-paciente oncológico [Tesis]. Buenos Aires: Facultad de Posgrado Universidad Favaloro; 2012.
10. Expósito J, Domínguez C. Elaboración de un código de buenas prácticas en comunicación aplicable a los servicios de oncología. Estrategia y resultado. *Psicooncología*. 2008; 5 (1): 147-154.
11. Sontag S. La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas. Madrid: Edit. Taurus; 1996.
12. Garduño EA, Ham MO, Méndez VJ, Niembro ZAM, Pando CJM, Martínez BR et al. Decisiones médicas al final de la vida. Recomendaciones para la atención a pacientes con enfermedades en estado terminal. *Acta Pediatr Mex*. 2006; 27 (5): 307-316.
13. Rebolledo MJF. Muerte digna, una oportunidad real. En: Soberón G, Feinholz D, Comps. Muerte digna una oportunidad real. Memoria. México: Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética; 2008.
14. Soberón G, Feinholz D, Comps. Muerte digna una oportunidad real. Memoria. México: Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética; 2008.
15. Dionicio C. Bioética y paciente terminal: actitud del médico oncólogo. *Carcinos*. 2014; 4 (4): 12-18.

Responsabilidad jurídica del acto médico-sanitario

Legal responsibility of the medical-sanitary act

Roxana Nayeli Guerrero-Sotelo,* Laura Isabel Hernández-Arzola,**
Gerardo Roberto Aragón-González*

RESUMEN

* Profesor-Investigador C.
** Directora de Enfermería.

Universidad de la Sierra
Sur, UNSIS.

Correspondencia: RNGS,
roxanaguerrerosotelo@
yahoo.com.mx
roxanaguerrero@unsis.
edu.mx

Conflicto de intereses:
Los autores declaran que
no tienen.

Financiamiento:
Programa para el
Desarrollo Profesional
Docente de la Secretaría
de Educación Pública de
México (SEP-PRODEP).

Citar como: Guerrero-
Sotelo RN, Hernández-
Arzola LI, Aragón-González
GR. *Responsabilidad
jurídica del acto médico-
sanitario*. Rev CONAMED
2019; 24(supl. 1): s40-s46.

Recibido: 10/12/2018.
Aceptado: 30/04/2019.

El propósito del manuscrito es analizar los tipos de responsabilidad jurídica en los que puede incurrir el profesional de la salud. Para ello partimos del acto médico-sanitario que es estudiado desde la doctrina, la legislación y la jurisprudencia nacional para posteriormente vincularlo al concepto de la responsabilidad jurídica de los profesionales de la salud, destacando sus elementos, a saber: la profesionalidad, la ejecución típica estandarizada, la licitud y la forma consensual. Finalmente se hace un estudio normativo-jurisprudencial de la responsabilidad civil, administrativa y penal destacando los elementos de derecho que se vinculan con la práctica de los profesionales de la salud. Del análisis se concluyó la distinción por materia del acto médico (atención médica) y del sanitario (control de sanidad), pero señalando su semejanza consistente en un elemento subjetivo, a saber: ambos son actos realizados por los profesionales de la salud; en este sentido, comparten una tipología de responsabilidades. El método utilizado es la hermenéutica jurídica, es decir, la interpretación sistemática de la doctrina, la legislación y la jurisprudencia nacional.

Palabras clave: Acto médico-sanitario, profesionales de la salud, responsabilidad jurídica, *Lex artis ad hoc*.

ABSTRACT

The purpose of the manuscript is to analyze the types of legal liability that may be incurred by the health professional. For this we start from the medical-sanitary act that is studied from the doctrine, legislation and national jurisprudence to later link it to the concept of legal responsibility of health professionals, highlighting its elements namely: professionalism, typical standardized execution, the lawfulness and the consensual form. Finally, a normative-jurisprudential study of civil, administrative and penal responsibility is made highlighting the elements of law that are linked to the practice of health professionals. The analysis concluded the distinction by subject of the medical act (medical care) and the sanitary act (control of health) but pointing out its similarity consisting of a subjective element, that is, both are acts performed by health professionals; in this sense, they share a typology of responsibilities. The method used is legal hermeneutics, that is, the systematic interpretation of the doctrine, legislation and national jurisprudence.

Keywords: Medical-sanitary act, health professionals, legal responsibility, *Lex artis ad hoc*.

INTRODUCCIÓN

En el ámbito legal no existe un consenso unánime que defina el acto médico-sanitario, sino una multiplicidad de acepciones. Esta polisemia complica su estudio, pero también torna ambiguo o vago su concepto al momento de analizar la responsabilidad de los profesionales de la salud que intervienen en él. Por lo anterior, este artículo tiene por objetivo caracterizar dicho acto, y a partir de sus características y elementos derivar un estudio tipológico de las responsabilidades en las que podría incurrir un profesional de la salud.

ACTO MÉDICO-SANITARIO

El acto médico-sanitario ha sido abordado por diversos autores, entre los que destacan Gisbert, Caballero y Casa Madrid; no obstante, los contenidos, elementos y sujetos propuestos para dicho concepto no cristalizan la riqueza de la realidad legislativa y jurisprudencial. En virtud de lo anterior proponemos la siguiente definición:

El acto médico-sanitario es la actividad realizada por los profesionales de la salud, ya sea de las ciencias de la salud (medicina, enfermería, odontología, nutrición, etc.) o de las ciencias de la vida (biología, genética, química, etc.) cuya acción incide directa o indirectamente en la preservación de la salud individual o colectiva, así como en la curación de la enfermedad individual o colectiva.

Esta definición especifica el tipo de ciencias ejercidas por los profesionales de la salud y comprende tanto la salud individual como la colectiva a la cual irán direccionadas de forma específica los actos sanitarios como son: el control, registro y verificación de medicamentos; los controles sanitarios impuestos en zonas fronterizas a personas, plantas y animales; la inspección de la salud de ciertos trabajadores para la obtención del permiso sanitario, entre otras.

El acto médico-sanitario dentro del actual Sistema Nacional de Salud no constituye una unidad, sino que se diferencia en dos actos, a saber:

- Los actos de atención médica que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud pudiendo ser de

prevención, curación y rehabilitación [Artículos 32 y 33 de la Ley General de Salud (LGS), así como 8 y 9 de su Reglamento de la Ley General de Salud (RLGS)].^{1,2}

- Este acto en el sector público, privado o social precisa de los siguientes requisitos: a) la profesionalidad del sujeto, b) la ejecución típica estandarizada del acto médico, c) la licitud en el objeto del acto, y d) la forma consensual de la relación.³
- Los actos de control sanitario, a diferencia de los anteriores, inciden en la salud colectiva de la población general y consisten en verificar la calidad de alimentos, bebidas, medicamentos, equipos médicos, plaguicidas, entre otros (Artículo 194 de la LGS).¹

Dichas acciones en su mayoría son ordenadas y ejecutadas por servidores públicos, por ello adquieren la calidad de actos administrativos. En virtud de lo anterior, los requisitos cambian y son: buscar el interés público, ser expedido por órgano o servidor público competente, estar fundado y motivado, que no medie error, dolo o violencia, entre otros.

Cuando en alguno de los actos no se cumple con alguno de los requisitos surge la responsabilidad jurídica para el profesional de la salud, como a continuación explicaremos.

LA RESPONSABILIDAD JURÍDICA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

La responsabilidad jurídica surge en el momento en que una obligación deja de ser satisfecha, o bien lo es, pero de forma distinta a lo establecido por la ley o a lo acordado en un contrato. En ambos casos se trata de una violación o incumplimiento, y por ello, el autor del acto debe ser sancionado a efecto de resarcir el daño o el perjuicio causado. Para el caso de los profesionales de la salud dicha responsabilidad surge cuando se incumple alguno de los requisitos del acto médico, como a continuación explicaremos.

La profesionalidad

El artículo 5º Constitucional establece el derecho fundamental del ejercicio de la profesión, industria, comercio o trabajo limitándolo a la licitud. La LGS

en su Título Cuarto: Recursos Humanos para los Servicios de Salud establece los requisitos para el ejercicio profesional:

- Los profesiones de la salud (medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas) precisan para su ejercicio la autorización del estado mediante la emisión de cédula respectiva y la acreditación de la realización de los estudios pertinentes mediante título universitario, o bien mediante certificado de especialización.
- Los técnicos y auxiliares de la salud precisan de un diploma que avale los conocimientos específicos (ya sea en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, enfermería, laboratorio clínico, radiología, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, prótesis y órtesis, trabajo social, nutrición, citotecnología, patología, bioestadística, codificación clínica, bioterios, farmacia, saneamiento, histopatología y embalsamamiento y sus ramas).

Por tanto, en el campo de la salud existen: profesionales de la salud, técnicos de la salud y auxiliares de la salud.

La ejecución típica estandarizada

El profesional de la salud en su práctica profesional debe observar los principios de conocimiento científico, los principios éticos y las normas jurídicas que resulten aplicables al caso concreto. Dichos principios a los que hace referencia la LGS y el RLGs se denominan *Lex artis ad hoc*, e implican el «conjunto de reglas para el ejercicio de la medicina contenidas en la literatura universalmente aceptada, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo». ⁴ Por otra parte, el Poder Judicial de la Nación ha establecido los siguientes sentidos y elementos para la *Lex artis*:

- La «*Lex artis médica*» o «estado del arte médico», es el conjunto de normas o criterios valorativos que el médico, en posesión de conocimientos, habilidades y destrezas, debe aplicar diligentemente en la situación. ⁵

- La *Lex artis ad hoc*, es «Aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina-ciencia o arte médico que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos —estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria—, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado». ⁶

Por lo anterior, a la *Lex artis médica* o *Lex artis ad hoc*, se integra no sólo de principios científicos y éticos que determinan el acto médico y las buenas prácticas de los profesionales de la salud, sino también se compondrá necesariamente de las normas jurídicas y de las disposiciones administrativas aplicables al lugar en donde se realice la actividad, aunadas a las normas y políticas internacionales en materia de sanidad internacional. Cabe destacar que lo contrario de la *Lex artis ad hoc* es la mala praxis que origina la responsabilidad profesional.

La licitud

Un ejercicio profesional de la salud lícito es aquél que cumple con cada una de las disposiciones jurídicas aplicables al caso concreto, ya sean locales, regionales, nacionales o internacionales. Lo anterior no se restringe a las obligaciones inherentes al ejercicio de la profesión como es la exhibición de la cédula o título, sino que se extiende a otras obligaciones dependiendo la naturaleza del servicio de salud como las autorizaciones sanitarias en sus diversas modalidades, licencias, permisos, registros o tarjetas de control sanitario.

La forma consensual

El acto consensual en salud es aquél en que las partes exteriorizan su voluntad para consentir la realización del acto médico en cuestión. Dicha

manifestación puede ser tácita cuando de los hechos se deduce o se presume la aceptación del acto; por ejemplo, al acudir con un médico para la emisión de un certificado y nos colocamos en la báscula para iniciar el examen, se presume nuestro consentimiento con el profesional de la salud, o cuando vamos a una clínica a realizarnos una química sanguínea y descubrimos nuestro brazo, igualmente se deduce nuestro consentimiento con el técnico o auxiliar de la salud.

Por otra parte, existen ciertos actos médicos en los que la manifestación de voluntad necesita ser expresa y constar por escrito, como el ingreso hospitalario, procedimientos de cirugía mayor, procedimientos que impliquen anestesia regional o general, salpingoclasia y vasectomía, donación de órganos, tejidos y trasplantes, investigación clínica en seres humanos, necropsia hospitalaria, procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo y cualquier procedimiento que entrañe mutilación. Lo anterior de acuerdo a diversas disposiciones de la LG) y la norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012 que regulan el consentimiento válidamente informado.⁷

En México, la responsabilidad profesional tiene diversas materias que pueden ser coincidentes para un mismo caso médico; por ejemplo, una mala praxis en un servicio público como podría ser dejar material quirúrgico en una herida puede dar origen a responsabilidad penal, civil y administrativa, ello se debe a que cada rama del derecho protege objetos jurídicos diversos a través de diferentes autoridades y procesos. A continuación analizaremos cada uno de estos tipos de responsabilidades.

TIPOLOGÍA DE LA RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

En México, para acreditar la existencia de la responsabilidad, ante el árbitro, conciliador o juzgador, deberá probarse el nexo causal entre el actuar del profesional de la salud y la afectación, daño o perjuicio sufrido.⁸ Este argumento se puede generalizar para todas las ramas del derecho, pues en cada una de ellas, la responsabilidad del profesional, técnico o auxiliar de la salud debe ser el vínculo que enlace necesariamente un hecho pesado (antecedente) a uno actual o futuro (consecuente). Las principales

ramas en las que incide la praxis médica son las siguientes:

Responsabilidad civil

En el derecho civil existen tres figuras relacionadas a la mala praxis de los profesionales de salud; de acuerdo al artículo 2615 del Código Civil Federal (CCF): «El que preste servicios profesionales sólo es responsable hacia las personas a quienes sirve, por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de las penas que merezca en caso de delito».⁹ Precepto jurídico que fue interpretado por la magistrada Sánchez Cordero de la siguiente forma:¹⁰

- Impericia: refiere la falta de conocimiento científico o técnico (ignorancia) atribuido al profesional de la salud; así como la carencia de una práctica suficiente (inexperiencia).
- Negligencia: refiere que el acto médico-sanitario realizado por el profesional no fue ejecutado de conformidad al conocimiento científico, ético y jurídico que posee el propio profesional. Es decir, que, a pesar de tener dicho conocimiento, obra contrariamente.
- Imprudencia: refiere cuando el acto médico-sanitario es realizado sin tomar las debidas precauciones de los posibles resultados. Implica, por tanto, una acción precipitada, pues carece de reflexión y del deber de cuidado (previsión de un resultado previsible).

La responsabilidad civil existirá al momento en que se acredite un daño (ya sea moral o patrimonial) y/o perjuicio; y su finalidad es lograr la reparación económica. Asimismo, dicha responsabilidad podrá tener dos fuentes u orígenes:

- La contractual, en la que paciente o enfermo y profesional de la salud transigen, consiente y libremente, celebrando un acto jurídico en el que se manifiesta el acuerdo de voluntades sobre el objeto de la atención médica y el precio (acto jurídico).
- La extracontractual implica un hecho jurídico en el que el profesional de la salud, por circunstancias ajenas a su voluntad, presta sus servicios al enfermo. En este caso, será responsable de los daños que pudiera ocasionar su actuar.

Cabe destacar que para el caso en que el acto complejo involucre una pluralidad de sujetos realizadores del acto médico-sanitario, se tendrá en consideración la *Res ipsa loquitur*¹¹ o «la cosa habla por sí misma», la prueba *prima facie* o la prueba virtual; es decir, la acción del profesional, el perjuicio del enfermo y el nexo causal entre ambas pueden ser probados mediante presunciones generadas por indicios.¹²

Responsabilidad administrativa

Desde el derecho administrativo el profesional de la salud será sujeto de responsabilidad cuando éste desempeñe sus servicios como servidor público; es decir, cuando desempeñe un empleo de cualquier naturaleza para el Estado. Al ser la institución y el profesional de la salud parte del organigrama del Estado, la responsabilidad puede recaer en el profesional de la salud, denominada responsabilidad administrativa del servidor público, o bien recaer en el Estado y se denomina responsabilidad patrimonial del Estado.

Avocándonos al primer tipo, el Poder judicial ha establecido las particularidades de la responsabilidad administrativa de los servidores públicos que laboren en las instituciones de salud pública,¹³ para lo cual ha abordado la regularidad del servicio público en salud mediante dos hipótesis que a continuación mencionamos:

- El servicio debe cumplir con cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público [Artículos 6 y 7 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas (LGRA)].¹⁴
- La regularidad del servicio público puede comprenderse como el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud; pudiendo ser preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas; e imponen a los médicos especialistas en las instituciones de segundo y tercer nivel, entre otras, la obligación de garantizar que se brinden los cuidados básicos o tratamiento al paciente en todo momento, así como respetar y aplicar todas y cada una de las medidas y procedimientos para los casos que señala la propia ley (Artículos 15, 32, 33 y 166 Bis 15 de la LGS).

El Estado, además de indemnizar al gobernado afectado, también sancionará al servidor público responsable de la irregularidad del servicio, cuyas sanciones dependerán de la gravedad y reincidencia de la falta administrativa, y son la amonestación pública o privada, la suspensión del empleo, la destitución del empleo, la sanción económica y la inhabilitación temporal (artículos 75 y 78 de la LGRA).

Lo anterior por cuanto hace a la relación entre servidor público (profesional de salud) y gobernado (paciente-enfermo); ahora analizaremos la responsabilidad administrativa en el momento en que el servicio público es subrogado a efecto de que un particular ofrezca la atención médica. En este sentido, el Estado realiza actos control, de inspección y verificación en relación al servicio público subrogado, revisando tanto los establecimientos como los servicios; en caso de incumplimiento normativo, el particular recibirá una sanción administrativa consistente en multa, clausura y/o suspensión de las actividades. Asimismo, el Estado verifica consultorios, clínicas y hospitales privados con el mismo fin de vigilar el cumplimiento de las normas jurídicas.

Responsabilidad penal

El profesional de la salud desde el Derecho Penal implica no sólo a los enfermeros, médicos, laboratoristas, odontólogos, nutriólogos, entre otros, sino también se hace extensible hacia las instituciones, técnicos o auxiliares de la disciplina de salud. El Código Penal Federal (CPF) contempla ambos casos de responsabilidad profesional en los artículos artículo 228 y 230, respectivamente, que a la letra establecen:¹⁵

Artículo 228.- Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre ejercicio profesional, en su caso:

- I. Además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia; y

II. Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquéllos.

Artículo 230.- Se impondrá prisión de tres meses a dos años, hasta cien días multas y suspensión de tres meses a un año a juicio del juzgador, a los directores, encargados o administradores de cualquier centro de salud, cuando incurran en alguno de los casos siguientes:

- I. Impedir la salida de un paciente, cuando éste o sus familiares lo soliciten, aduciendo adeudos de cualquier índole;
- II. Retener sin necesidad a un recién nacido, por los motivos a que se refiere la parte final de la fracción anterior;
- III. Retardar o negar por cualquier motivo la entrega de un cadáver, excepto cuando se requiera orden de autoridad competente.

Los delitos que se suelen relacionar con la práctica profesional de la salud, de acuerdo con el del CPF, son los siguientes: revelación de secretos (210), usurpación de funciones públicas o de profesión (250), lesiones (288), homicidio (302), aborto (329), abandono de persona (335), falsificación de documentos (243), fraude (386), delitos contra la salud (193), violación de las leyes sobre inhumaciones y exhumaciones (280), entre otros. De esta forma, a las sanciones previstas para la responsabilidad profesional (multa, suspensión temporal o definitiva de la profesión y/o pena privativa de la libertad) se suman las respectivas que corresponde a los delitos consumados como la de prisión para homicidio.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Revista CONAMED la existencia de un foro de discusión de temas de actualidad relacionados al derecho sanitario y derechos humanos, así como el apoyo de la Universidad de la Sierra Sur y al gobierno de Oaxaca.

BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaría de Salud. Ley General de Salud: Diario Oficial de la Federación- 07-02-1984. Texto vigente. Última reforma publicada en México: Diario Oficial de la Federación 12-07-2018; [Acceso 23/11/2018]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo11037.pdf>.
2. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica: Diario Oficial de la Federación; 14-05-1986. Texto vigente. Última reforma publicada en: México: Diario Oficial de la Federación 19-12-2016; [Acceso 23/11/2018]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo88536.pdf>.
3. Montes de Oca AR. Acto médico y responsabilidad profesional: reflexiones en torno a las diferencias entre las jurisdicciones mexicana y estadounidense. Disponible en: <https://www.scjn.gob.mx/Transparencia/Lists/Becarios/Attachments/192/RODRIGO%20MONTES%20DE%20OCA.pdf>, p.18.
4. Mariñelarena JL. Responsabilidad profesional médica. Rev CONAMED. 2011; 33 (2): 160-163.
5. Época: Décima Época. Registro: 2004786. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Tipo de Tesis: Aislada. Fuente: Semanario Judicial de la Federación. Libro XXV, Tomo 3, Octubre de 2013. Materia(s): Administrativa. Página: 1891. Responsabilidad profesional médica; [Acceso 01/02/2019]. Disponible en: https://sjf.scjn.gob.mx/sjfsist/paginas/DetalleGeneralV2.aspx?Epoca=1e3e1000000000&Apendice=1000000000000&Expresion=2004786&Dominio=Rubro,Texto&TA_TJ=2&Orden=1&Clase=DetalleTesisBL&NumTE=1&Epp=20&Desde=-100&Hasta=-100&Index=0&InstanciasSeleccionadas=6,1,2,50,7&ID=2004786&Hit=1&IDs=2004786&tipoTesis=&Semanario=0&tabla=&Referencia=&Tema=.
6. Época: Décima Época. Registro: 2004722. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Tipo de Tesis: Aislada. Fuente: Semanario Judicial de la Federación. Libro XXV, Tomo 3, Octubre de 2013. Materia(s): Administrativa. Página: 1819. *Lex artis ad hoc*; [Acceso 01/02/2019]. Disponible en: https://sjf.scjn.gob.mx/sjfsist/paginas/DetalleGeneralV2.aspx?Epoca=1e3e100000000000&Apendice=1000000000000&Expresion=2004722&Dominio=Rubro,Texto&TA_TJ=2&Orden=1&Clase=DetalleTesisBL&NumTE=1&Epp=20&Desde=-100&Hasta=-100&Index=0&InstanciasSeleccionadas=6,1,2,50,7&ID=2004722&Hit=1&IDs=2004722&tipoTesis=&Semanario=0&tabla=&Referencia=&Tema=.
7. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico. México: Diario Oficial de la Federación; 29-06-2012; [Acceso 23/11/2018]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787.
8. Época: Novena Época. Registro: 174860. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Tipo de Tesis: Aislada. Fuente: Semanario Judicial de la Federación. Tomo XXIII, Junio de 2006. Materia(s): Civil. Página: 1200. Prestación de servicios médicos responsabilidad contractual; [Acceso 01/02/2019]. Disponible en: <https://sjf.scjn.gob.mx/sjfsist/paginas/>

- DetalleGeneralV2.aspx?Epoca=1e3e10000000000&Apendice=1000000000000&Expresion=174860&Dominio=Rubro,Texto&TA_TJ=2&Orden=1&Clase=DetalleTesisBL&NumTE=1&Epp=20&Desde=-100&Hasta=-100&Index=0&InstanciasSeleccionadas=6,1,2,50,7&ID=174860&Hit=1&IDs=174860&tipoTesis=&Semanao=0&tabla=&Referencia=&Tema=.
9. Código Civil Federal. Diario Oficial de la Federación; 26-05-1928. Texto vigente. Última reforma publicada en: México: Diario Oficial de la Federación 09-03-2018; [Acceso 23/11/2018]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo17186.pdf>.
 10. Sánchez-Cordero OM. La responsabilidad profesional de los prestadores del servicio médico. Marco jurídico para la solución de controversias en la legislación mexicana. Medicina Universitaria. 2001; 3 (1): 97-105.
 11. Montoya-Pérez MC. Responsabilidad civil médica. En: Domínguez-Martínez JA, Sánchez-Barroso JA coordinadores. Homenaje al maestro José Barroso Figueroa. UNAM-IIJ, México; 2014. pp. 195-216.
 12. Época: Décima Época. Registro: 160353. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Tipo de Tesis: Aislada. Fuente: Semanario Judicial de la Federación. Libro IV, Tomo 5, Enero de 2012. Materia(s): Civil. Página: 4606. Responsabilidad civil médica; [Acceso 01/02/2019]. Disponible en: https://sjf.scjn.gob.mx/sjfsist/paginas/DetalleGeneralV2.aspx?Epoca=1e3e100000000000&Apendice=1000000000000&Expresion=160353&Dominio=Rubro,Texto&TA_TJ=2&Orden=1&Clase=DetalleTesisBL&NumTE=1&Epp=20&Desde=-100&Hasta=-100&Index=0&InstanciasSeleccionadas=6,1,2,50,7&ID=2012487&Hit=1&IDs=2012487&tipoTesis=&Semanao=0&tabla=&Referencia=&Tema=.
 13. Época: Décima Época. Registro: 2012487. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Tipo de Tesis: Aislada. Fuente: Semanario Judicial de la Federación. Libro 34, Tomo IV, Septiembre de 2016. Materia(s): Administrativa. Página: 2955. Responsabilidad administrativa de los servidores públicos que laboran en las instituciones públicas de salud; [Acceso 01/02/2019]. Disponible en: https://sjf.scjn.gob.mx/sjfsist/paginas/DetalleGeneralV2.aspx?Epoca=1e3e100000000000&Apendice=1000000000000&Expresion=2012487&Dominio=Rubro,Texto&TA_TJ=2&Orden=1&Clase=DetalleTesisBL&NumTE=1&Epp=20&Desde=-100&Hasta=-100&Index=0&InstanciasSeleccionadas=6,1,2,50,7&ID=2012487&Hit=1&IDs=2012487&tipoTesis=&Semanao=0&tabla=&Referencia=&Tema=.
 14. Ley General de Responsabilidades Administrativas. Diario Oficial de la Federación; 18-07-2016. Texto vigente. Última reforma publicada en: México: Diario Oficial de la Federación 18-07-2016; [Acceso 23/11/2018]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo114654.pdf>.
 15. Código Penal Federal. Diario Oficial de la Federación; 14-08-1921. Texto vigente. Última reforma publicada en: México: Diario Oficial de la Federación 21-06-2018; [Acceso 23/11/2018]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo83048.pdf>.

Disponibilidad-acceso a los servicios de especialidades médicas en Ocotlán, Jalisco, un derecho humano remoto

Availability-access to the services of medical specialties in Ocotlan, Jalisco a remote human right

Alma Jéssica Velázquez Gallardo*

RESUMEN

El derecho de protección a la salud incluye la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, ante ello el Sistema de Salud en México ha hecho esfuerzos para tener cobertura universal en salud; sin embargo, es una tarea complicada. En el caso particular del municipio de Ocotlán, Jalisco, es cabecera de zona metropolitana y tiene alrededor de 100 mil habitantes y tan sólo cuenta en promedio con 1.2 médicos especialistas en el sector salud pública por cada mil habitantes, la mitad del promedio de lo que se tiene en el país, además de no contar con especialidades necesarias para la población, lo que deviene en carencia de disponibilidad y por supuesto de accesibilidad en general a los servicios de especialidades médicas en el municipio.

Palabras clave: Disponibilidad, acceso, servicios de salud, derecho humano.

ABSTRACT

The right to protection of health includes availability, accessibility, acceptability and quality, because that the Health System in Mexico has made efforts to have universal health coverage, however it is a complicated task. In the particular case of the municipality of Ocotlán, Jalisco, is the capital of the metropolitan area and has about one hundred thousand inhabitants and only has on average 1.2 medical specialists in the public health sector per thousand inhabitants, half of the average of what is in the country, in addition to not have specialties necessary for the population, which results in lack of availability and, of course, accessibility in general to the services of medical specialties in the municipality.

Keywords: Availability, access, health services, human right.

* Profesor docente de tiempo completo del Departamento de Justicia y Derecho del Centro Universitario de la Ciénega de la Universidad de Guadalajara. Doctorado en Investigación en Medicina, Universidad de Oviedo, España.

Correspondencia: AJVG, jvelazquez@cuci.udg.mx

Conflicto de intereses: La autora declara que no tiene.

Citar como: Velázquez GAJ. *Disponibilidad-acceso a los servicios de especialidades médicas en Ocotlán, Jalisco un derecho humano remoto.* Rev CONAMED 2019; 24(supl. 1): s47-s52.

Financiamiento: Apoyo a la Reincorporación de Ex-becarios PROMEP, con número de oficio DSA/103.5/16/10280 de fecha 11 de agosto de 2016. Del Programa para el Desarrollo Profesional Docente, para el tipo Superior, de la Dirección de superación académica de la Subsecretaría de Educación Superior de la SEP.

Recibido: 30/10/2018.

Aceptado: 25/06/2019.

www.medigraphic.org.mx

1. OBLIGACIÓN DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE MÉXICO Y LA COBERTURA UNIVERSAL

El derecho humano de protección a la salud es indiscutible, se encuentra previsto tanto en nuestra máxima norma del país (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos) en su artículo 4º cuarto párrafo, así como en diversos instrumentos internacionales que México ha suscrito, tanto en la Declaración Universal de Derechos Humanos (Artículo 25), Declaración Americana de los Derechos y los Deberes del Hombre (Artículo XI), el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Artículo 12), así como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Objetivo 3), instrumentos que a la luz del artículo 1º de la propia carta magna, son considerados como derecho interno al darle la amplitud a los derechos humanos, y con ello podemos afirmar que los instrumentos señalados con anterioridad aplican para la garantía del derecho a la protección de la salud en el país.

En particular el Pacto de los Derechos Económicos Sociales y Culturales, que entró en vigor para México en el año 1983, establece en su artículo 12 el reconocimiento del derecho de toda persona de disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, y como todo derecho social se obliga a los Estados parte a adoptar las medidas necesarias para lograrlo y particularmente se menciona entre otras, la siguiente: *d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.*¹

Si a ello le sumamos la obligación derivada del pacto de los Estados integrantes de la ONU, quienes suscribieron los objetivos de desarrollo sostenible, en su artículo 3º denominado Salud y Bienestar señala: *«El objetivo es lograr una cobertura universal de salud y facilitar medicamentos y vacunas seguras y asequibles para todos...».*² Por lo tanto, la obligación que surge de los textos en los instrumentos internacionales antes citados, así como de las leyes de la materia, es que en México todos tengan asistencia médica, esto significa que se debe contar con cobertura universal y que los servicios médicos sean eficaces, oportunos y de calidad, lo que hoy en día todavía es una utopía en nuestro país. De acuerdo con la

definición que nos da el CONEVAL[‡] sobre el tema, habrá carencia por acceso a los servicios de salud cuando alguien *«no cuenta con afiliación, adscripción, o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta o los servicios médicos privados».*³

Según datos del CONEVAL, la carencia de acceso a los servicios de salud ha ido disminuyendo, en el año 2016, 15.5% de la población (19.1 millones de personas) aún carecía de acceso a estos servicios.⁴ Como podemos observar de los datos del CONEVAL ya citados, aun cuando el Seguro Popular⁵ ha pretendido ser el canal por el cual se diera la cobertura universal en salud, ésta aún no se logra. El propio organismo establece que otro indicador complementario al de cobertura, es el acceso y uso efectivo a los servicios de salud que se entiende como *«la posibilidad de obtener atención en salud cuando se requiere independiente de características como el ingreso, lugar de residencia, la condición laboral o la pertenencia a un grupo étnico o minoría».*³

El acceso efectivo es otro indicador que establece que se debe tener afiliación y recibir el servicio cuando se necesita y sin que se presenten barreras.

2. LA ACCESIBILIDAD Y LA DISPONIBILIDAD

El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, al emitir la Observación General número 14, de fecha 11 de agosto de 2000, define los conceptos de disponibilidad y accesibilidad de la siguiente forma:

La disponibilidad entraña: *«Contar con un número suficiente de establecimientos bienes y servicios públicos de salud y centros de atención en salud»* que los mismos incluyan *«...hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado...».*⁵

Mientras que respecto a la accesibilidad significa que: *«Los establecimientos, bienes y servicios*

[‡] Las siglas CONEVAL significan: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

⁵ «Seguro Popular» es el nombre más conocido del Sistema de Protección Social en Salud.

*de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna».*⁵

En dicha observación se obliga a todos a proporcionar el acceso equitativo en salud, que al decir de Fajardo y colaboradores, aún sigue siendo uno de los aspectos en los que a México le afectan, en razón de, factores económicos, geográficos, étnicos, culturales, sociales, laborales y de regulación.⁶

El acceso y uso efectivo a la salud se refiere a la posibilidad de obtener atención en salud cuando se requiere y que ésta sea independiente de características como el ingreso, el lugar de residencia, la condición laboral o la pertenencia a un grupo étnico o minoría.³ En el mismo sentido señala Vargas, que tener acceso a la atención efectiva y apropiada se debe no sólo entrar al sistema sino que los individuos sean capaces de conseguir la atención necesaria una vez dentro del mismo.⁷

En las instancias de salud disponibles y a los que están afiliados los ciudadanos, aun cuando no se les niega el servicio, éste es programado para un tiempo largo, lo que implica que el paciente opta por la medicina privada y realizar gastos que a la postre resultan catastróficos. Según el CONEVAL, *la afiliación a un sistema de salud no asegura que se esté recibiendo el servicio, y que, en su caso, éste sea de calidad y resolutive.*³

Además de que el acceso efectivo debe medirse en resultados, según Fajardo y colaboradores, es a través del cumplimiento de metas ya sea que éstas se basen en la satisfacción de los usuarios o de los prestadores del servicio o en su defecto, acorde a las necesidades de la población, del perfil epidemiológico o de la incidencia.⁶

El efecto primordial que debe medirse son justo los indicadores de los que habla Fajardo y colaboradores, ya que acorde a las necesidades de la población, ésta podrá medirse con el hecho de no sólo ser afiliado o protegido financieramente hablando a los servicios de salud, sino que además éstos sean los necesarios para resolver la enfermedad, independientemente si el tiempo es corto o prolongado, implica que los servicios sean oportunos. Esto es dar la atención cuando se requiere con equidad y calidad.

Cuántas ocasiones los afiliados al IMSS o a cualquier otra institución, se han quejado de que la atención médica no es oportuna ni eficaz, no

atiende a la necesidad de salud presentada y ante tal escenario se busca en esa o en cualquier otra ocasión la atención del sector privado, lo que conlleva gastos que debieron ser innecesarios. Con lo que se realiza un gasto en salud que genera empobrecimiento en los hogares.

3. EL ACCESO A ESPECIALIDADES EN OCOTLÁN, JALISCO

Una especialidad, conforme lo señala la Real Academia Española, *«es la rama sobre la cual poseen saberes o habilidades muy precisos quienes la cultivan».*⁸ Aplicado a la medicina implica prácticamente lo mismo, las especialidades médicas deben estar acordes al número de demandantes y del perfil epidemiológico del lugar. Según datos del IMSS, en Jalisco se tiene un total de 4,064,648 derechohabientes⁹ de 8,197,483 habitantes,¹⁰ esto es, la mitad de la población es atendida por el IMSS en la entidad.

Según datos proporcionados por el IMSS, las especialidades con las que cuenta el IMSS Jalisco son de 43 tipos, mientras que en el municipio de Ocotlán, Jalisco, sólo se tienen 15 de ellas.⁹

En dicho municipio se cuenta con una población de: 99,461 habitantes en el 2015 según la encuesta intercensal¹¹ y cuenta con servicios médicos públicos, en primer término los que ofrece el IMSS y el ISSSTE a sus afiliados y por otro lado los que ofrecen por parte de la Secretaría de Salud, que son los servicios del Seguro Popular.

Del total de la población de Ocotlán, 86,572 de ellos son la población adscrita a las dos unidades del IMSS que existen en Ocotlán; 53,598 para la unidad de primer nivel y 33,774 en el segundo nivel.⁹ Lo que nos da un porcentaje aproximado del 87% en la cobertura de los servicios médicos de la población del municipio por este organismo. Siendo las unidades del IMSS, las que absorben la atención médica en el municipio y sus alrededores, ya que no existe ningún otro hospital de segundo nivel a excepción del Hospital Regional de La Barca, Jalisco, que por su situación geográfica abarca servicios para otras localidades del propio estado de Jalisco y las especialidades con que cuenta son las básicas.

Las especialidades médicas con que se cuentan en el IMSS-Ocotlán están descritas en la *Tabla 1*.

Tabla 1: Especialidades médicas y médicos especialistas con que se cuenta en el IMSS de Ocotlán, Jalisco.

Unidad	Especialidad	Número de especialistas
HGZ/MF 06 Ocotlán	Anestesiología	9
	Cirugía General	7
	Ginecología y Obstetricia	10
	Medicina Física y Rehabilitación	1
	Medicina Familiar	14
	Medicina Interna	9
	Oftalmología	2
	Otorrinolaringología	2
	Pediatría Médica	10
	Radiodiagnóstico	2
	Salud Comunitaria	1
	Salud en el Trabajo	1
	Traumatología y Ortopedia	6
	Urgencias	9
	Urología	1
UMF número 169	Medicina familiar	10
Total		94

Abreviaturas: HGZ = Hospital General de Zona; MF = Medicina Familiar; UMF = Unidad de Medicina Familiar.

Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por el IMSS, vía solicitud de transparencia.

Con un total de 15 especialidades y 94 médicos especialistas que trabajan por la salud de 86,572 derechohabientes, lo que implica que se atienden 920 derechohabientes por cada médico especialista, cuando el promedio establecido para México como país según datos de la OCDE^{II} es de 2.4 médicos por cada mil,¹² en el caso concreto estaríamos hablando de 1.2 médicos por cada mil habitantes en Ocotlán, Jalisco, es decir, alrededor de la mitad de los que tiene en promedio en México; más aún

si nos vamos al promedio de los países que pertenecen a la OCDE el promedio es 3.4,¹² es decir, en Ocotlán es prácticamente dos veces menos que el ya mencionado.

La propia jurisprudencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido que México como Estado tiene obligaciones de hacer respecto al derecho a la salud, de cumplimiento inmediato y progresivo, esta última consistente en lograr su pleno ejercicio por todos los medios apropiados y de no hacerlo se configuraría una violación directa a las obligaciones del Pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, cuando no se adopten las medidas apropiadas para dar plena efectividad al derecho a la salud.¹³

En el caso a estudio cuando se tiene una población de casi 100 mil habitantes no se puede decir que haya total disponibilidad ni total acceso a los servicios de salud en proporción al número de médicos especializados con los que se cuenta. Lo que ha implicado la migración a la medicina particular, propiciando gastos que no pueden absorberse por las personas y en consecuencia implica, en algunos casos, el empobrecimiento de los hogares, lo que está muy distante de las obligaciones que el Estado Mexicano ha asumido y a lo que está obligado de conformidad con la Constitución y los instrumentos internacionales que ya se han referido en este trabajo.

Mientras que en lo concerniente a la disponibilidad, encontramos dos situaciones que permiten afirmar que no hay toda la disponibilidad que se requiere en Ocotlán; por un lado en razón de que son pocos los médicos especialistas que trabajan en los servicios de salud y están rebasados, y por el otro en virtud de que no existen algunas especialidades en los servicios del IMSS tales como: Cardiología, Nefrología, Psiquiatría, Reumatología, Geriatria, Dermatología, Oncología, por citar algunas que son requeridas en este municipio.

En la primera situación en la que existen las especialidades y por ende los médicos especialistas, su número está muy por debajo de lo requerido, por lo que se vuelve indispensable incrementar el número de médicos especialistas en función del número de derechohabientes. En la actualidad, el personal médico del IMSS-Ocotlán, cubre la atención médica necesaria llegando a realizar hasta 30 consultas diarias con las que cubre el indicador

^{II} OCDE, son las siglas de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

promedio que establece para ellos el propio instituto que son 20; por lo cual, existe una sobrecarga de 10 consultas más por médico al día, además de que derivan a otros pacientes al turno nocturno para su atención.

En tanto que en la segunda situación que se presenta, respecto a las especialidades de las que se carece en el IMSS, son afecciones que se tienen en el municipio y no se tiene a los especialistas, por lo que son derivados a los médicos internistas o subrogan el servicio de especialidad con la medicina privada del lugar o los remiten al Hospital General Regional número 180 del propio IMSS, ubicado en Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco, que en automóvil el tiempo de traslado es de una hora con 40 minutos.¹⁴

Lo anterior le implica al derechohabiente otras barreras muy importantes y éstas son de acceso físico y económico, así como la inversión de tiempo, lo que propicia ausentismo laboral, ya que los pacientes deben trasladarse en autobús del Hospital General de Zona número 06 de Ocotlán al Hospital Regional 180, esperar su hora de consulta programada o en su defecto para la realización de algún estudio o examen especializado y regresar a Ocotlán, lo que implica a los pacientes un día destinado exclusivamente a ello; tal y como se sugiere por los autores citados, no es una cobertura o un acceso efectivo, en razón de lo cual, aun cuando una persona esté afiliada (en este caso al IMSS) no recibe los servicios a los que tienen derecho por la inexistencia en el servicio específico o en su caso se advierten las barreras en el acceso, físico y económico. Aunado a ello, es sumamente necesario el crecimiento del hospital en infraestructura física y en recursos humanos suficientes para dar una atención oportuna, eficaz y de calidad para colmar el derecho a la protección de la salud de la población de Ocotlán, Jalisco, ya que incluso cuando el personal médico hace todo lo necesario para dar atención a todos los derechohabientes, la sobrecarga es notoria y por ende es indispensable la contratación de más personal médico especializado.

CONCLUSIONES

Existe poca disponibilidad de los servicios de salud en materia de especialidades médicas en Ocotlán,

Jalisco, ya que no hay servicios de algunas de ellas que se requieren en el municipio o habiéndolas no hay el número suficiente de médicos especialistas, por lo que se subrogan los servicios privados o de otra unidad del IMSS, esto le implica al paciente barreras en el acceso efectivo y con ello se violenta el derecho a la protección de la salud y se incumple el derecho a recibir servicios oportunos y de calidad, trastocando las obligaciones de servicios de salud suficientes, eficaces, oportunos y de calidad a los que México se encuentra obligado como país y estado, parte de conformidad a los instrumentos internacionales firmados por éste, sin dejar de lado el esfuerzo que se realiza por el personal del IMSS para cumplir sus obligaciones. Por lo que el derecho de los ciudadanos de Ocotlán a este tipo de servicios que se traducen en derecho humano a la protección de la salud, no se colma en su totalidad y con ello este derecho se presenta como un derecho remoto, situación que se podría reflejar en diversas ciudades medias en nuestro país.

AGRADECIMIENTOS

A mi *alma mater*, la Universidad de Guadalajara, por la oportunidad de enseñar.

BIBLIOGRAFÍA

1. ONU. Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Internet]. 1976 [citado 8 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>.
2. ONU. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. 2016 [citado 20 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>.
3. CONEVAL. Indicadores de Acceso y Uso Efectivo de los Servicios de Salud de afiliados al Seguro Popular [Internet]. 2014 [citado 8 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf>.
4. CONEVAL. Medición de la Pobreza Estados Unidos Mexicanos [Internet]. 2016 [citado 20 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobrezalncio.aspx>.
5. ONU. Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Internet]. 2000 [citado 19 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view=1;El>.

6. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública Méx.* 2015; 57 (2): 180-186.
7. Vargas-Lorenzo I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia [Tesis]. Bellaterra; 2019 [citado 18 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/iv11de1.pdf>.
8. Real Academia Española [Internet]. 2018 [citado 18 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=GWV9FJm>
9. IMSS. Respuesta a solicitud de información vía Infomex Federal. 2018 Mayo.
10. STRATEGOS. Cuenta Jalisco con 8 millones 197 mil 483 habitantes a mitad de 2018 [Internet]. [citado 10 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://iieg.gob.mx/strategos/cuenta-jalisco-con-8-millones-197-mil-483-habitantes-a-mitad-de-2018/>.
11. Instituto de Información Estadística y Geografía del estado de Jalisco. Ocotlán diagnóstico municipal [Internet]. 2018 [citado 9 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://iieg.gob.mx/contenido/Municipios/Ocotlan.pdf>.
12. OCDE. Estadísticas de Salud de la OCDE 2018 [Internet]. 2018 [citado 28 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
13. Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Tesis jurisprudencial número 169316 de la décima época de la segunda sala, libro 12. 2014 noviembre. Tomo I, materia constitucional, página 1192.
14. Google Maps [Internet]. 2018 [citado 8 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.google.com/maps/dir/Ocotl%C3%A1n,+Jalisco/IMSS+Hospital+General+Regional+180>.



Nuestros Servicios



La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), fue creada para que cuentes con una instancia alterna, que contribuya a la solución ágil, imparcial, gratuita y confidencial de algún problema derivado del acto médico. Cuando se presenta una diferencia entre el personal de salud y sus pacientes, la mejor manera de resolverla es acudir con nosotros. Mediante la atención de expertos en quejas médicas y el análisis de los motivos que originan tu inconformidad, se busca siempre encontrar alternativas de solución para evitar acudir a los juzgados.

Desde el punto de vista médico y legal analizaremos el caso, te escucharemos y te apoyaremos en definir la mejor alternativa para la atención de tu queja, ya sea en instituciones públicas, medio privado o de asistencia social.

De manera inicial recibirás:

- Atención personalizada y un servicio que se adecúe a tu caso.
- Información acerca de las diferentes vías o instancias mediante las cuales se puede atender tu petición.
- Asesoría sobre tus derechos y obligaciones como paciente y como prestador de servicios médicos.

Con el fin de que puedas tomar una decisión informada, contamos con los servicios de:

- Orientación
- Asesoría especializada
- Gestión para la atención médica.
- Atención de la queja mediante la conciliación y el arbitraje.



Estamos para ayudarte



GOBIERNO DE
MÉXICO

¿Por qué no recetar ácido acetilsalicílico a menores de 16 años en el consultorio médico general?

Cuando acuda a su consultorio un paciente menor de 16 años por fiebre, dolor de cabeza y/o muscular, primero investigue las causas con una buena historia clínica y exploración física.

Siempre evite prescribir ácido acetilsalicílico debido a que es un factor de riesgo para presentar el síndrome de Reye.

Existen opciones antipiréticas y antiinflamatorias más seguras.



Dolor de cabeza
y/o muscular



Fiebre

Síndrome de Reye

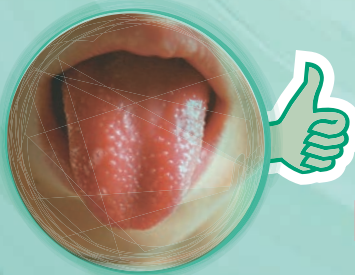
Estudios epidemiológicos encontraron una relación entre el consumo de salicilatos y el desarrollo del síndrome de Reye, lo que llevó a alertas sanitarias con respecto al uso de ácido acetilsalicílico en pacientes pediátricos.

Es una enfermedad grave, que casi siempre afecta a niños que se caracteriza por una encefalopatía acompañada de infiltración grasa, en particular del hígado.

Este síndrome comúnmente se manifiesta días después de la recuperación de una enfermedad viral, en donde el ácido acetilsalicílico fue administrado. Algunos de los virus que propician la presencia de este síndrome son generalmente la influenza A y B, y la varicela.

Solo el pediatra o reumatólogo pediatra prescribe a menores de 16 años este medicamento en los siguientes padecimientos y con la vigilancia estrecha del paciente.

Enfermedad
de Kawasaki



Cardiopatías



Fiebre reumática aguda

Agradecimientos: Dra. Samara Mendieta Zeron, Reumatóloga Pediatra / Dr. Enrique Faugier Fuentes



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO



www.gob.mx/conamed