

El derecho a la salud y la confidencialidad de datos en pacientes vulnerables

The right of health care and confidentiality of the data in vulnerable patients

Daniela Carrasco Zúñiga,* José de Jesús Leija Martínez**

El consentimiento informado es un proceso en el que van implícitos los cuatro principios de la ética médica, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.¹ Uno de los procedimientos de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012² del expediente clínico para solicitar la carta de consentimiento informado por escrito es la investigación clínica en seres humanos; sin embargo, en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud³ en el artículo 17 señala que el acceso al expediente clínico con fines de investigación lo considera un riesgo mínimo y los Comités de Ética en Investigación podrán considerar no solicitar una carta de consentimiento informado. Hernández-Mier y colaboradores⁴ nos presentan cómo los principios éticos de la práctica médica se adaptan actualmente a nuestra legislación respecto a la protección de los datos personales y datos personales sensibles,^{5,6} señalando que el propietario del expediente clínico es la institución de salud o el prestador del servicio de salud que lo generó, pero el titular de los derechos del expediente clínico es el paciente; la información contenida son los datos personales e información sensible, por lo que es el mismo paciente quien debe otorgar la autorización para usar la información con fines de investigación; las instituciones de salud tendrán que regular sus procedimientos para utilizar el expediente clínico con fines de investigación solicitando una carta de consentimiento informado al paciente con el fin de tener acceso a su información.

De acuerdo a las estadísticas nacionales de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT),⁷ el 9.4% de la población de 20 años y más padece diabetes mellitus y dentro de las causas de muerte en el 2017, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI),⁸ la diabetes mellitus ocupa el segundo lugar con 106,525 muertes; por ello, la prevalencia de la queja médica ha estado incrementando en este tipo de enfermedades crónicas no transmisibles, por lo que el personal de salud está cambiando su dinámica en la práctica con una medicina defensiva, solicitando pruebas diagnósticas y procedimientos innecesarios. Velázquez-Tames y colaboradores⁹ reportan estos cambios en la práctica médica que repercuten en la seguridad del paciente y en la calidad de la atención.

La principal causa de muerte en mujeres, de acuerdo al INEGI⁸ en su estadística 2017, son las enfermedades del corazón con 66,337 muertes; de las cuales, 45,064 son debidas a enfermedad isquémica cardiaca representando el 14.6% de todas las causas, el grupo de edad en el que se concentra el mayor número de fallecimientos es en el de 65 y más años con el 75.6%,⁸ pero ¿qué sucede cuando las mujeres que padecen esta enfermedad no tienen acceso a la atención médica?

* Dirección General de Difusión e Investigación.
** Subdirector de Investigación.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

Correspondencia: DCZ, dcarrasco@conamed.gob.mx

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Financiamiento: Ninguno.

Citar como: Carrasco ZD, Leija MJJ. *El derecho a la salud y la confidencialidad de datos en pacientes vulnerables*. Rev CONAMED 2019; 24(2): 55-56.

Recibido: 25/06/2019.

Aceptado: 25/06/2019.

Robles-Montenegro y colaboradores¹⁰ presentan factores que limitan a esta población a recibir atención médica en un hospital de Tercer Nivel de Alta Especialidad en Cardiología y las situaciones de desventaja que agravan su salud y las inequidades que las convierte en un sector vulnerable.

El derecho al acceso a la atención oportuna y apropiada, en salud materna durante el embarazo, parto y puerperio, debería ser considerado una prioridad en el sistema de salud, durante la etapa fértil de la mujer. Pintado-González y colaboradores¹¹ presentan, de manera breve, una revisión sobre las condiciones de atención que se les brinda a las mujeres en esta etapa de su vida y las consecuencias de no recibir una atención adecuada; para finalizar, concluyen con los derechos fundamentales de las mujeres en la prestación de este servicio de salud.

Los trastornos mentales y los trastornos ligados al consumo de sustancias son la principal causa de discapacidad en el mundo y son la causa de cerca del 23% de los años perdidos por discapacidad, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud.¹²

Por lo tanto, las enfermedades mentales actualmente son consideradas un problema de salud pública, en donde no hay una educación médica continua en el primer nivel de atención para la prevención y atención oportuna de este tipo de enfermedades;¹³ de la misma manera, en pacientes psiquiátricos con una enfermedad crónica no se les da ningún tipo de capacitación a los familiares para soportar esta carga familiar, moral, económica y emocional que repercute en la dinámica familiar, social y en la salud pública. Si bien el tratamiento y la reinserción social mejoran cuando una familia comprometida y responsable se implica y acompaña al paciente en el proceso, cuando el paciente no cuenta con una familia estable, que pueda soportar este tipo de enfermedades, ¿qué papel juega el Estado? Gómez-Fröde¹⁴ nos presenta cinco casos clínicos de queja médica de pacientes psiquiátricos y la dinámica y responsabilidad de la familia y qué papel podría tener el Estado en las políticas públicas en el tratamiento y en la reinserción social en pacientes sin un apoyo familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5th ed., 2013. Ney York, N.Y., Oxford, University Press, 1979.
2. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico. México: Diario Oficial de la Federación; 15-10-2012. [Internet]. [Consultado 24 Junio 2019] Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012.
3. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [Internet]. [Consultado 24 Junio 2019] <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
4. Hernández-Mier César. Acceso al expediente clínico en establecimientos de atención médica en México con fines de investigación. Rev CONAMED. 2019; 24 (2):
5. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.; DOF 05-07-2010. Texto vigente; [Internet] [Consultado Abril 2018]. Disponible en: www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf.
6. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. DOF 26-01-2017. Texto vigente; [Internet] [Consultado en Marzo 2018]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPDPPSO.pdf>.
7. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino, 2016 (ENSANUT MC, 2016). [Internet]. [Consultado 24 Junio 2019] Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>.
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 525/18. [Internet] [Consultado 24 Junio 2019]. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodem/DEFUNCIONES2017.pdf>.
9. Velázquez TL. Del derecho a la salud a la medicina defensiva: perspectiva de médicos en la atención a pacientes con diabetes tipo II. Rev CONAMED. 2019; 24 (2): 64-72.
10. Robles-Montenegro YY, Maite-Vallejo, Hernández-Lemus E, Martínez-García M. Posibles inequidades en la atención de la enfermedad isquémica del corazón en mujeres mexicanas. Rev CONAMED. 2019; 24 (2): 73-79.
11. Pintado-González A, López-Arellano O. Atención a la salud materna oportuna y apropiada: un abordaje desde los derechos humanos (DDHH). Rev CONAMED. 2019; 24 (2): 91-94.
12. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar. [Internet] [Consultado 24 Junio 2019] https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index1.html.
13. Vargas-Terrez BE, Villamil-Salcedo V. La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. Salud Ment [Internet]. 2016 [Consultado 24 Junio 2019]; 39 (1): 3-9. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.062>.
14. Gómez-Fröde C. Análisis de casos de pacientes psiquiátricos. Rev CONAMED. 2019; 24 (2): 95-104.

Acceso al expediente clínico en Establecimientos de Atención Médica en México con fines de investigación

Access to the clinical files in Medical Attention Establishments in Mexico for investigation purposes

César Hernández-Mier*

RESUMEN

Introducción: El expediente clínico es utilizado en investigación en materia de salud, identificando problemas como su «propiedad, resguardo y acceso» ante la obligación del establecimiento de proteger la privacidad de la información. **Objetivo:** Identificar el proceso del acceso al expediente clínico en Establecimientos de Atención Médica (EAM) en México que realizan investigación y lo utilizan como fuente de información. **Material y métodos:** Diseño transversal, realizado mediante la solicitud de información en portales de transparencia de los EAM a nivel nacional, analizado mediante estadística para frecuencias. **Resultados:** Informaron 177 EAM públicos, de los cuales el 83% utiliza el expediente clínico como fuente de información en investigación. En el 99.3% de los EAM, se solicita un protocolo de investigación, siendo el Comité de Ética en Investigación y/o el Comité de Investigación quienes en el 56.8% de los casos autorizan el acceso, el resto es autorizado por el Director, Jefe de Enseñanza, Jefe de Archivo, Jefe de Servicio, la Dirección Jurídica de los Servicios de Salud, y en el 6.2% por el paciente. **Conclusiones:** La normatividad mexicana define a la información del expediente clínico como datos personales y datos personales sensibles, siendo el paciente el titular de esta información, por lo que el acceso, manejo, obtención, uso, divulgación, almacenamiento, aprovechamiento o transferencia está sujeta al consentimiento del titular, mostrando los resultados obtenidos que sólo el 6.2% de los establecimientos que informaron cumplen con la regulación Federal.

Palabras clave: Expediente clínico, acceso al expediente clínico, datos personales, investigación en salud.

ABSTRACT

Introduction: The clinical file is used in health investigation as its «property, record and access» facing the obligation of the center to protect the privacy of information. **Objective:** Identify the process of access to the clinical file in Medical Attention Establishments (MAE) in Mexico that conduct investigation and utilize it as a source of information. **Material and methods:** Transversal design, carried out through the request of information in Transparency portals of the MAE at a national level, analyzed by statistics of frequency. **Results:** 177 public MAE informed, out of which the 83% use the clinical file as a source of information in investigation. In 99.3% of the MAE a protocol of investigation is requested, being the Committee of Ethics in Investigation and/or the Committee of Investigation the ones in which 56.8% of the cases authorize the access, the rest is authorized by the director, Education Chief, Archives Chief, Service Chief, the Juridical Direction of Health Services, and in 6.2% by the patient. **Conclusions:** The Mexican normativity defines the information of the clinical file as personal data and sensitive personal data, being the patient the holder of this information, reason why the access, management, obtention, use, dissemination, recording procedures, utilization or transfer is subjected to the consent of the holder, showing the obtained results that only 6.2% of the establishments that informed comply with Federal regulations.

Keywords: Clinical file, access to the clinical file, personal data, health investigation.

* Especialista en Medicina Legal, Profesor Investigador de la Facultad de Derecho «Abogado Ponciano Arriaga Leija» de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

Correspondencia: CHM, hernandezmier@hotmail.com; cesar.hernandez@uaslp.mx

Conflicto de intereses: El autor declara que no tiene.

Citar como: Hernández Mier C. Acceso al expediente clínico en Establecimientos de Atención Médica en México con fines de investigación. Rev CONAMED 2019; 24(2): 57-63.

Financiamiento: El financiamiento en su totalidad fue realizado por el autor, sin financiamientos externos.

Recibido: 05/11/2018.
Aceptado: 30/04/2019.

INTRODUCCIÓN

La Norma Oficial Mexicana *NOM-004-SSA3-2012* define al expediente clínico (EC) como el conjunto de información y datos personales de un paciente, integrado en los establecimientos para la atención médica y consta de documentos en soportes diversos, en el cual el personal de salud realiza los registros de la atención médica del paciente.¹ El EC, además de los fines asistenciales, actualmente es utilizado con propósitos administrativos, de planificación, docencia, jurídico e investigación; con lo que se han identificado conflictos relacionados a la propiedad del documento y de la información contenida, los derechos de propiedad intelectual, y la obligación de resguardo y custodia.²

La complejidad, el largo tiempo empleado y los riesgos son características de las investigaciones en el área de la salud, autores describen que una de las principales dificultades radica, en muchos de los casos, en su carácter invasor hacia los seres humanos y el riesgo de sufrir daños;³ estos riesgos no sólo existen en los estudios experimentales, también se evidencian riesgos de discriminación mediante el uso de la información contenida en un EC al momento que se realizan accesos no autorizados y que son verdaderos ataques a la privacidad con el fin de obtener un beneficio; por lo que la seguridad implementada en la información obtenida del paciente debe evitar el acceso, uso, divulgación y destrucción no autorizada ante posibles ataques y con ello proporcionar confidencialidad, integridad y disponibilidad.⁴

En México, el acceso, manejo, obtención, uso, divulgación, almacenamiento, aprovechamiento o transferencia de datos personales y datos personales sensibles contenidos en el EC se encuentra regulado por la *NOM-004-SSA3-2012* del Expediente Clínico, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (LFPDPPP), que tiene como ámbito de aplicación a la persona física o moral, nacional o extranjera⁵, y la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (LGPDPPSO), publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero de 2017, la cual tiene aplicación en el ámbito federal, estatal y municipal, cualquier autoridad, entidad, órgano y organismo de los

Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, órganos autónomos, partidos políticos, fideicomisos y fondos públicos.⁶

La *NOM-004-SSA3-2012* del expediente clínico en su apartado 5.4 y 5.5 refiere que la propiedad del EC es de la institución o del prestador de servicio médico que lo genera; sin embargo, es el paciente el que tiene los derechos de titularidad sobre la información contenida, por lo que se requerirá su autorización para la publicación o divulgación de datos personales que posibiliten su identificación, aun cuando éstos sean utilizados para fines de literatura, docencia e investigación; lo anterior en virtud de que los datos proporcionados al personal de salud son confidenciales y atienden al secreto médico profesional, por lo que la transferencia de estos datos únicamente podrán ser proporcionados a terceros cuando exista una autorización por el paciente, el tutor o representante legal,¹ por lo que el investigador es un tercero.

Con fundamento en lo establecido en la LFPDPPP en su artículo tercero, fracción V y VI, y la LGPDPPSO en su artículo segundo, fracción IX y X, se identifica que el EC contiene dos tipos de datos: los llamados datos personales, al contener información que de forma directa —nombre— o de forma indirecta —número de seguridad social, RFC, CURP, entre otros— permite identificar a la persona a través de cualquier información; y los llamados datos personales sensibles, en los cuales se incluyen, entre otros, el estado de salud, ancestralidad, información genética, preferencias sexuales y religión, los cuales son nombrados de esta forma, puesto que su utilización indebida puede dar origen a discriminaciones o riesgos graves para el titular.^{5,6}

Los datos personales sensibles, e incluso en muchos de los casos los datos personales, son utilizados durante una investigación, con los cuales se generan «bases de datos»,⁵ y es en este momento en el cual se genera un tratamiento de datos personales, acción que requiere el consentimiento del titular de la información, como se establece en el artículo 8 de la LFPDPPP y el artículo 20 de la LGPDPPSO; lo anterior debido a que la investigación no está considerada como un criterio de excepción para solicitar el consentimiento como se establece en el artículo 10 de la LFPDPPP, y el artículo 22 de la LGPDPPSO;^{5,6} a su vez, dicho

consentimiento debe ser recabado de forma expresa como lo establece el Reglamento de la LFPDPPP en su artículo 15.⁷

Por lo anterior se planteó como objetivo el determinar el proceso del acceso al expediente clínico en Establecimientos de Atención Médica

en México (EAM) con fines de investigación, estableciéndose como hipótesis que actualmente se presenta una ausencia de autorización del titular para el tratamiento de datos personales y datos personales sensibles con fines de investigación en materia de salud.

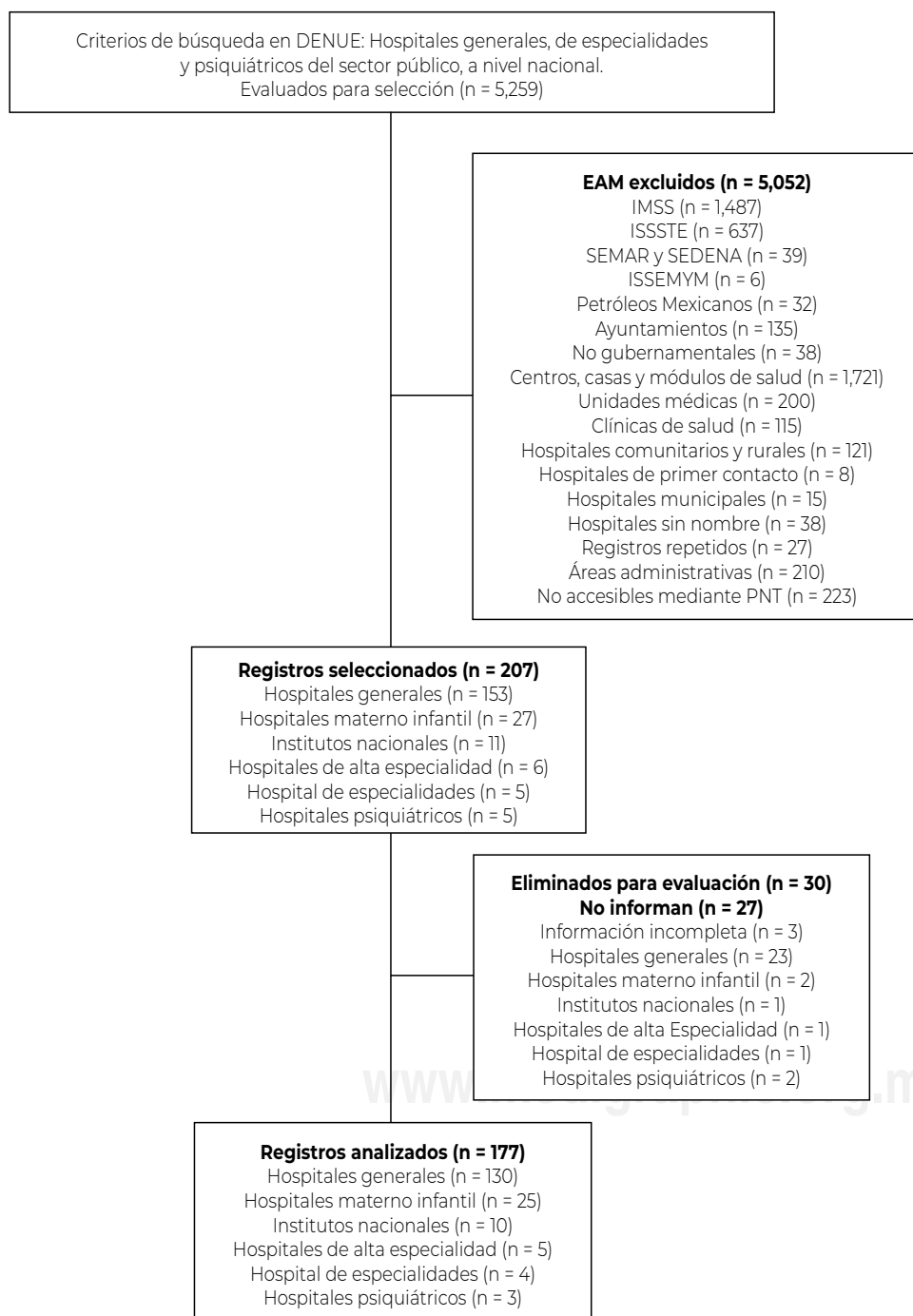


Figura 1.

Metodología de investigación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño transversal descriptivo. Se realizó una búsqueda en el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENU) bajo los criterios de actividad económica de hospitales generales, de especialidades y psiquiátricos del sector público a nivel nacional obteniendo 5,259 registros. Se incluyeron en el estudio EAM clasificados como institutos nacionales, hospitales de alta especialidad, hospitales de especialidad, hospitales materno-infantiles, hospitales pediátricos, hospitales psiquiátricos y hospitales generales dependientes de la Secretaría de Salud a nivel Estatal y Federal. Fueron excluidos del estudio los EAM dependientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Marina (SEMAR), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM), Petróleos Mexicanos, ayuntamientos, instituciones no gubernamentales, centros de salud, clínicas, unidades médicas, hospitales comunitarios y rurales, hospitales de primer contacto, hospitales municipales, sin nivel de atención identificado, áreas administrativas, registros repetidos, sin nombre y establecimientos no accesibles para obtención de información a través de la Plataforma Nacional de Transparencia (PNT) (Figura 1).

Previamente a la solicitud de información a los EAM, se realizó el registro como usuario de la PNT para cada Estado y Gobierno Federal; la solicitud de información se realizó en el periodo de octubre del 2016 a abril de 2017 y se dirigió a los EAM que se encontraban como sujetos obligados en la PNT y a los Servicios de Salud de cada estado. De forma anexa a la solicitud de información, se incluyó el cuestionario (Tabla 1).

La información fue recibida a través de la PNT y analizada mediante estadística para frecuencias.

RESULTADOS

Se realizaron 207 solicitudes de información a EAM a nivel nacional, el 13% (n = 27) no informó, y el 1.4% (n = 3) envió información incompleta, por lo que fueron eliminados. Las solicitudes eliminadas correspondían a EAM de los Servicios de Salud de los estados de Sonora, Durango, Aguascalientes, Puebla, Oaxaca, Tabasco, Yucatán y Quintana Roo.

De los 177 EAM que informaron, el 73.4% correspondía a hospitales generales, 14.1% hospitales materno-infantiles o pediátricos, 5.6% institutos nacionales, 2.8% hospitales de alta especialidad, 2.2% hospitales psiquiátricos y 1.6% hospitales de especialidad. De éstos, el 85% (n = 152) refiere realizar investigación en materia de salud, de los cuales el 96% (n = 146) emplea como fuente de información en las investigaciones al EC.

De los EAM que utilizan el EC como fuente de información, el 99.3% (n = 145) solicita la presentación de un protocolo de investigación, y en el 39.3% de los casos son los Comités de Ética en Investigación (CEI) y el Comité de Investigación (CI) quienes realizan la revisión de los protocolos en forma conjunta (Tabla 2).

Posteriormente a la revisión del protocolo por las áreas referidas y una vez que emiten la autorización para su realización, se emite una autorización para que el investigador acceda a los EC, siendo en

Tabla 1. Cuestionario aplicado a los Establecimientos de Atención Médica.

Nombre del establecimiento: _____

1. ¿En el establecimiento se realizan actividades de investigación en el área de la salud?
 - a) No
 - b) Sí
2. Si se realiza actividad de investigación en salud, ¿en algunas de las investigaciones utilizan como fuente de información el expediente clínico?
 - a) No
 - b) Sí
3. Si se utiliza el expediente clínico como fuente de información en las investigaciones, ¿cuál es el procedimiento para autorizar a un investigador el acceso al expediente clínico?
 - a) No
 - b) Sí
4. ¿El aviso de privacidad con el que cuenta la institución especifica que la información contenida en el expediente clínico puede ser utilizada con fines de investigación?
 - a) No
 - b) Sí

el 30.8% (n = 45) de los casos el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación quienes de forma conjunta autorizan el acceso, y en el 6.2%

Tabla 2. Área del Establecimiento de Atención Médica que revisa el protocolo de investigación.

Área que revisa el protocolo de investigación	%	(n)
Comité de Ética en Investigación y Comité de Investigación	39.3	(57)
Comité de Ética en Investigación	29.6	(43)
Subdirección o Departamento de Enseñanza	15.1	(22)
Comité de Investigación	12.4	(18)
Jefe de Servicio	1.3	(2)
Director	0.6	(1)
Comisión Hospitalaria de Bioética	0.6	(1)
Dirección Jurídica	0.6	(1)
Total		145

Fuente: Investigación.

Tabla 3. Área del Establecimiento de Atención Médica que autoriza el acceso al expediente clínico a los investigadores.

Área que autoriza	%	(n)
Comité de Ética en Investigación y Comité de Investigación	30.8	(45)
Comité de Ética en Investigación	26.0	(38)
Subdirección o Departamento de Enseñanza	15.0	(22)
Director	12.3	(18)
Comité de Investigación	7.5	(11)
Paciente	6.2	(9)
Jefe de Servicio	0.6	(1)
Dirección Jurídica y Unidad de Transparencia Estatal	0.6	(1)
Jefe de Archivo	0.6	(1)
Total		146

Fuente: Investigación.

(n = 9) de los EAM manifiestan que la autorización de acceso la emite el paciente, el resto de áreas que emiten la autorización se muestra en la *tabla 3*.

De los EAM que utilizan el EC como fuente de información para el desarrollo de investigación, el 32.1% (n = 47) manifiesta la existencia de una o más restricciones para el acceso al EC, identificando que en el 15.7% (n = 23) de los casos está restringida la extracción de datos personales de los EC para incorporarlos a las bases de datos de la investigación (*Tabla 4*).

El 43.8% (n = 64) de los EAM que utilizan el EC con fines de investigación cuenta con un aviso de privacidad (AP), y el 13% de los EAM que utilizan el EC con fines de investigación informa mediante el AP que la información contenida en el expediente clínico puede ser utilizada con fines de investigación.

Tabla 4. Tipo de restricciones durante el acceso al expediente clínico a los investigadores.

Tipo de restricción	%	(n)
No extracción de datos personales	15.7	(23)
Permiten investigadores internos y externos del EAM*	12.3	(18)
Consulta de expediente en área de archivo	4.1	(6)
Solo investigadores internos	2.0	(3)
No tomar fotografías de expediente	1.3	(2)
No sacar expedientes del área de archivo	0.6	(1)
No desordenar el expediente	0.6	(1)
Firmar carta de confidencialidad	0.6	(1)
Límite de expedientes para consulta	0.6	(1)
El uso de la información es responsabilidad del investigador	0.6	(1)
Horario de consulta definido	0.6	(1)
No fotocopiar expedientes	0.6	(1)
No ingresar con equipo de cómputo	0.6	(1)
No ingresar con bolsas	0.6	(1)
Sólo ingresar con hoja de recolección de datos	0.6	(1)
Total		62 [‡]

* Establecimiento de Atención Médica.

[‡] Establecimientos con una o más restricciones.

Fuente: Investigación.

DISCUSIÓN

La búsqueda continua de respuestas a preguntas planteadas en materia de salud ha generado que la investigación se vuelva un proceso cambiante, cambio generado, en parte, por la incorporación de nuevas tecnologías y la incorporación de legislaciones que buscan regular este proceso; por ello, la información contenida en el EC ha tomado un papel fundamental en el desarrollo de investigación y la creación de conocimientos en materia de salud. Por definición, el EC tiene fines «asistenciales»,¹ y su uso en la investigación y educación son funciones agregadas.⁸ Evidenciándose en la presente investigación que este uso agregado se realiza de forma generalizada en los EAM que realizan investigación, ya que el 96% de ellos utiliza como fuente de información los registros del EC, lo que muestra su importancia en el proceso de generación de conocimientos.

Se identificó que los Comités de Ética en Investigación y de los Comités de Investigación de los EAM son las principales áreas encargadas en el proceso de evaluación de los protocolos y en otorgar o no la autorización para el acceso a los EC; lo anterior en busca de respetar los intereses y el bienestar de las personas que participa en investigaciones, como lo establece el artículo tercero de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.⁹ Sin embargo, sí es de destacar que la Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación¹⁰ no establece que dentro de las funciones de los CEI se encuentre la de otorgar o no la autorización para acceder a datos personales o datos personales sensibles contenidos en el EC; esta función es competencia exclusiva del «titular de la información»,^{5,6} que, en este caso, es el paciente. En cambio, sí es función de los CEI el vigilar y coadyuvar en la aplicación de las legislaciones relacionadas a investigación en seres humanos y demás disposiciones aplicables,¹⁰ entre las que se incluyen las relacionadas a la protección de datos personales y datos personales sensibles.⁵⁻⁷

CONCLUSIONES

Se debe reconocer el uso diverso que actualmente se le da al EC en los EAM, así como las regulaciones y limitaciones existentes en México en materia de

tratamiento de datos personales y datos personales sensible. La generación de Leyes Federales y Estatales en materia de protección de datos personales es un tema que involucra a los EAM y los obliga a resguardar y proteger la información de sus pacientes.

En la presente investigación se evidenció el uso rutinario del EC con fines de investigación y la existencia de un proceso no estandarizado para acceder a él con este fin, así como el incumplimiento de la normatividad vigente, ya que el paciente, al ser titular de la información contenida en el EC, necesariamente debe otorgar su consentimiento para que un investigador acceda a la información médica, ya que esta información es considerada como datos personales y datos personales sensibles. Esta autorización implica que se precisen en el consentimiento informado los datos que serán obtenidos, su finalidad, y se identifique al responsable de su tratamiento,¹¹ así como que se establezca claramente el «Derecho ARCO»⁷ del titular de la información; es decir, que se informe al paciente el derecho de que realice acceso, rectificación, cancelación u oposición de datos obtenidos del EC por el investigador. Identificando que sólo el 6.2% de los EAM refiere solicitar esta autorización al paciente para el acceso al EC.

AGRADECIMIENTOS

A las Instituciones y Establecimientos de Atención Médica que colaboraron en la presente investigación entregando información completa y oportuna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico. México: Diario Oficial de la Federación; 15-10-2012. [Internet]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012
2. Luna MA. Problemas médico legales en el manejo de la Historia Clínica. Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal. [Internet]. 2000 [Consultado en agosto 2007]; 5(1): 39-47. Disponible en: www.binasss.sa.cr/revistas/rldmml/v5n1/art7.pdf.
3. O’Ryan M. Investigación médica en Chile a la luz de la nueva legislación. Rev Chilena Infectol. [Internet]. 2013 [Consultado en septiembre 2007]; 30 (1): 7-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182013000100001&script=sci_arttext&lng=en.

4. Sánchez-Hernarejos A, Fernández-Alemán JL, Toval A et al. Guía de buenas prácticas de seguridad informática en el tratamiento de datos de salud para el personal sanitario en atención primaria. *Aten Primaria*. [Internet]. 2014 [Consultado en marzo 2018]; 46 (4): 214-222. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714000067>.
5. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares; DOF 05-07-2010. Texto vigente; [Consultado abril 2018]. Disponible en: www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf.
6. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. DOF 26-01-2017. Texto vigente; [Consultado en marzo 2018]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPDPPSO.pdf>.
7. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Reglamento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. DOF 21-12-2011. Texto vigente; [Consultado mayo 2018]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5226005&fecha=21/12/2011.
8. Garduño EJ. Funciones del expediente clínico. *Rev CONAMED*. [Internet]. 2006 [Consultado en febrero 2018]; 11 (7): 27-28. Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/issue/view/issue/50/50>.
9. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Tecnología. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. [Internet]. 2005. [Consultada en octubre 2017]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180s.pdf>.
10. Comisión Nacional de Bioética. Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación. [Internet] 2016, 5ta ed: 16-17. [Consultado marzo 2018]. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CEI_paginada_con_forros.pdf.
11. Hernández-Mier C, Torre-Delgadillo V. Regulación del acceso al expediente clínico con fines de investigación. *Revista CONAMED*. [Internet]. 2017 [Consultado marzo 2018]; 22 (1): 27-31. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/contenido.cgi?IDPUBLICACION=7663>.

Del derecho a la salud a la medicina defensiva: perspectiva de médicos en la atención a pacientes con diabetes tipo II

From the right to health to defensive medicine: perspective of physicians in the care of patients with type II diabetes

Laura Elizabeth Velázquez Tamez*

* Abogada. Doctorante en Filosofía con Orientación en Comunicación e Innovación Educativa en la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Maestra en Derecho por la Escuela de Graduados en Administración Pública y Política Pública del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Monterrey. Licenciada en Derecho y Especialidad en Derecho Público por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Monterrey.

Correspondencia: LEVT, laura.velazquez0720@yahoo.com

Conflicto de intereses: La autora declara que no tiene.

Citar como: Velázquez TLE. *Del derecho a la salud a la medicina defensiva: perspectiva de médicos en la atención a pacientes con diabetes tipo II*. Rev CONAMED 2019; 24(2): 64-72.

Financiamiento: Investigación desarrollada con recursos propios como parte de la investigación doctoral de la autora.

Recibido: 14/12/2018.
Aceptado: 30/04/2019.

RESUMEN

A partir de la investigación cualitativa realizada con entrevistas en profundidad se pudo conocer la perspectiva de 30 médicos entrevistados que ejercen la medicina en el sector público y/o privado en la ciudad de Monterrey con respecto a la práctica médica defensiva. El análisis de la información señala las carencias en infraestructura y recursos en algunas instituciones públicas, el desconocimiento del médico del marco jurídico aplicable, la falta de habilidad comunicativa del médico para establecer una buena relación médico-paciente, la influencia negativa de los medios de comunicación en la difusión de noticias mediáticas con respecto a presuntos casos de mala praxis y la falta de comprensión de los pacientes con diabetes tipo II respecto a su responsabilidad inmediata en el cuidado de su propia salud, entre otros factores, como elementos importantes que favorecen las recurrencias hacia la práctica médica defensiva. Esto permite comprender la práctica médica defensiva como un fenómeno sociocultural que requiere un análisis multidisciplinario, dejando de lado la crítica severa hacia el médico, para comprender qué es lo que sucede en su entorno y que de alguna manera termina impactando en el estilo de su consulta.

Palabras clave: Derecho a la salud, medicina defensiva, comunicación médico-paciente con diabetes tipo II.

ABSTRACT

From the qualitative research carried out with in-depth interviews, it was possible to know the perspective of 30 doctors interviewed who practice medicine in public and/or private sector in Monterrey city respect to defensive medical practice. The analysis of the information points out the deficiencies in infrastructure and resources in some institutions, the doctor's ignorance of the applicable legal framework, the doctor's lack of communicative ability to establish a good doctor-patient relationship, the negative influence of the media on the dissemination of media news regarding alleged cases of malpractice and the lack of understanding of patients with type II diabetes regarding their immediate responsibility in the care of their own health among other factors, as important elements that favor recurrences towards defensive medical practice. This allows to understand the defensive medical practice as a sociocultural phenomenon that requires a multidisciplinary analysis, leaving aside the severe criticism towards the doctor to understand what is happening in his environment and that somehow ends up impacting his medical consultation.

Keywords: Right to health, defensive medicine, communication with type II diabetes patients.

INTRODUCCIÓN

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, celebrado por las Naciones Unidas y ratificado por México, reconoce en el artículo 12 el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Este derecho está consagrado como un derecho fundamental contenido en el artículo 4 constitucional, que representa una obligación del Estado para garantizarlo. De éste se desprende la Ley General de Salud, que establece las bases para el acceso, las finalidades, organización, límites y alcances del propio sistema de salud, y de esta legislación emanan, a su vez, diversos reglamentos en dicha materia. Entre los principales ordenamientos jurídicos que regulan de manera complementaria el derecho a la salud, se encuentran, además, los Códigos Penal y Civil, las Normas Oficiales Mexicanas y las tesis y criterios emitidos por el Máximo Tribunal. Existe un marco jurídico, conformado no sólo por la legislación sino por jurisprudencia y tesis aisladas, que intenta dar certeza y seguridad jurídica a la comunidad médica y a los usuarios de los servicios de salud, a pesar de que muchos aspectos son desconocidos por ambas partes. De entrada, «la Medicina no es una ciencia exacta, por lo que no puede pronosticar ni asegurar resultados favorables en todos los casos»,¹ por lo que «los profesionales de la salud han de decidir cuáles normas, procedimientos y conocimientos adquiridos en el estudio y la práctica son aplicables al paciente cuya salud les ha sido encomendada, comprometiéndose únicamente a emplear todos los recursos que tengan a su disposición, sin garantizar un resultado final curativo».²

Por tanto, es claro que el actuar del médico no es sobre un resultado certero y que médicos y pacientes tienen su propia interpretación del derecho a la salud, incluso en su análisis jurídico, tal como lo advierte Montiel,³ el derecho a la salud se despliega en un haz relativamente complejo de derechos y posiciones subjetivas.

La comunicación en la relación médico-paciente con diabetes tipo II

Según refieren Hamui, Paulo y Hernández,⁴ la comunicación es una habilidad fundamental para los

médicos que debe priorizarse en el currículo y en la práctica médica, a fin de que el médico pueda comunicarse de manera efectiva con su paciente, lo cual es posible cuando el profesional ejerce la medicina basada en el diálogo, la negociación, promueve la participación del paciente como sujeto activo y supera el modelo hipocrático de la relación médico-paciente que apelaba al paternalismo (autoritario o bondadoso), que dejaba sin mayor participación al paciente respecto a la toma de decisiones sobre el cuidado de su propia salud.

En dicha interacción médico-paciente debe existir un reconocimiento del contexto sociocultural del paciente, comprendiendo que el paciente es un ser humano con miedos, inseguridades y emociones diversas, por lo que la comunicación es vital para conocer la narrativa del paciente. Como acertadamente apuntan Hamui et al.,⁴ es necesario comprender los aspectos biopsicosociales y no sólo los biomédicos, la cultura y la historia personal del sujeto que se manifiesta en su enfermedad. Por ejemplo, los hábitos de higiene, alimentación, estilo de vida, situación familiar, entre otros, de los pacientes con diabetes tipo II son muy relevantes. Bajo un modelo dialógico, el médico logra un acercamiento al paciente que tendrá impacto directo en la adherencia al tratamiento y en la satisfacción usuaria.⁵ El médico que fortalece sus habilidades de comunicación logra entrevistas más efectivas, más precisas, eficientes y cuenta con el apoyo y colaboración de su paciente.⁶ Con frecuencia dicha habilidad comunicativa la desarrolla el médico con la práctica y no durante su formación en la universidad, pues la comunicación con el paciente se relaciona en mayor medida con explicar el padecimiento, los riesgos y beneficios de los procedimientos empleados a fin de que el paciente otorgue su consentimiento informado; es decir, se asocia la comunicación a los aspectos médico-legales de la profesión; no obstante, éste es sólo un fin de la comunicación en la relación médico-paciente, no el único ni el más importante.

El conocer toda la información sobre su padecimiento y tratamiento, así como los procedimientos a utilizar, no sólo es parte del derecho del paciente con respecto al Servicio de Salud que se le brinda, y también una obligación del médico frente al paciente, sino que adquiere una doble función, pues fortalece la relación médico-paciente, pues

la desconexión entre médico y paciente impacta en el nivel de comunicación que se establece, y las expectativas en torno al tratamiento que debe seguir el paciente.⁷ Un estudio sobre cómo impacta la relación con el médico sobre los índices glucémicos es la que publican Ríos et al.,⁸ en el que concluyen que los sujetos participantes sí estaban satisfechos con la relación con su médico y aunque no sea posible establecer una relación causal, sí existe una correlación entre la satisfacción y los índices glucémicos. Las emociones juegan un papel fundamental no sólo en el control de la enfermedad sino en la relación entre el médico y el paciente y la manera en la que el paciente percibe y califica el actuar del médico y la calidad en el Servicio de Salud que le brinda la institución. Tras el diagnóstico de la enfermedad, el paciente se ve afectado por estadios de negación, miedo, culpa, enojo, confusión y depresión,⁹ y es importante que el médico sepa sobrellevar la carga emocional del paciente con diabetes tipo II para animarlo a seguir el tratamiento, hablándole de manera franca respecto a las expectativas reales y eventuales complicaciones, pero enfocándose en lo que juntos pueden hacer para mejorar su estado de salud sin generarle falsas expectativas que puedan terminar en una inconformidad manifiesta en contra del médico por parte del paciente. Los sentimientos del paciente y del médico son igualmente importantes. «Tienen relación con las imágenes, a las que colorean de un estado de ánimo; con la memoria, pues aceleran o entorpecen los recuerdos; con el juicio, pues pueden falsificarlo; sobre todo, con los juicios de valor, pues toman un papel importante en la apreciación de las cosas, de modo que sentimientos subjetivos pueden cambiar el valor objetivo de las cosas».¹⁰ Por tanto, aun cuando la relación médico-paciente es de carácter clínico, los sentimientos de médico y paciente están presentes en dicha relación, el paciente se puede sentir triste, incómodo, enojado, agradecido, etcétera, y el médico también puede experimentar emociones aun cuando no lo reconozca abiertamente, pero esto hace que adapte su consulta en función de dicha relación que se establece y de las emociones que experimenta; por ejemplo, tras la práctica médica defensiva subyace el temor del médico a ser demandado.

La dimensión emocional es también una parte importante de la relación; según Hamui et al.,¹¹

los pacientes esperan del médico, además de la resolución de su problema de salud, un soporte emocional y social, para lo cual los médicos no siempre están capacitados formalmente, conformándose una interacción en la que entran en juego las emociones de ambas partes. Se requiere de inicio un buen manejo de las emociones propias por parte del médico para tener así un despliegue de inteligencia social y buen manejo de las relaciones con sus pacientes. La labor del médico de cualquier especialidad resulta ser como la labor de un artista, con un estilo único producto de sus rasgos de personalidad y de su historia personal.¹² Según Bolaños et al.,¹³ los pacientes con diabetes valoran que los médicos les proporcionen información clara y adaptada, que construyan un contexto de confianza, presten apoyo para el cambio y consideren sus perspectivas y circunstancias existenciales, para lo cual es necesario comprender cómo los pacientes construyen e interpretan su enfermedad y que la información que los médicos les brindan se adapte a las necesidades de los pacientes que acuden a ellos en el marco de un clima de mutua confianza. No obstante, es común encontrar en la consulta que los pacientes con diabetes tipo II responsabilizan únicamente al médico de los resultados y evaden asumir su propia responsabilidad como sujetos activos en el cuidado de su propia salud, lo cual favorece los conflictos en la relación médico-paciente al no obtenerse los resultados que se desean. Dichos conflictos incentivan la práctica médica defensiva.

Aunada a esto, la práctica médica defensiva se incrementa por el sentimiento de desamparo de los médicos por cuanto desde su perspectiva se pueden sentir desprotegidos por no poder garantizar un resultado que no depende de ellos, sino del estado clínico del paciente y de su empeño por seguir el tratamiento que se le indica, y que en casos extremos, al obtenerse un resultado desfavorable o presentarse una complicación, compromete el segundo bien jurídico máspreciado después de la vida: la libertad, llegando a un reduccionismo en el que el paciente le confía la vida al médico y el médico, al paciente, su libertad y su estabilidad económica para cubrir la reparación de un eventual perjuicio. Esta visión errada de la relación médico-paciente hace que el médico busque protegerse y

evadir situaciones que identifica como riesgosas, y lo lleva incluso a analizar de entrada los perfiles y estilos de personalidad de los pacientes que atiende durante la consulta ordinaria para detectar situaciones que representen algún riesgo para el propio médico, creciendo así la práctica médica defensiva. Hamui et al.⁴ precisan que la comunicación médico-paciente debe contemplar tres dimensiones: biomédica, emocional y socio-cultural, destacan que hay que profundizar en el conocimiento de los factores éticos y culturales de la práctica médica, comprender, entonces, ¿qué es lo que está viviendo el paciente conjuntamente con la experiencia de su enfermedad? Ahora bien, al hablar del médico sería oportuno comprender también los factores sociales y culturales que afectan la actuación del médico, lo que sucede en su entorno laboral, las condiciones en las que presta el servicio, la protección a sus derechos, entre otros factores que de alguna manera ejercen una influencia en la forma en la que el médico desarrolla su práctica médica.

Conceptualización de la medicina defensiva

Según Ortega et al.,¹⁴ la práctica médica defensiva es el cáncer de la medicina, un fenómeno que por sus costos económicos y sociales afecta la práctica médica, pues el profesional vive las consecuencias en su persona, su economía, familia, etcétera, y para evitar dichos problemas deforma su práctica diaria. Los médicos perciben el conflicto como una catástrofe que afecta al médico y al personal de salud.¹⁵ Guerrero¹⁶ precisa que para el profesional el coste de un conflicto es alto por el desgaste económico y moral que conlleva dicha experiencia. Por lo que se comprende que el profesional de la salud, que no es un especialista en derecho, busque, a su juicio, las maneras de prevenir el conflicto con base en su experiencia y en las experiencias que ve o aprende en su contexto.

Ramírez, et al.,¹⁷ así como Ortega et al.,¹⁴ revelan que los médicos en México suelen practicar algún grado de medicina defensiva, que la incidencia es alta y ello limita el actuar y el juicio del médico. Los médicos se sienten vulnerables y practican una medicina defensiva para protegerse, lo que dificulta que el médico brinde un servicio de calidad a su paciente y obtura el acceso a Servicios

de Salud adecuados; en ese sentido, la medicina defensiva es contraria al fin que se persigue con la tutela del derecho a la salud. Sánchez-González et al.¹⁸ precisan que la medicina defensiva se caracteriza por la aplicación de tratamientos, pruebas y procedimientos con el propósito de contar con evidencias documentales para hacer frente a una demanda, defender al médico de la crítica y evitar controversias, por encima del diagnóstico o el tratamiento del paciente.

En la práctica médica defensiva, el médico pierde el interés genuino en ayudar, ese «yo estoy aquí para ti» que refieren Hamui et al.,⁴ que se relaciona con la vocación y ética del médico, y empieza a centrar la atención de su actividad en evitar una demanda, lo cual desvirtúa el sentido de la profesión.

Los indicadores referidos por Ramírez et al.,¹⁷ Ortega et al.¹⁴ y Sánchez-González et al.¹⁸ para determinar la presencia de una práctica médica defensiva han sido utilizados como base conceptual y metodológica para orientar esta investigación a fin de conocer el contexto en el que se desarrollan dichas acciones por parte del médico, para comprender: ¿por qué? y ¿qué es lo que piensa y siente el médico a este respecto?

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación tuvo por objetivo general caracterizar la perspectiva del médico respecto al derecho a la salud a través de su discurso, a fin de determinar si existen elementos de la práctica médica defensiva que impacten en la atención de los pacientes con diabetes tipo II.

Las categorías y subcategorías de análisis que se establecieron fueron las siguientes:

1. El derecho a la salud: agentes involucrados en el derecho a la salud, visión de sus derechos como médico, derechos de los pacientes, organización e instituciones.
2. Discurso médico: vocación, identificación con la profesión.
3. Práctica médica defensiva: búsqueda de apoyo para la toma de decisiones del médico, evasión de situaciones de riesgo para el médico, emociones del médico, acciones que considera que le protegen de una demanda.

4. Impacto de su visión médica en la atención a pacientes con diabetes tipo II: duración de consulta, medios y estrategias que utiliza para comunicarse con el paciente, relevancia de las emociones del paciente, noción de conflicto, confianza y empatía, conocimiento del paciente con diabetes tipo II, rol que asume el médico, rol que le atribuye al paciente, conocimientos adicionales para mejorar su práctica.

Se utilizó un muestreo no probabilístico sino propositivo e intencional, donde se estuvieron documentando casos disponibles. Atendiendo a la búsqueda de la comprensión profunda del objeto de estudio para determinar el tamaño de la muestra,¹⁹ se llegó a la saturación de categorías con la participación de 30 médicos entrevistados de la ciudad de Monterrey, Nuevo León, que se desempeñan en consulta pública y/o privada (15 médicos de hospitales públicos de la localidad, 12 médicos de institución privada y tres participantes que al momento de la entrevista mencionaron en sus relatos desempeñarse como médicos en institución pública y privada de manera simultánea), en virtud de que al alcanzarse este número se escuchó una diversidad de ideas en las que ya no se documentaban nuevos elementos, sino se confirmaban los anteriores que habían aportado los médicos ya entrevistados; como lo señala Morse,²⁰ los datos se recolectan hasta lograr la saturación. Se desarrollaron entrevistas en profundidad con los médicos participantes, se diseñó un instrumento para tal efecto, que consta de 60 preguntas que funcionaron como guía y sólo en algunos casos se añadieron otras preguntas en el momento y sitio de la entrevista para profundizar en las respuestas de los participantes. De acuerdo con Taylor y Bogdan,²¹ las entrevistas en profundidad consisten en reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes dirigidos hacia la comprensión de sus perspectivas o experiencias expresadas con sus propias palabras, esto permite desentrañar significaciones elaboradas por los sujetos.²²

En dichas conversaciones fue necesario también interpretar gestos, miradas y silencios para replantear preguntas y dirigir o encauzar la entrevista siguiendo lo recomendado por Callejo.²³ Por ejemplo, después de responder a una pregunta, en algunos casos fue necesario pedir que narraran una experiencia que

ejemplificara su respuesta, a fin de comprender a qué se referían con «paciente difícil» cuando hablaban del conflicto en la relación médico-paciente. La localización de los sujetos participantes se realizó acudiendo al consultorio del médico y dando a conocer el objeto de la investigación, acreditando la legitimidad del proyecto y los fines académicos con el documento probatorio correspondiente expedido por la Coordinación del Doctorado en Comunicación e Innovación Educativa de la Universidad Autónoma de Nuevo León como parte de los trabajos de investigación de la autora. Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de los médicos participantes y posteriormente transcritas por la investigadora a fin de extraer patrones y derivar categorías de análisis. Corbin y Strauss²⁴ refieren que en la investigación cualitativa se busca darle voz a las preocupaciones y a los problemas que tienen los participantes de la investigación. Los resultados que se exponen permiten comprender la práctica médica defensiva desde la voz del médico, desde sus experiencias y significados vertidos en sus relatos. Los conceptos que se detallan como factores relevantes surgen de estos datos y clarifican que, en México, concretamente en el Área Metropolitana de Monterrey, la línea de investigación que aborda la medicina defensiva requiere expandirse, de un análisis ético centrado en la persona del médico para ir a un entendimiento de la realidad social y jurídica en la que el médico ejerce su profesión, donde las instituciones de salud y los medios de comunicación también juegan un papel importante.

RESULTADOS

Los resultados se pueden apreciar en la *tabla 1*, dividida en tres puntos medulares que guiaron los objetivos de la investigación.

DISCUSIÓN

Los médicos consideran que pueden ejercer su profesión de manera libre, pero señalan que algunas instituciones de salud no propician condiciones mínimas para un ejercicio profesional adecuado al privarles del material mínimo necesario para desempeñar su profesión. Buscan que sus derechos sean conocidos por la sociedad y reconocidos por las instituciones de gobierno, tanto a nivel jurídico

como en la organización del sector salud, y muestran una franca preocupación por que los pacientes reciban una atención adecuada y rápida, coinciden en que la atención debe ser de primer

nivel sin importar el tipo de institución, si es pública o privada, y que esto es una tarea pendiente del Estado para mejorar la capacidad de atención de los hospitales públicos, sus equipamientos, así

Tabla 1. Implicaciones del derecho a la salud y recurrencias hacia la práctica médica defensiva en la atención a pacientes con diabetes tipo II.

Categoría	Resultado
Conceptualización del derecho a la salud desde la perspectiva del médico	<p>Definen el derecho a la salud en términos de acceso y cobertura. Desconocen el marco jurídico aplicable</p> <p>Desean una mejora del sistema de salud y una revisión de la legislación de la materia</p> <p>Consideran que sus derechos no son reconocidos por sus pacientes, las instituciones, ni difundidos por la sociedad</p> <p>Criticán el sistema de impartición de justicia para procesar a los médicos por una mala praxis</p> <p>Culpan a los medios de comunicación de mal informar al paciente con diabetes</p>
Emociones y motivaciones en el discurso médico	<p>Poseen sentido de altruismo que asocian con su vocación</p> <p>Intentan mantener sus emociones distantes de su práctica médica, pero no siempre lo logran</p> <p>Se motivan con el agradecimiento del paciente</p> <p>Atribuyen al paciente un papel protagónico</p> <p>Buscan la mejora continua conformando comunidades de aprendizaje con otros médicos</p>
Recurrencias de la práctica médica defensiva en la atención a pacientes con diabetes tipo II	<p>Se sienten vulnerables y desconfían del paciente, esto se acentúa tratándose de instituciones públicas</p> <p>No hay un uso indiscriminado de apoyos tecnológicos para apoyar decisiones, sino un uso racional en función de las necesidades del paciente y de la disponibilidad de los recursos</p> <p>Consideran que es aconsejable terminar la relación médico-paciente cuando el paciente muestra una actitud de desconfianza en la consulta</p> <p>Visualizan el consentimiento informado y el expediente clínico como herramientas para defenderse legalmente de una eventual demanda</p> <p>Consideran necesario recibir capacitación jurídica y enseñanza de estrategias comunicativas para la comunidad médica</p> <p>No evaden atender urgencias o a pacientes con complicaciones</p> <p>Les disgusta ser cuestionados y/o desobedecidos por los pacientes</p> <p>Dedican más tiempo a la consulta de un paciente con diabetes</p> <p>Citan al paciente con diabetes con mayor frecuencia, pero sólo acude cuando se complica su estado de salud</p> <p>Previenen el conflicto con una buena comunicación, la consideran la base de la relación</p> <p>Buscan el trato personal y directo con el paciente</p> <p>Procuran conocer el contexto emocional, familiar y social del paciente</p> <p>Informan al paciente con tacto, matizando la información respecto a su padecimiento</p>

Elaboración propia de la autora con base en los resultados de la investigación.

como las políticas públicas de salud, para garantizar cobertura y acceso a instituciones de salud de calidad a todos los mexicanos.

El médico de hoy en día sigue siendo humano y antes que una fuente de ingresos ve en su profesión su razón de ser, su sentido de existir, se regocija en ayudar al paciente, en la consulta privada no tiene problema en regalar su tiempo para consultar a alguien que no puede pagar, pero se dice molesto en atender a alguien que le exige una receta, un tratamiento o le ordena el llenado de papeles para cubrir incapacidades en la consulta pública; en ese sentido, el médico es reactivo a la actitud del paciente. Todos definen al paciente como el protagonista de su trabajo diario, el papel más importante, pero culpan a los medios de comunicación de mal informarlo, de difundir noticias mediáticas en contra de los médicos y de influir en que el paciente no asuma su responsabilidad en el cuidado de su salud.

Señalan que es vital profundizar en el aprendizaje de habilidades comunicativas de los médicos para que desarrollen una adecuada comunicación con el paciente, que es la base de la relación, pues esta habilidad la aprenden con la práctica, pero es necesario que los estudiantes de medicina aprendan esto y los médicos en ejercicio se involucren en aprender mejores formas de comunicarse con sus pacientes.

En cuanto a tres indicadores de la práctica médica defensiva: referencias de interconsultas aunadas al aumento en la frecuencia de consultas, así como uso excesivo de tecnología para confirmar certeza de sus decisiones, no se apreció que fueran factores importantes por cuanto que no refirieron que la tecnología fuese para amparar sus decisiones ante un posible conflicto, sino que es utilizada de acuerdo a su disponibilidad y en función de las necesidades del paciente. Igualmente, el número de interconsultas y la frecuencia en las citas se establece en función de la situación clínica del paciente, acentuándose en el paciente con diabetes tipo II producto de las eventuales complicaciones que presenten.

Respecto a un cuarto elemento de la práctica médica defensiva consistente en evadir situaciones de riesgo por parte del médico, es importante destacar que el médico no evade atender casos de complicaciones o urgencias, percibe dichas

situaciones como un reto profesional y un deber hacia el paciente que requiere su ayuda en ese momento. No obstante, el riesgo lo asocian a la actitud del paciente, a sus rasgos de personalidad, los médicos analizan actitudes y formas de expresarse en la interacción de la consulta, a efecto de emitir un juicio de valor respecto a si estos pacientes son o no propensos a inconformarse, por lo que se dicen atentos para evitar este tipo de pacientes en la medida de lo posible, los cuales identifican como pacientes difíciles o complicados en su trato personal.

Tras el análisis de otro elemento de la práctica médica defensiva consistente en comentar los casos clínicos con otros médicos, se apreció que el médico lo hace siempre con la intención de aprender, que está en su naturaleza el descubrir, comprender y explicar, llegar a un conocimiento profundo de aquellos aspectos que se le presentan en su práctica diaria; es, finalmente, parte importante de su vocación, mas no lo hace por inseguridad o temor de una demanda, sino porque tiene un deseo de ser un experto en su disciplina, reconociendo sus limitantes y que siempre está en un aprendizaje y renovación constante para llegar a la excelencia.

Se concluye como hallazgo que muestran desconfianza y desconocimiento del marco jurídico aplicable, se perciben vulnerables y advierten que como médicos son escasos los conocimientos que tienen de medicina legal, que desconocen terminología jurídica y aspectos legales que hoy consideran más necesarios en su profesión, por lo que señalan que les gustaría aprenderlos.

Una causa que no se contempla en la literatura es el nivel de confianza del médico hacia el sistema jurídico que rige en materia de salud. En el escenario más grave, más allá de enfrentar un arbitraje o una causa civil con una eventual reparación patrimonial, los médicos revelan temer ser acusados de homicidio doloso con agravante de responsabilidad médica a raíz de los hechos difundidos por los medios de comunicación y ello impacta en el estado de derecho que implica tanto el respeto irrestricto de los derechos fundamentales de los pacientes, pero también de los derechos derivados de la norma fundamental para los médicos, a pesar de que exista mayor atención al cumulo de obligaciones en el ejercicio de la profesión del médico

que a sus derechos. En la exigencia de un estado de derecho están tanto médicos como pacientes por ser los dos agentes en los que se desarrolla la relación clínica.

CONCLUSIONES

La práctica médica defensiva es una forma que, más allá de la distancia que establece el médico del paciente en su comunicación y empatía, está llena de temores, miedos e incertidumbres y desconfianzas. Se concluye, después de la investigación, que dichos temores y reservas no las dirige el médico únicamente hacia el paciente, sino al sistema, a los órganos de procuración e impartición de justicia, temor que inicia de entrada por el desconocimiento del propio médico respecto a lo que le ampara en realidad. El paciente es el depositario de la vulnerabilidad que percibe el médico. Por tanto, esta investigación resalta la importancia de procurar el estado de derecho para disminuir la tendencia creciente de la práctica médica defensiva, así como enseñar y difundir de manera más amplia aspectos médico-legales a la comunidad médica a fin de que conozcan no sólo sus obligaciones sino también el marco jurídico que los protege.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece la valiosa contribución de los médicos participantes por su tiempo y disposición en las entrevistas de esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Lex artis ad hoc*. Su concepto en materia médica. Cuarto tribunal colegiado en materia administrativa del primer circuito. Tribunales Colegiados de Circuito. Décima Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XXV, 2013. p. 1819.
2. Responsabilidad profesional médica. Significado del concepto *lex artis* para efectos de su acreditación. Cuarto tribunal colegiado en materia administrativa del primer circuito. Tribunales Colegiados de Circuito. Décima Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XXV, 2013. p. 1891.
3. Montiel L. Derecho a la salud en México: Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria. Revista del instituto Interamericano de derechos humanos. 2005 [Citado 17 de junio de 2018] 40. Disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/R08064-9.pdf>.
4. Hamui L, Paulo A, Hernández I. La comunicación dialógica como competencia médica esencial. México. Ed. El Manual Moderno. 2017.
5. Nogales-Gaete J, Vargas-Silva P, Vidal Cañas I. Información médica a pacientes y familiares: aspectos clínicos, éticos y legales. Rev Med Chile. 2013; 141: 1190-1196.
6. Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. La comunicación médico-paciente: ¿cuáles son las habilidades efectivas? Rev Méd Chile. 2010; 138: 1047-1054.
7. Strain W et al. Time to do more: addressing clinical inertia in the management of type 2 diabetes mellitus. Diabetes Res Clin Pract. 2014; 105 (3): 302-312.
8. Ríos M, Acevedo O, González A. Satisfacción de la relación médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2. Rev Endocrinol Nutr. 2011; 19 (4): 149-153.
9. Molina-Iriarte A, Acevedo-Giles O, Yáñez-Sandoval ME, Dávila-Mendoza R, González Pedraza Avilés A. Comparación de las prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados y controlados. Rev Esp Méd Quir. 2013; 18: 13-18.
10. Beuchot M, Primero L. Perfil de la nueva epistemología. México: Publicaciones académicas CAPUB; 2012.
11. Hamui A, Grijalva M, Paulo A et al. Las tres dimensiones de la comunicación médico-paciente: biomédica, emocional e identidad cultural. Rev CONAMED. 2015; 20 (1): 17-26.
12. Leal F, Plata E. La relación médico-paciente en pediatría. El pediatra eficiente. Editorial médica panamericana 2012.
13. Bolaños E, Sarria-Santamera. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. Atención primaria. 2003 [Citado 17 de junio de 2018] 32: 195-200. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-perspectiva-los-pacientes-sobre-diabetes-13051023>.
14. Ortega M, Méndez J, López F. Medicina defensiva. Su impacto en instituciones de salud. Rev CONAMED. 2009; 14: 4-10.
15. Campo G, Valencia R, Pacheco A. Síndrome postdemanda médico-legal. Dentro del libro Fuentes del conflicto en la relación paciente-médico. Reflexiones y propuestas. Comisión Estatal de Arbitraje Médico. 2014. [Citado el 17 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.aguascalientes.gob.mx/COESAMED/pdf/Fuentesdelconflictoenlarelacionpaciente-médico.pdf>.
16. Guerrero R. Fuentes del conflicto en la práctica de la Traumatología y la Ortopedia. Dentro del libro Fuentes del conflicto en la relación paciente-médico. Reflexiones y propuestas. Comisión Estatal de Arbitraje Médico. 2014. [Citado el 17 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.aguascalientes.gob.mx/COESAMED/pdf/Fuentesdelconflictoenlarelacionpaciente-médico.pdf>.

17. Ramírez Y, Parra A, Balcázar L. Medicina defensiva: evaluación de su práctica en unidades de medicina familiar de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. *Aten Fam.* 2017; 24 (2): 62-66.
18. Sánchez-González J, Tena-Tamayo C, Campos-Castolo E, Hernández-Gamboa L, Rivera-Cisneros, A. Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización. *Cir Ciruj.* 2005; 73 (3): 199-206.
19. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación México*: McGraw Hill. 2015.
20. Morse J. The significance of saturation. *Qual Health Res.* 1995; 5 (2): 147-149.
21. Taylor S, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Nueva York. 1984.
22. Troncoso-Pantoja C, Amaya-Placencia A. Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Rev Fac Med.* 2017; 65: 329-332. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>.
23. Callejo J. Observación, entrevista y grupos de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76 (5): 409-422.
24. Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Estados Unidos de América: Sage Publications. 2008.

Posibles inequidades en la atención de la enfermedad isquémica del corazón en mujeres mexicanas

Possible inequities in the care of ischemic heart disease in mexican women

Yolanda Yirlemm Robles-Montenegro,* Maite Vallejo,**
Enrique Hernández-Lemus,*** Mireya Martínez-García****

RESUMEN

El acceso desigual a la atención médica de la enfermedad isquémica en mujeres mayores de 60 años, sin seguridad social y sometidas a posibles inequidades de género del sistema público de salud, puede provocar impactos desfavorables en su salud y economía. Se recopiló información de mujeres con enfermedad isquémica del corazón, de 2011 a 2017 del Instituto Nacional de Cardiología «Ignacio Chávez» de la Ciudad de México (n = 1,910). La muestra se dividió entre mujeres de 40 a 60 y de 61 a 96 años, por ser 60 años la edad umbral de cobertura del programa del seguro popular. De este grupo de mujeres, 1,323 (69.26%) mayores de 60 años no pudieron tener acceso a la atención con ese programa. En conclusión, la política de acceso al financiamiento para la atención médica de tercer nivel en mujeres mayores de 60 años con enfermedad isquémica puede resultar restrictiva y limitativa.

Palabras clave: Inequidad de género, enfermedad isquémica del corazón, gasto catastrófico, política de salud, Seguro Popular.

ABSTRACT

Unequal access to medical care for ischemic disease in women over 60 years of age, without social security, and subject to possible gender inequities in the public health system, can have unfavorable impacts on their health and economy. Information was gathered from women with ischemic heart disease, from 2011 to 2017, from the «Ignacio Chavez» National Institute of Cardiology in Mexico City (n = 1,910). The sample was divided among women from 40 to 60 and from 61 to 96 years old, as the threshold age of coverage of the popular insurance program is 60 years old. Of this group of women, 1,323 (69.26%) older than 60 years could not have access to care with this program. In conclusion, the policy of access to financing for third-level medical care in women over 60 years of age with ischemic disease can be restrictive and limiting.

Keywords: Inequality of gender, ischemic heart disease, catastrophic expenditure, health policy, Popular Insurance.

* Programa de Licenciatura en Promoción de la Salud, Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
** Doctora en Salud Pública, Departamento de Investigación Sociomédica, Instituto Nacional de Cardiología «Ignacio Chávez», Ciudad de México.
*** Doctor en Ciencias Físicoquímicas, Subdirección de Genómica Poblacional, Instituto Nacional de Medicina Genómica, Ciudad de México.
**** Doctora en Ciencias en Salud Colectiva, Departamento de Investigación Sociomédica, Instituto Nacional de Cardiología «Ignacio Chávez», Ciudad de México.

Correspondencia: MMC, mireya.martinez@cardiologia.org.mx

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Robles-Montenegro YY, Vallejo M, Hernández-Lemus E, Martínez-García M. *Posibles inequidades en la atención de la enfermedad isquémica del corazón en mujeres mexicanas.* Rev CONAMED 2019; 24(2): 73-79.

Financiamiento: Recursos propios del Instituto Nacional de Cardiología «Ignacio Chávez».

Recibido: 11/03/2019.
Aceptado: 30/04/2019.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

El concepto inequidad sanitaria entraña una valoración ética que pone de manifiesto las diferencias que en materia de salud son inaceptables, evitables e injustas.¹ Las inequidades sanitarias se han relacionado fuertemente con el sexo, la edad, la cobertura de algún seguro médico y el tipo de enfermedades crónicas.² Se dice de ellas que han sido el resultado de interacciones políticas y programas sociales imperfectos e injustos, así como de una distribución desigual de poder, ingresos, bienes y servicios.³

Comprender las inequidades en salud es esencial para contar con un marco conceptual sobre los factores sociales que afectan el proceso salud-enfermedad, así como para reunir la evidencia empírica para avanzar hacia la distribución equitativa de los recursos sanitarios.^{2,4} Las inequidades de sexo y la desigualdad en la seguridad social han sido ampliamente exploradas, aunque en contextos diferentes al nuestro.⁵⁻⁷ Sin embargo, han sido muy pocos los trabajos que han explorado las condiciones en Latinoamérica (LA). En LA, y particularmente en México, las enfermedades cardiovasculares (ECV) han sido responsables de millones de muertes; siendo el segundo país más grande en LA, se ha estimado que anualmente ocurre un evento isquémico cardíaco cada tres minutos.⁸

En el contexto de las ECV, la enfermedad isquémica del corazón (EIC) ha sido la principal causa de morbilidad y mortalidad entre las mujeres en la mayoría de los países industrializados y se encuentra entre las tres principales afecciones crónicas más graves y cada vez más comunes entre las mujeres de mayor edad (más de 65 años).^{6,9} Históricamente, la enfermedad isquémica ha sido considerada como una patología que aqueja principalmente al hombre de mediana edad, y es hasta fines de la década de los 2000 que se le consideró también como una enfermedad de mujeres ancianas, cuyos síntomas generalmente son atípicos o confundidos con otras comorbilidades y con un mayor riesgo de morir luego de una intervención coronaria percutánea.¹⁰

Se ha reportado también que las mujeres son menos propensas a recibir tratamiento basado en la evidencia, lo cual modifica el manejo posterior

al egreso hospitalario.¹¹ Mientras que las muertes por enfermedades cardiovasculares en los hombres han disminuido, el número de muertes en las mujeres no ha cambiado o incluso ha aumentado considerablemente, por lo que cada vez la brecha entre sexos en relación con la mortalidad continúa ensanchándose.¹²

Adicionalmente, existe el problema de la falta de recursos financieros agravada en este sector de la sociedad: la combinación de ser mujer, sola, pobre y envejecida aumenta sus desventajas sociales. La inequidad en las mujeres en edad de la vejez persiste sobre todo en el acceso a oportunidades para tener una mejor salud, bienestar y calidad de vida, alimentación, vivienda, educación, asistencia sanitaria, agua potable y electricidad.⁴

Los costos médicos anuales para tratar a una mujer con EIC frecuentemente son muy altos; por un lado, debido a los costos por la atención médica y manejo farmacológico, y por el otro, el manejo de las comorbilidades (la hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes y obesidad). Los costos asociados con la atención médica de las mujeres de 65 años y más son aproximadamente cinco veces mayores que los de las mujeres menores de 65 años.⁹

El costo médico durante la sobrevivencia de una mujer con EIC se ha estimado en \$423,000 dólares anuales; y al incorporar los costos iniciales de atención médica de estas pacientes con los costos médicos totales de por vida para tratar a una mujer con enfermedad isquémica, estos costos se pueden elevar hasta \$599,000 dólares anuales.^{13,14}

En México, por un lado, se han mantenido a la alza las tasas de morbilidad y mortalidad por EIC en hombres y mujeres de mayor edad; y por otro lado, los costos de la vida se han incrementado de tal suerte que alrededor de 11 millones de mexicanos siguen viviendo en pobreza extrema.¹⁵ Una de las medidas tomadas por el Sistema Nacional de Salud para aminorar esta situación fue la implementación de un Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS), el cual ha operado mediante el Seguro Popular (SP), un seguro voluntario que proporciona protección a individuos mexicanos sin seguridad social. Sin embargo, el SP brinda un acceso limitado a un paquete de servicios del *Catálogo Universal de Servicios de Salud* (CAUSES) y a un restringido número de enfermedades de alto costo o *enfermedades de gasto catastrófico*,

con una cobertura inferior a los seguros médicos de los institutos de seguro social laboral como el *Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS)* o el *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)*.¹⁶

El *Instituto Nacional de Cardiología «Ignacio Chávez» (INCICH)* es un centro de referencia hospitalaria para la atención cardiovascular de alta especialidad donde se atienden enfermos de escasos recursos, en especial aquéllos que carecen de alguna cobertura de seguridad social. Desde el año 2011, esta institución ha colaborado con el Sistema Nacional de Protección Social en Salud mediante el Seguro Popular para dar una mayor cobertura a la protección en salud, principalmente financiera, mediante la cobertura parcial del llamado gasto catastrófico por enfermedad isquémica: infarto agudo al miocardio.

La concepción del SP se presentó como una política de combate a la pobreza focalizada en la población mexicana más vulnerable, y desde que comenzó a operar, ha demostrado reducir en algunos sectores el empobrecimiento por el gasto catastrófico, especialmente entre las personas con menos recursos económicos, lo que a la vez ha contribuido en la reducción del gasto en salud global, del 3.3 al 0.8%.¹⁷ Sin embargo, pese a estas estrategias, para el 50% de la población, este gasto sigue socavando el gasto de bolsillo, atribuido en gran parte a las restricciones en la cobertura médica, como ha ocurrido con el acceso a la atención en el infarto del miocardio.¹⁸

La atención médica relacionada con un evento isquémico causa un gasto catastrófico de más del 50% del ingreso familiar. Desde el año 2011, el diagnóstico y el tratamiento de dichos eventos fueron incluidos en el cuadro de enfermedades catastróficas financiadas mediante el *Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC)*.¹⁹ Este esquema de pago incluye la cobertura monetaria por los gastos de atención médica especializada, diagnóstico, reperfusión farmacológica, procedimiento angioplástico y el costo del material quirúrgico de hasta tres *stents* o prótesis valvulares.¹⁸

En todos los casos, el gasto total a cubrir podría superar los \$120,000 MXN. No obstante, el impacto que esta política ha tenido sobre el beneficio social de la población sigue siendo limitativo y condicionado a ciertos criterios de inclusión, como:

la presencia del infarto en evolución, evidencia clínica y electrocardiográfica de presencia de un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), ser menor de 60 años, tiempo de ventana de reperfusión menor de seis horas, tiempo entre la presentación de los síntomas isquémicos y el primer contacto médico, y pertenecer a un estrato socioeconómico bajo o muy bajo comprobable comprendido en el nivel 0 a 3 de la clasificación socioeconómica del sector salud.

Por lo tanto, el propósito de este estudio fue presentar evidencia que contribuya a mejorar la comprensión sobre las posibles inequidades relacionadas con el manejo de la enfermedad isquémica del corazón en mujeres de mayor edad y el acceso al sistema de pago mediante el SP, atendidas en el Instituto Nacional de Cardiología «Ignacio Chávez» desde una perspectiva de género.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos clínicos y socioeconómicos se obtuvieron del archivo clínico del INCICH. Se incluyeron 1,910 casos de mujeres con EIC de 40 a 96 años de edad. La muestra se dividió en dos grupos: mujeres menores de 60 años y mujeres mayores de 60 años, por ser los 60 años la edad umbral de cobertura por el SP para el IAMCEST. Las variables utilizadas para el estudio se agruparon en 1) sociodemográficas: seguridad social, nivel socioeconómico, nivel de educación, estado civil, ocupación, localización geográfica y grado de n (*Tabla 1*: descripción de características generales), 2) factores de riesgo: autorreporte de tabaquismo, alcoholismo y edad, mediciones del índice de masa corporal (IMC), presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y colesterol total y 3) morbimortalidad según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10): reingresos hospitalarios relacionados con EIC (a partir de las 48 horas posteriores al egreso) y la mortalidad intrahospitalaria. Adicionalmente, se incluyó el monto total de la cuenta por evento de EIC (*Tabla 2*: descripción de factores de riesgo).

RESULTADOS

Como se puede apreciar en la *tabla 1*, del total del grupo de mujeres (1,910), 1,323 (69.26%) fueron mayores de 60 años, que sólo por el hecho de

Tabla 1. Descripción de características generales.

Características sociodemográficas, n (%)	Menores de 60 (n = 587)	Mayores de 60 (n = 1,323)
Con Seguro Popular	50 (8.52)	0 (0)
Clase socioeconómica 0-3	510 (86.88)	1,083 (81.85)
Educación media superior	531 (90.45)	1,227 (92.74)
Sin pareja	248 (42.25)	723 (55.65)
Ocupación, INEGI		
Desempleadas	66 (11.24)	280 (21.16)
Profesionistas y técnicas	40 (6.81)	20 (1.51)
Auxiliares administrativos	6 (1.02)	0 (0)
Comerciantes y ventas	36 (6.13)	16 (1.20)
Trabajadoras artesanales	12 (2.04)	141 (10.65)
Operadoras de maquinaria industrial	5 (0.85)	0 (0)
Actividades elementales y de apoyo	422 (71.89)	866 (65.45)
Localización geográfica		
Ciudad de México	255 (43.44)	709 (53.59)
Estado de México	163 (27.77)	293 (22.15)
Hidalgo	33 (5.62)	54 (4.08)
Michoacán	25 (4.26)	44 (3.33)
Guerrero	25 (4.26)	42 (3.17)
Grado de marginación, CONAPO		
Muy alto	73 (12.44)	129 (9.75)
Alto	116 (19.76)	284 (21.47)
Medio	71 (12.10)	209 (15.80)
Bajo	16 (19.76)	184 (13.91)
Muy bajo	230 (39.18)	509 (38.47)

Las variables categóricas se describen como frecuencias absolutas con proporciones, n (%).

tener más de 60 ya no pudieron tener acceso a la cobertura de salud gestionada por el programa del SP. Esto es especialmente serio si se considera que el 81.85% de este sector poblacional pertenecía al estrato socioeconómico más bajo, de 0 a 3; para las clases más desvalidas, cuyas condiciones de pobreza alimentaria pueden ser extremas, un gasto por EIC es realmente un gasto catastrófico. En México, esta problemática de la mujer adulta mayor las ubica en una situación muy vulnerable, tanto desde el punto de vista médico y de salud como por el lado económico y social.⁴

Adicionalmente, como se reporta en la *tabla 1*, nos damos cuenta de que más de la mitad de

las mujeres mayores no cuentan con una pareja, son mujeres que por esta situación no tienen el soporte social que se podría derivar de un compañero para enfrentar una situación de salud como la EIC, el 55.65% de estas mujeres se encuentra en esa condición. Por si esto fuera poco, estas mujeres no tienen cobertura de salud, ni siquiera por parte del seguro popular, por la posible inequidad basada en el género y en la edad, el 21.16% de ellas son desempleadas y del 65.45% que laboran, lo hacen colaborando en actividades elementales y de apoyo (quizá como cuidadoras). Mientras que sólo un 1.51% de ellas son profesionistas y un 1.20% se dedica al comercio o ventas; esencialmente,

Tabla 2. Descripción factores de riesgo.

Característica	Menores de 60 (n = 587)	Mayores de 60 (n = 1,323)
Factores de riesgo		
Autorreporte de tabaquismo, n (%)	246 (41.90)	365 (27.59)
Autorreporte de alcoholismo, n (%)	71 (12.09)	143 (10.81)
Edad (Me, RIQ)	55 (51-58)	71 (66-77)
Índice de masa corporal (Me, RIQ)	27.06 (24.61-30.40)	27.51 (27.21-27.80)
Presión arterial sistólica (Me, RIQ)	120 (110-133)	122 (110-140)
Presión arterial diastólica (Me, RIQ)	74 (70-80)	74 (70-80)
Colesterol total (Me, RIQ)	158.6 (129.5-196.4)	152.18 (123.66-187.75)
Morbimortalidad, n (%)		
Comorbilidades		
I25.8	563 (96.25)	1,239 (93.65)
I25.5	13 (2.21)	45 (3.40)
I21.0	141 (24.02)	260 (19.65)
I21.1	118 (20.10)	212 (16.02)
I24.8	73 (12.43)	185 (13.98)
I20	166 (28.27)	363 (27.66)
I70	236 (40.20)	503 (38.01)
Reingresos	42 (7.15)	133 (10.05)
Defunciones	26 (4.42)	132 (9.97)
Cuenta (promedio, DE)	42,000 (21,869)	25,919 (19,576)

Las variables continuas se describen como medianas con rangos intercuartiles (IQR, Q1-Q3) y como promedio y desviación estándar (DE); las variables categóricas se describen como frecuencias absolutas con proporción, n (%). Se usa la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) para describir las comorbilidades: I25.8, Otras formas de enfermedad isquémica crónica del corazón; I25.5, cardiomiopatía isquémica; I21.0, infarto transmural agudo de miocardio de la pared anterior; I21.1, infarto transmural agudo de miocardio de la pared inferior; I24.8, otras formas de enfermedad isquémica aguda del corazón; I20, angina de pecho; I70 aterosclerosis.

actividades laborales en el sector informal, escenario traducido en una limitación de acceso a los sistemas de protección social laboral.

DISCUSIÓN

Esta situación desventajosa se ve especialmente agravada por el hecho de que estas mujeres mayores de 60 años viven en lugares donde se tienen importantes grados de marginación. Por ejemplo, la *tabla 1* muestra que más del 30% de ellas viven en zonas de marginación alta o muy alta, de acuerdo al recuento estadístico del Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2010, en zonas donde no se cuenta con las condiciones para acceder a determinados bienes y servicios como el

acceso a saneamiento, agua potable, electricidad o a una educación; esto puede agravar aún más su condición de salud antes o después de un evento cardiaco.

Analizando esta tabla sociomédica podemos ver que estas mujeres presentan condiciones de riesgo mayor que la salud cardiovascular y para cuestiones prácticas se les dificulta una prevención primaria y una óptima prevención secundaria de las EIC. La *tabla 2* muestra el caso de las mujeres mayores de 60 años, cuya prevalencia de comorbilidades como la angina de pecho y la aterosclerosis puede relacionarse con una mayor prevalencia en el número de reingresos hospitalarios, lo cual representa gastos adicionales en cuanto consultas médicas, medicamentos y otros gastos relacio-

nados con el traslado a los centros de referencia de alta especialidad y puede dificultar o limitar la correcta y oportuna prevención secundaria ante un nuevo evento.

La inequidad observada en estas mujeres mayores es triple: son mujeres, de edad avanzada, en condiciones de pobreza y relegadas por un aparente sistema de salud restrictivo y limitativo. El problema, entonces, parece ser el hecho de que la política de salud, específicamente el programa del SP, está planeada con criterios que, si bien son igualitarios, no son equitativos. En México, este fenómeno nos deja ver que afrontamos una necesidad de atención médica equitativa no satisfecha.²⁰

Es interesante notar que aquí hay una inequidad basada aparentemente en la diferencia biológica entre hombres y mujeres. Como se ha reportado en la literatura, las enfermedades isquémicas del corazón se presentan con mayor frecuencia en hombres de mediana edad, y es más común en mujeres de edad avanzada, esto adicionalmente puede estar relacionado con los estilos de vida, la satisfacción de necesidades básicas, el nivel de escolarización o ingreso disponible, las cargas sociales relativas a los roles de género y las diferencias sexuales biológicas (hormonales).⁴⁻⁷

Los factores hormonales y no hormonales subyacen a las diferencias de sexo en el envejecimiento cardiovascular.¹⁰ En las mujeres, la prevalencia de la enfermedad coronaria obstructiva típica es baja antes de la menopausia y luego aumenta drásticamente después de los 50 años, afectando sólo al 14% de las mujeres menores de 45 años y hasta el 79% de las mujeres de 75 años o más.

Definitivamente, los patrones de envejecimiento vascular y remodelado cardiaco específicos de cada sexo y edad juegan un papel importante.^{5,6} Pero el contexto social y el derecho a la protección de salud con perspectiva de género son aspectos que invariablemente condicionan y modifican este proceso salud-enfermedad cardiovascular.

Por tal motivo, el replanteamiento de programas y políticas en el ámbito de la salud puede ser un factor crucial para garantizar el derecho a la atención de la enfermedad isquémica del corazón de las mujeres mexicanas mayores de 60 años y, de este modo, incidir en la disminución o erradicación de las inequidades basadas en el sexo y de

acuerdo a las características fisiopatológicas de hombres y mujeres.

CONCLUSIONES

La problemática del acceso restrictivo a la cobertura de salud del programa SP se ha complejizado por la situación biológica del sexo, la pobreza y la vejez. El estudio de esta relación se puede abordar mediante un mejor análisis de políticas públicas que pueden afectar a las poblaciones socialmente más desfavorecidas en términos de su impacto en los determinantes sociales y las inequidades en salud. La exploración de las diferencias relacionadas con este complejo fenómeno en la EIC proporciona una base para replantear las estrategias sociales y mejorar los resultados para las mujeres mayores. El objetivo último, y más importante, es disminuir las inequidades basadas en el sexo y las tasas de morbilidad y mortalidad para este sector vulnerable de la sociedad.

Para concluir, este estudio abordó, mediante un análisis basado en datos y criterios de inclusión del SP, un fenómeno aparentemente de política sanitaria limitativa y restrictiva de un sector de la sociedad muy vulnerable. Se espera que el análisis aquí propuesto contribuya a auxiliar a los tomadores de decisiones con el fin de que no pasen por alto esta situación y, asimismo, se amplíe el conocimiento basado en evidencia de estas y otras posibles y marcadas inequidades del sector salud mexicano.

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Arellano O, Blanco J. Desigualdad social e inequidades en salud: Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones. En Rev. Nueva época/salud problema. 2003; 8 (14-15): 8-16.
2. Alexopoulos EC, Geitona M. Self-rated health: inequalities and potential determinants. Int J Environ Res Public Health. 2009; 6 (9): 2456-2469.
3. World Health Organization. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. World Health Organization, 2009. pp. 145-146.
4. Salgado-de Snyder VN, Wong R. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. Salud Publica Mex. 2007; 49 (Suppl 4): S515-521.
5. Hayman LL, Worel JN. Reducing disparities in cardiovascular health: social determinants matter. J Cardiovasc Nurs. 2016; 31 (4): 288-290.

6. Larimer KA, Gulanick M, Penckofer S. Understanding Determinants of Cardiovascular Health in a Mexican American Community. *Health Promot Pract.* 2017; 18 (4): 534-544.
7. Moore JE, Mompe A, Moy E. Disparities by sex tracked in the 2015 National Healthcare Quality and Disparities Report: trends across national quality strategy priorities, health conditions, and access measures. *Womens Health Issues.* 2018; 28 (1): 97-103.
8. Padrón HS. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Rev Cubana de Salud Pública.* 2011; 37.
9. Rosas-Peralta M, Arizmendi-Uribe E, y Borrayo-Sánchez G. ¿De qué fallecen los adultos en México? Impacto en el desarrollo económico y social de la nación. La carga global de los padecimientos cardiovasculares. *Revista Médica del IMSS.* 2017; 55 (1): 98-103.
10. Turk-Adawi KI, Oldridge NB, Vitcenda MJ, Tarima SS, Grace SL. Secondary prevention recommendation attainment with cardiac rehabilitation: is there a gender disparity? *Womens Health Issues.* 2016; 26 (3): 278-287.
11. Khan E, Brieger D, Amerena J, Atherton JJ, Chew DP, Farshid A et al. Differences in management and outcomes for men and women with ST-elevation myocardial infarction. *Med J Aust.* 2018; 209 (3): 118-123.
12. Wenger NK. You've come a long way, baby: cardiovascular health and disease in women: problems and prospects. *Circulation.* 2004; 109 (5): 558-560.
13. Ash AS, Ellis RP, Pope GC, Ayanian JZ, Bates DW, Burstin H et al. Using diagnoses to describe populations and predict costs. *Health Care Financ Rev.* 2000; 21 (3): 7-28.
14. Birnbaum H, Leong S, Kabra A. Lifetime medical costs for women: cardiovascular disease, diabetes, and stress urinary incontinence. *Womens Health Issues.* 2003; 13 (6): 204-213.
15. Alberro JL. Costo fiscal de erradicar la pobreza extrema en México introduciendo un impuesto negativo al ingreso. *Estudios y Perspectivas, Series de la CEPAL, México, Abril 2018.*
16. Laurell AC. Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano. *Clacso,* 2013. p. 170.
17. OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016. "OECD Reviews of Health Systems. 2016. OECD. 2019, Available in: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>.
18. Martínez-García M et al. Public insurance program impact on catastrophic health expenditure on acute myocardial infarction. *Public Health.* 2018; 158: 47-54.
19. Chertorivski-Woldenberg S. Seguro popular: logros y perspectivas. *Gac Med Mex.* 2011; 147 (6): 487-496.
20. Martínez G. Política de asignación de recursos del Seguro Popular: análisis y recomendaciones. *Salud Publica Mex.* 2016; 58 (5): 577-583.

Cumplimiento de la NOM-253-SSA1-2012, Para disposición de sangre humana y componentes con fines terapéuticos

Compliance with NOM-253-SSA1-2012, for disposition of human blood and its components for therapeutic purposes

Judith Ponce Gómez,* Gandhi Ponce Gómez**

RESUMEN

* Jefe de Enfermeras del Banco de Sangre. Centro Médico «La Raza». Doctorado en Alta Dirección.

** Profr. de Carrera Titular A. definitivo. Unidad de Investigación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Doctorado en Ciencias de Enfermería.

Correspondencia:

GPG, gandhy_ponce@yahoo.com.mx

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Ponce GJ, Ponce GG. *Cumplimiento de la NOM-253-SSA1-2012, Para disposición de sangre humana y componentes con fines terapéuticos.* Rev CONAMED 2019; 24(2): 80-86.

Recibido: 13/08/2018.
Aceptado: 25/09/2018.

Introducción: La seguridad de las transfusiones es prioridad a nivel global. Se requiere determinar la seguridad transfusional con el control de la cadena transfusional. Los centros de colecta son pieza fundamental para el control de la calidad y seguridad en este proceso. **Objetivo:** Determinar el grado de cumplimiento de la NOM-253-SSA1-2012 por parte de los centros de colecta pertenecientes a un banco central de sangre como parte de las evaluaciones del sistema de gestión de calidad. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo y comparativo en servicios de centros de colecta de la Ciudad de México. Instrumento de recolección: lista de verificación de 330 ítems con base en la NOM-253-SSA1-2012 de los procesos con técnica de observación y entrevista. Se realizó conforme a los aspectos éticos de la investigación y el consentimiento informado de los participantes. **Resultados:** Los puestos de colecta dependientes del banco de sangre alcanzaron un nivel aceptable en su mayoría. Respecto al índice por dimensión se obtuvo: información y atención al donante (aceptable), estudio pre-donación (aceptable) y documentación y control de calidad (aceptable), envío de unidades y registro (aceptable); mientras que en el nivel pleno se ubican la selección del donante, la extracción y almacenamiento. **Conclusiones:** Actualmente en México no se cuenta con un sistema de evaluación que aporte datos relativos a los procesos de donación en centros de colecta que coadyuve en la toma de decisiones en materia de donación, lo que se traduce en una carencia de evidencia y de registro.

Palabras clave: Norma Oficial Mexicana, transfusión sanguínea, componentes sanguíneos.

ABSTRACT

Introduction: The safety of transfusions is a global priority. It is necessary to determine the transfusional safety with the control of the transfusion chain. The bleeding stations are a fundamental part for the control of quality and safety in this process. **Objective:** To determine the degree of compliance of NOM-253-SSA1-2012, by the collection centers belonging to a Central Bank of Blood, as part of the evaluations of the Quality Management System. **Methodology:** Quantitative, descriptive and comparative study in collection centers services of Mexico City. Collection instrument: 330 items checklist based on NOM-253-SSA1-2012 of the processes with observation and interview technique. It was carried out in accordance with the ethical aspects of the research and the informed consent of the participants. **Results:** The collection stations dependent on the blood bank reached an Acceptable level in its majority. Regarding the index by dimension we have: the information and attention to the donor (acceptable), the pre-donation study (acceptable) and the documentation and quality control (acceptable), sending of units and registration (acceptable); while the donor selection and the extraction and storage are located at the full level. **Conclusions:** Currently in Mexico, there is no evaluation system that provides data related to the donation processes in collection centers, which translates into a lack of evidence and registration, which contributes to the decision making at the donation process.

Keywords: Mexican Official Norm, blood transfusion, blood components.

INTRODUCCIÓN

La seguridad de las transfusiones se reconoce como una prioridad a nivel global. Con frecuencia la seguridad transfusional sólo se enfoca en el análisis de los resultados de las pruebas para las enfermedades transmisibles por transfusión bajo el impulso de los proveedores, pero actualmente se requiere además determinar la seguridad transfusional con el adecuado control de la cadena transfusional en todos los procesos que son cruciales para obtener los resultados en las pruebas y para transfundir a los receptores y los centros de colecta son pieza fundamental para el control de la calidad y seguridad en este proceso.

Un banco central de sangre como parte de un promedio de sus procesos llega a tener un total de 270 unidades de sangre al día, resultado de la captación de sangre. De enero a diciembre de 2014, en un banco central de sangre: las extracciones totales fueron de 86,600 unidades y se procesaron cerca de 235,871 hemocomponentes en el periodo mencionado. De dicha captación 45% es recolectada por los centros de colecta de sangre adscritos al banco central y pueden observarse diferentes inconsistencias en el cumplimiento de la normatividad vigente y en el manejo de los componentes por parte de estos centros de colecta. Los procesos internos de colecta y suministro pueden llevar consigo situaciones que inciden de manera directa en la calidad de los componentes sanguíneos. Esta circunstancia constituye la razón de este trabajo para evaluar los centros de colecta de sangre de acuerdo con la norma vigente.

El presente estudio tiene por objetivo primero, determinar el grado de cumplimiento de la NOM-253-SSA1-2012 por parte de los centros de colecta pertenecientes al banco central de sangre como parte de las evaluaciones del sistema de gestión de la calidad, su importancia a nivel nacional radica en este enfoque de evaluación con base en la norma vigente de 2012 y que aún no ha sido estudiada en México y segundo, proponer una estrategia basada en la evaluación de nueve centros de colecta de sangre que permitan obtener información sobre el cumplimiento de los apartados de la norma en los centros de colecta de sangre como mecanismo para detectar fortalezas y debilidades en vías de mejorar los procesos de recolección de sangre.

Los centros de colecta son establecimientos autorizados móviles o fijos con los elementos necesarios para la promoción de la donación, reclutamiento de donantes, extracción de sangre, conservación, almacenamiento temporal y envío de unidades de sangre humana al banco de sangre.

La transfusión como recurso innecesario y las prácticas peligrosas exponen a los receptores y donadores al riesgo de sufrir infecciones y reacciones transfusionales graves. Las transfusiones innecesarias también reducen la disponibilidad de productos sanguíneos para los pacientes que los necesitan.

Antecedentes de la transfusión

La primera transfusión en México la realizó el Dr. Abraham Ayala González en 1925 en el Hospital General de México, hacia 1930 aparecieron los primeros bancos de sangre y en 1956 se introdujo el empleo de bolsas de plástico.

La distribución por edades de los pacientes transfundidos varía considerablemente en función del país. Por ejemplo, el grupo de pacientes transfundidos con mayor frecuencia en los países de ingresos altos son los mayores de 65 años con 76% del total de transfusiones, mientras que en los países de ingresos bajos los niños menores de cinco años reciben 65%.¹

En los países de ingresos altos la transfusión es una intervención que se realiza habitualmente en cirugía cardiovascular, cirugía de trasplantes, traumatismos masivos y el tratamiento de tumores malignos sólidos y neoplasias sanguíneas. En los países de ingresos bajos y medios se utiliza más a menudo en casos de complicaciones gestacionales y de anemia infantil grave.¹

La OMS recomienda utilizar mecanismos para controlar y mejorar la seguridad del proceso de transfusión, por ejemplo, estableciendo comités de transfusión y hemovigilancia en los hospitales.

A nivel internacional 111 países tienen directrices nacionales sobre el uso clínico adecuado de la sangre.

- Tienen comités de transfusión 70% de los hospitales que realizan transfusiones en los países de ingresos altos y alrededor de 50% de los países de ingresos medios y bajos.

- Cuentan con sistemas de notificación de los acontecimientos adversos relacionados con las transfusiones en 93% de los hospitales que realizan transfusiones en los países de ingresos altos y en 63% de los hospitales en los países de ingresos medios y altos.
- Sesenta y siete por ciento de los países de ingresos altos tienen un sistema nacional de hemovigilancia, mientras que sólo 30% de los países de ingresos medios y bajos disponen de él.

Las infecciones transmitidas por transfusión en México tienen características particulares que probablemente guardan relación con la ubicación geográfica del país, su topografía, el clima y las características genéticas de la población. En otras palabras, la altiplanicie mexicana que caracteriza el clima en el centro del país debido a su altitud cambia el patrón de las infecciones, a pesar de que gran parte del país se ubica por debajo del trópico. Con base en esto, el riesgo residual de infecciones por transfusión resulta relativamente bajo:

- Hepatitis B: cerca o menos de un caso por 400 mil transfusiones.
- Hepatitis C: la prevalencia actual en donadores con las técnicas de gran sensibilidad (ELISA-quimioluminiscencia y NAT) aún es alta (0.07 a 0.4), muy superior a lo observado en países desarrollados (Estados Unidos: 0.004).
- VIH: es notable que en México a pesar de una prevalencia de 0.044 a 0.15% con técnicas inmunoenzimáticas, el riesgo residual de infección es muy cercano al de países desarrollados (de uno a dos casos por millón de transfusiones).
- Chagas: a pesar de su prevalencia en el país (de 0.7 a 2% por anticuerpos IgM), la ausencia de contaminación en receptores de sangre reactiva sugiere que los receptores nacionales tienen inmunidad natural.
- Dengue: como ejemplo de infección emergente en nuestro país no hay a la fecha evidencia de ello; lo mismo ocurre en el caso del virus del oeste del Nilo.

Las disposiciones generales de la NOM-253-SSA1-2012 marcan que la sangre y componentes sanguíneos para uso terapéutico deberán reunir los requisitos de calidad necesarios a fin de que resulten

inocuos o no patogénicos, funcionales y, en su caso, viables. Para ello, la evaluación del donante, la obtención, la extracción, los análisis, conservación, preparación, suministro, transportación, recepción, utilización y, en su caso, destino final se efectuarán observando los lineamientos que establecen esta norma y demás disposiciones aplicables.²

Existen documentaciones derivadas de investigación del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea que avalan que el principio de los bancos de sangre es la obtención eficiente y oportuna de los componentes sanguíneos inocuos y de calidad suficiente; además de que la NOM 253 señala que todos los bancos de sangre deben contar con un sistema de gestión de calidad, con el fin de garantizar la seguridad y calidad de las unidades de sangre y componentes sanguíneos así como la de los servicios prestados.³

Dentro de las tareas del responsable sanitario del establecimiento, el o los encargados del sistema de gestión de la calidad deberán observar las disposiciones siguientes: asegurarse de que el personal esté capacitado en el uso y la aplicación de los procedimientos normalizados de operación que integran el sistema de gestión de calidad y los demás documentos a los que haga referencia el sistema así como los requisitos para su desarrollo.² Esto compromete al personal de salud no sólo en la calidad del producto transfundido, sino en la eficiencia y eficacia del procedimiento y la atención brindada durante el mismo.

Actualmente en México no se cuenta con un sistema de hemovigilancia que aporte datos relativos a las reacciones o eventos adversos en donantes o receptores, lo que se traduce en una carencia de evidencia y de registro que coadyuve en la toma de decisiones en materia de salud pública, a diferencia de los países con alto índice de desarrollo humano donde tienen técnicas rutinarias de laboratorio que incluyen la biología molecular en su tamizaje de enfermedades infecciosas.⁴ La hemovigilancia es el conjunto de medidas que una vez implementadas permiten desde detectar, registrar y analizar la información relativa a los efectos y reacciones adversas que puedan producirse en los donantes de sangre o de células troncales hasta el seguimiento de las reacciones o efectos adversos ocurridos en los receptores, con el objeto de prevenir su aparición o recurrencia.⁵

Respecto a la frecuencia de contaminación bacteriana en componentes sanguíneos Alcaraz en 2013 detectó que el sistema abierto de transfusión es el más contaminado con una frecuencia de 0.85%, mientras que el sistema cerrado tiene una frecuencia de 0.36%. En total en este estudio de un hospital de tercer nivel de atención de la Ciudad de México se detectó 1.22% de contaminación bacteriana en los componentes sanguíneos provocados por *Propionibacterium acnes* y *Staphylococcus coagulasa* negativos.⁶

Chargoy, Quezada y Cacique en 2014⁷ en un estudio de evaluación de transfusión de hemocomponentes concluyen que había un apego de 84.6% en la aplicación de la guía para el uso clínico de la sangre en un hospital regional del ISSSTE y que ello permitía evitar riesgos transfusionales a corto, mediano o largo plazo a la vida del paciente, ya que detectaron 10.8% de prácticas transfusionales de concentrado eritrocitario innecesarias y 35.3% en el caso de plasma fresco congelado; situación que es similar en otro estudio realizado en Michoacán, México, en el que Sánchez (2010) reporta transfusión inadecuada entre 50 y 90%.⁸

La sensibilización de todo el personal que realiza la venopunción es importante, ya que es la base para que todo el proceso de obtención, separación, almacenamiento y destino final llegue a buen término.⁹ Se coincide con Lozano,⁹ quien considera que para reducir el riesgo de sepsis asociada a transfusión se debe mejorar el examen del donador y la técnica antisepsia de la piel, limitar el tiempo de almacenamiento de los componentes sanguíneos, examinar bacteriológicamente la posible contaminación con microorganismos, desinfectar los baños de agua y tener un programa riguroso de hemovigilancia.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo de investigación según su tipo es: estudio cuantitativo, transversal y descriptivo y comparativo. La unidad de análisis fue constituida por el personal médico, enfermeras, químicos y auxiliares de laboratorio en los servicios de todos los centros de colecta adscritos al Banco Central de Sangre de la Ciudad de México y Estado de México. El análisis estadístico comprendió una prueba piloto (alpha Cronbach 0.84) en una unidad

colectora con características semejantes a las de la unidad de análisis y la aplicación en nueve centros de colecta, teniendo oportunidad de estudiar toda la población.

El instrumento denominado «cumplimiento de NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos en un centro de colecta» está constituido por siete dimensiones:

- información y atención al donante
- selección del donante
- documentación y control de calidad
- estudio pre donación
- envío de unidades y registros
- extracción y almacenamiento
- proceso de asepsia y RPBI (residuos peligrosos biológicos infecciosos).

Se realizó una ponderación de cumplimiento en el indicador como se muestra en la *tabla 1* y se realizaron pruebas de correlación por medio del paquete estadístico SPSS V. 21.

Esta investigación se sustentó en las leyes nacionales y principios éticos como el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki y la Ley General de Salud. Se protegió la identidad de los participantes en el proceso de evaluación.

RESULTADOS

El nivel de cumplimiento de acuerdo con las dimensiones estudiadas se ubica entre aceptable y alto grado como lo muestra la *tabla 2*. La información

Tabla 1. Ponderación para el nivel de cumplimiento de la NOM-253-SSA1-2012.

Nivel de cumplimiento	Indicador de 0 a 50
Pleno	81-100
Alto grado	61-80
Aceptable	51-60
Insatisfactorio	41-50
Deficiente	21-40
No cumple	10-20

Fuente: Listas de cotejo aplicadas en nueve centros de colecta.

Tabla 2. Grado de cumplimiento promedio en los siete procesos evaluados de acuerdo con la NOM-253-SSA1-2012.

Proceso	Media	D.E.	Interpretación de acuerdo con ponderación
Información y atención al donante	56	1.626	Aceptable
Selección del donante	86	1.417	Pleno
Documentación y control de calidad	59	0.547	Aceptable
Estudio predonación	57	0.944	Aceptable
Envío de unidades y registros	57	1.178	Aceptable
Extracción y almacenamiento	81	1.456	Pleno
Proceso de asepsia y RPBI	66	1.655	Alto grado

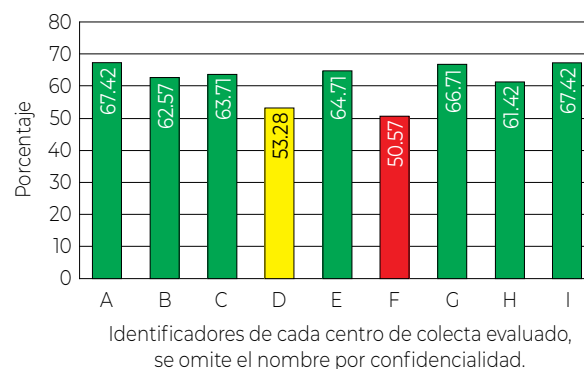
Fuente: Listas de cotejo aplicadas en nueve centros de colecta.

y atención al donante (aceptable), el estudio pre-donación (aceptable) y la documentación y control de calidad (aceptable), envío de unidades y registro (aceptable); mientras que en el nivel pleno se ubican la selección del donante, la extracción y almacenamiento y por último el proceso de asepsia y RPBI se encuentra en alto grado de apego a la norma.

Respecto a la comparación de los resultados obtenidos por puesto de sangrado se utilizó χ^2 para detectar diferencias estadísticas entre el promedio de cumplimiento de la norma por el centro de colecta y no se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$), lo que indica la inexistencia de diferencias; es decir, el nivel de cumplimiento es igual en todos los centros de colecta (Figura 1).

Se buscó correlación entre dimensiones detectándose por prueba de relación de Spearman una correlación de fuerza alta y positiva entre las dimensiones: documentación y control de calidad y el proceso de asepsia y RPBI ($r_s = 0.725$, $p = 0.027$), lo que significa que a mayor cumplimiento en el proceso de documentación y control de calidad, mayor cumplimiento en el proceso de asepsia y RPBI (situación que explica 72% de los casos en que ocurre el evento). Es importante resaltar que una documentación sistemática lleva a un proceso de registro mejorado y por lo tanto el personal de salud mejora sus intervenciones de acuerdo con la norma en específico en el proceso de asepsia y RPBI.

Así también se detectó correlación por prueba de Spearman de fuerza alta y positiva entre estudio de predonación y la extracción y almacenamiento ($r_s = 0.800$, $p = 0.010$), mostrando de manera similar



Clasificación	Ponderación (porcentaje alcanzado)
Pleno	81-100
Alto grado	61-80
Aceptable	51-60
Insatisfactorio	41-50

Fuente: Listas de cotejo aplicadas en nueve centros de colecta.

Figura 2. Nivel de cumplimiento de acuerdo con la NOM-253-SSA1-2012 por centro de colecta.

a la anterior que el estudio de predonación realizado correctamente condiciona que el personal de salud realice una extracción y almacenamiento adecuados y dentro de los lineamientos planteados en la norma.

DISCUSIÓN

Es evidente que la falta de congruencia entre el saber y el hacer respecto al manejo de los hemocomponentes

no es privativa del personal de salud de los hospitales de México. En varios países se observa también este tipo de problemática. Hijji, Parahoo, Hussein y Barr¹⁰ en 2013 coinciden en una inconsistencia entre el nivel de conocimientos y la aplicación de éstos en el manejo de hemocomponentes, situación que concuerda con el presente estudio.

La mayor parte de los bancos de sangre en México tiene deficiencias en las áreas físicas, equipamiento, capacitación de recursos humanos o insumos que les impiden un aseguramiento de la calidad en sus procesos. Situación que discrepa con lo observado por Batista y Rattner en 2016, quienes manifiestan que en su estudio de servicios de hemoterapia privados y públicos de 560 unidades al menos 74% alcanzan clasificaciones de riesgo bajo y 12% de riesgo medio alto y alto por deficiencias en sus prácticas que atañen a la infraestructura de los servicios.¹¹

Chargoy, Quezada y Cacique en 2014⁷ en un estudio de evaluación de transfusión de hemoderivados concluyen que había un apego de 84.6% en la aplicación de la guía para el uso clínico de la sangre en un hospital regional del ISSSTE y que ello permite evitar riesgos transfusionales a corto, mediano o largo plazo a la vida del paciente; mientras que en nuestro caso, se tiene que los nueve puestos de colecta alcanzan sólo el nivel de aceptable de acuerdo con la poderación calculada para la medición de apego a la norma, lo que pone de manifiesto riesgo de parcial a medio de los resultados del proceso de colecta así como la necesidad de realizar estudios tanto en el personal que maneja el proceso de principio a fin y de las reacciones adversas en los donantes y receptores.

CONCLUSIONES

Tomando en cuenta el grado de cumplimiento de la norma vigente en los centros de colecta, podría decirse que ha sido aceptable; se contribuyó a la toma de decisiones de los equipos de trabajo de los mismos dependientes del banco de sangre así como al trabajo interdisciplinario para generar un instrumento de medición *ad hoc* y a la propuesta de talleres de capacitación del personal responsable de la colecta.

Los bancos de sangre tienen la enorme responsabilidad de incrementar la seguridad transfusional,

misma que demanda la producción de componentes sanguíneos de calidad para los pacientes y/o donadores; la normatividad vigente NOM-253-SSA1-2012 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos contribuyen a la confianza general, dictando las medidas necesarias para alcanzar el objetivo planeado. Para lograr dicho cometido el banco de sangre depende en gran medida del aprovisionamiento de componentes por parte de sus centros de colecta. La inclusión del personal de enfermería competente en áreas de banco de sangre y servicio de transfusiones puede contribuir a una mejor gestión de éstos.¹²

La investigación realizada ofrece a la unidad hospitalaria una guía para implantar diferentes programas de capacitación, motivación y supervisión libre de improvisaciones, lo que daría como resultado beneficios múltiples para la institución y los trabajadores. Asimismo, las correcciones en el proceso de cumplimiento de una norma de disposición de sangre sin duda se verán reflejadas en los beneficios de una selección y sensibilización de la donación altruista, de una ejecución de procesos más eficiente y eficaz y seguramente de la certificación de unidades hospitalarias a nivel central y foráneo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Disponibilidad y seguridad de la sangre a nivel mundial. [Internet] 2012. [Acceso 2017-01-01] Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/blood-safety-and-availability>
2. Diario Oficial de la Nación NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. [Internet] México, 2012. [Acceso 2017-02-14] Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5275587&fecha=26/10/2012
3. Vite-Casanova MJ, Novelo-Garza B, Camacho-Morales JL. Fraccionamiento de la sangre y su control de calidad con base a la NORMA NOM-253-SSA1-2012. *Rev Mex Med Tran*. 2014; 7 (1): 12-15.
4. Rojo-Medina J. Enfermedades infecciosas transmitidas por transfusión. *Panorama internacional y en México. Gac Med Mex*. 2014; 150 (1): 78-83.
5. Secretaría de Salud. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Programa de

- Acción Específico de Seguridad de la Sangre y de las Células Troncales [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2015 [Acceso 2017-05-18]. Disponible en: <http://cnst.salud.gob.mx/descargas/transfusionsanguineaversion5.pdf>
6. Alcaráz-López JL. Control de calidad microbiológico en componentes sanguíneos en un banco de sangre [Tesis]. México: FES Zaragoza-UNAM; 2013.
 7. Chargoy-Vivaldo E, Quezada-Bolaños S, Cacique-Sánchez C. Evaluación de la transfusión de hemoderivados en el Hospital Regional Presidente Juárez del ISSSTE, Oaxaca, de acuerdo con la Guía para el uso clínico de la sangre. *Rev Hematol Mex.* 2014; 15 (4): 174-183.
 8. Bosch-Llobet MA. Un análisis crítico de a quién y cuándo transfundimos. *Rev Mex Med Tran* [Internet]. 2010 [Acceso 2016-02-14]; 3 (1): 22-29. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/transfusional/mt-2010/mt101e.pdf>
 9. Lozano-Estrella L. Evaluación *in vitro* de los concentrados plaquetarios obtenidos por aféresis en el Banco de Sangre del Hospital ABC [Tesis de Postgrado]. México: Facultad de Medicina-UNAM, y The American British Cowdray Hospital; 2001.
 10. Hijji B, Parahoo K, Hussein MM, Barr O. Knowledge of blood transfusion among nurses. *J Clin Nurs.* 2013; 22 (17-18): 2536-2550.
 11. Batista-Silva J, Rattner D. A Vigilância sanitária no controle de riscos potenciais em serviços de hemoterapia no Brasil. *Rev Saude Debate/Rio de Janeiro* [Internet]. 2016 [Acceso 2016-02-22]; 40 (109): 136-153. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00136.pdf>
 12. Arias K, Lameda N, Méndez A, Mendoza M. Nivel de conocimiento del personal de enfermería en la administración de hemocomponentes. Unidad de Emergencia "Dr. Ruy Medina Morales" Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda" [Internet]. Barquisimeto, Venezuela, 2005, pp. 1-77. [Acceso 2017-07-13] Disponible en: <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TIWIY18N582005.pdf>

El cuidado enfermero como elemento de la satisfacción del paciente

The nurse care as an element of patient satisfaction

Ana Gabriela Méndez-Jiménez,* Fabiola Morales Ramón,** Aralucy Cruz León**

RESUMEN

La enfermería es una profesión y ciencia que con el paso de los años ha venido ganando el reconocimiento de la sociedad; sin embargo, reconocer la profesión de enfermería en el bien actuar y el bien hacer no sería posible si no existiese el paciente como juez, pues es éste quien al recibir el cuidado evalúa la atención de la enfermería a través de la satisfacción que obtiene. Por ello, alcanzar la calidad y seguridad en el cuidado que brinda la enfermería y los servicios de salud es la meta principal en todas las instituciones. En virtud de lo anterior, es fundamental conocer lo que conlleva el cuidado en el modo interpersonal y técnico dentro del quehacer de la enfermería para garantizar la satisfacción de los usuarios de salud y así alcanzar las expectativas en beneficio de los pacientes. En consecuencia, este ensayo considera el concepto de cuidado como la esencia de la enfermería y el elemento primordial de la satisfacción del paciente en la calidad de la atención.

Palabras clave: Cuidado, satisfacción, enfermería, paciente.

ABSTRACT

Nursing is a profession and science that, with the passage of the years, has been gaining the recognition of society, however, recognize the nursing profession in the well act and doing well, it would not be possible if the patient did not exist as judge; this is the person who, when receiving care, evaluates nursing care through the satisfaction that it obtains. Therefore, to achieve quality and safety in the nursing care and health services is the main goal in all institutions, given the above, it is essential to know what is involved in interpersonal and technical care within to do nursing, to ensure the satisfaction of health users and thus achieve the expectations for the benefit of patients. Consequently, this essay considers the conception of care as the essence of nursing, and a fundamental element of patient satisfaction in the quality of care.

Keywords: Care, satisfaction, nursing, patient.

* Enfermera Especialista en Cuidados Intensivos.

** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora Investigadora de tiempo completo.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.

Correspondencia: AGMJ, anna_dfamj@hotmail.com

Conflicto de intereses: Las autoras declaran que no tienen.

Citar como: Méndez-Jiménez AG, Morales RF, Cruz LA. *El cuidado enfermero como elemento de la satisfacción del paciente.* Rev CONAMED 2019; 24(2): 87-90.

Recibido: 21/12/2017.

Aceptado: 02/04/2018.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

Desde el principio de la historia de la humanidad ha existido el cuidado y se ha visualizado en distintas formas. Escritos antiguos describen cómo nuestros antepasados a través de distintas acciones cuidaban de ellos mismos y de su grupo social o familia para poder subsistir. Se entiende que realizaban actividades como la caza en manada para alimentar a sus familias, se vestían con las pieles de los animales, usaban el fuego para protegerse de las intensas heladas en aquellas épocas y cultivaban la tierra para obtener otra fuente alimenticia;¹ incluso en la Biblia se relata el esmero y la dedicación que Dios puso en Adán y Eva al crear un sitio (paraíso) donde pudiesen vivir adecuadamente.

Aunque lo anterior no exprese específicamente la palabra «cuidado», refiere desvelo, preocupación personal e interpersonal, características que apropia el teólogo Leonardo Boff² a la definición de dicha palabra, en la que señala el cuidado como el modo de ser ético o responsable por el que una persona se compece y se esmera poniendo atención en su propio ser, el medio social donde vive o en las demás personas que lo rodean.

A su vez, para el filósofo Martin Heidegger³ el cuidado significa «cuidar de» y «velar por», lo que incluye el cuidado de objetos, medio ambiente y de otros, es decir se entiende como una preocupación y desvelo por parte de la persona que cuida a un ser.

De manera semejante, la Real Academia de la Lengua Española define la palabra «cuidado» como asistencia, solicitud y atención para hacer algo bien, guardar y/o conservar algo, así como los sentimientos de recelo y preocupación.

Teniendo en cuenta que la palabra «cuidado» tiene distintos significados históricos, es preciso examinar dónde surge el cuidado como elemento de satisfacción de los pacientes en la atención de la enfermería.

DESARROLLO

La enfermería ha venido construyendo un cuerpo de conocimientos que la establecen como profesión; sin embargo, antes de que se constituyera

como tal, se le llamaba actividad u oficio como consecuencia social, puesto que desde el inicio de la humanidad ha existido la necesidad inherente de velar por los más desprotegidos. Al principio este desvelo por otra persona fue una actividad reconocida a través de las nodrizas, mujeres de clase social baja y monjes, que cuidaban a niños huérfanos o enfermos, la idea central que estimuló el cuidado a los demás fue el amor al prójimo.⁴

Acorde con lo que impulsó a los monjes a cuidar de los demás, el amor al prójimo es una característica que algunas filósofas de la enfermería han destacado como parte del proceso de cuidado en la formación humanística del profesional de enfermería; tal es el caso de Watson que desarrolló los factores de cuidado en el proceso *caritas*, el cual significa aprecio, valoración, dedicación y atención especial o afectuosa. Katie Eriksson retoma el amor y caridad como significado de *caritas* al señalarlo como obligación humana y parte fundamental de la ciencia del cuidado.⁵

De manera semejante Marilyn Anne Ray menciona que el cuidado es la relación caritativa y el buen actuar, la relación del amor como compasión ante una respuesta de sufrimiento o necesidad, trascendiendo éste como fundamento del cuidado espiritual.

Por otra parte, Kari Martinsen⁵ interpreta el cuidado como efecto de una vocación que de forma innata se forja como ley de vida y atañe el amor amistoso para dar una respuesta ética por medio de la atención a otro individuo.

Asimismo, Florence Nightingale, movida por su fe cristiana e inquietud por los temas sociales que se suscitaban en su época, reconoció su vocación por el servicio al prójimo e inició su entrenamiento en la enfermería, que no era reconocida en ese entonces debido a que sólo se basaba en principios y tradiciones.⁶ La enfermería tuvo mejor reconocimiento en el momento en que Florence Nightingale, uniendo sus ideales de servicio a los demás junto con sus conocimientos estadísticos, realizó una excelente labor en la guerra de Crimea. En consecuencia empezó a afirmarse que la investigación es el camino del conocimiento de la enfermería.

Considerando la existencia del amor en el cuidado como elemento innato y ético del ser humano, es primordial hacer énfasis en la

responsabilidad del «bien hacer», en el que hay discernimiento del hacer práctico profesional de la enfermería. Este bien hacer dirige su acción hacia el dominio de la práctica y la toma de decisiones razonadas para brindar cuidado. Motivo y razón por la que Vera Waldow⁷ subraya que los pacientes se sienten seguros y satisfechos cuando reciben del personal de enfermería un cuidado competente y hábil, acompañado de consideración, comprensión, amabilidad y respeto. De tal forma, al estar la enfermera frente al paciente se relaciona con éste y aparte de brindar cuidados específicos como los procedimientos técnicos, provee de distintas formas cuidados interpersonales, ya sea verbal, visual, de contacto e incluso con el silencio.

Lo antes mencionado es muy relevante si se toma en cuenta el cuidado como la esencia de la enfermería en el actuar con el paciente; sin embargo, este cuidado va más allá de lo que puede apreciarse en la enfermería, ya que trasciende en el paciente y en cada una de las instituciones donde se ejerce la profesión de las y los enfermeros.

Esto es así, ya que en el mundo se habla de calidad como la cualidad deseable y prometedora de los servicios de enfermería y de salud. De esta manera la calidad como condición de un servicio puede calificarse mala, buena o excelente y está íntimamente acompañada de la satisfacción de los pacientes.

De ahí que Ishikawa, Donabedian y Garvin⁸ han descrito las dimensiones que implican calidad en la prestación de un servicio, en la que radica el elemento interpersonal y técnico, ambos componentes se ven reflejados día a día en la atención de la enfermería y desempeñan un papel primordial en la satisfacción de los pacientes.

La dimensión interpersonal incluye el aprecio, la amabilidad, el respeto, la dedicación, atención afectuosa, el amor, la caridad y todos los elementos intangibles que pueden existir en la comunicación verbal o no verbal en la relación con otro ser (paciente). A su vez, la dimensión técnica conlleva habilidad, destreza y conocimiento del ejercicio como las técnicas de enfermería (aplicación de medicamentos, colocación de sondas o catéteres, etc.), las cuales tienen propósitos, procesos y fundamentos. Estas dimensiones corresponden plenamente al

cuidado como la esencia de la enfermería en su carácter ético, humano y disciplinar.

Otro rasgo a resaltar en cuanto a la satisfacción y el cuidado es reconocer que la esencia de la enfermería en la atención del paciente no tendría trascendencia si no existiera un juez que valore el bien actuar y el bien hacer. Por ello, el paciente en su naturaleza de recibir cuidado tiene el derecho y la facultad de juzgar el servicio del personal de salud. La razón importante de que el ser cuidado (paciente) juzgue este servicio es que califica la calidad de la atención recibida a través de su satisfacción. Es el reconocimiento de la oportunidad para mejorar las debilidades en las áreas, en el ejercicio profesional y en la comprensión de las necesidades de los usuarios. A este juicio se le conoce hoy en día en los servicios de salud como satisfacción del paciente o usuario y actualmente se le utiliza como punto de partida de muchas instituciones, públicas y privadas, como autoevaluación y forma de mantenerse a la vanguardia en las necesidades que los pacientes requieren con el paso del tiempo.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta que el cuidado es la esencia del actuar de la enfermería, la administración encargada del personal de enfermería en las instituciones de salud, en su carácter de gestor, debe comprometerse a potenciar el desarrollo de las habilidades interpersonales y técnicas del personal de enfermería, de su organización y a realizar evaluaciones de mejora continua a través de la satisfacción de los pacientes, sin olvidar la dimensión interpersonal y técnica en las que se desenvuelve el cuidado de enfermería.

Los usuarios de los servicios de salud tienen el completo derecho a recibir calidad en sus cuidados por parte del personal de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alarcón-García E. Arqueología de las actividades de mantenimiento: un nuevo concepto en los estudios de las mujeres en el pasado. @rqueología y Territorio. 2010; (7): 195-210.
2. Boff L. El cuidado esencial: ética de lo humano compasión por la tierra. Madrid: Editorial Trotta; 2002. p. 72-84.

3. Ramírez-Pérez M, Cárdenas-Jiménez M, Rodríguez-Jiménez S. El Dasein de los cuidados desde la fenomenología hermenéutica de Martín Heidegger. *Enferm Univ.* 2015; 12 (3): 144-151.
4. Hernández-Martín F, Del Gallego-Lastra R, Alcaraz-González S, González-Ruiz JM. La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cult Cuid.* 1997; 2 (2): 21-35.
5. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 7a ed. España: Elsevier; 2011. p. 118-198.
6. Young P, Hortis De Smith V, Chambi MC, Finn BC. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. *Rev Méd Chile.* 2011; 139 (6): 807-813.
7. Waldow-Vera R. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index Enferm.* 2014; 23 (4): 234-238.
8. Ariza C, Daza de Caballero R. Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2008. p. 15-21.

Atención a la salud materna oportuna y apropiada: un abordaje desde los derechos humanos (DDHH)

Timely and appropriate maternal health care: an approach based on human rights

Azalia Pintado González,* Oliva López Arellano**

RESUMEN

En el artículo se aborda la salud materna como un derecho integral; ligado a tal abordaje, se hace una revisión del concepto de salud materna. También se revisan de manera breve las condiciones de atención durante el embarazo, parto y puerperio en México y su relación con la transgresión de los derechos de las mujeres. Finalmente, en el documento se fundamenta y plantea la necesidad de integrar la perspectiva de derechos humanos en la provisión de servicios de salud materna, con la finalidad de brindar una atención oportuna y apropiada.

Palabras clave: Atención, salud materna, derechos humanos.

ABSTRACT

The article addresses maternal health as an integral right, linked to such an approach, a review of the concept of maternal health is made. The conditions of care during pregnancy, childbirth and puerperium in Mexico and its relation to the transgression of women's rights are also briefly reviewed. Finally, the document is based on and raises the need to integrate the perspective of human rights in the provision of maternal health services, in order to provide timely and appropriate care.

Keywords: Attention, maternal health, human rights.

* Doctorado en Salud Colectiva.

** Coordinadora del Doctorado en Salud Colectiva.

Universidad Autónoma Metropolitana, Campus Xochimilco.

Correspondencia:

APG, azalia_pintado@hotmail.com

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Pintado GA, López AO. *Atención a la salud materna oportuna y apropiada: un abordaje desde los derechos humanos (DDHH)*. Rev CONAMED 2019; 24(2): 91-94.

Financiamiento:

No se contó con financiamiento.

Recibido: 19/09/2018.

Aceptado: 17/01/2019.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud es reconocido como un derecho humano fundamental e inalienable, mismo que alcanza reconocimiento a nivel internacional y obliga a los estados a definir garantías y que, en su mala práctica, llega a atentar contra la vida de las personas. En este sentido, la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (CDESC) reconoce el Derecho a la Salud¹ y el «Protocolo de San Salvador» establece la posibilidad de medir los alcances para garantizarlo;² ambos instrumentos vinculantes demarcan claramente obligaciones establecidas para los Estados, así como los elementos relativos para ejercerlo.

Retomando la perspectiva de ambos documentos, las obligaciones del Estado Mexicano en lo relativo al derecho a la salud incluyen:

- Respetar, proteger y garantizar tal derecho.

Así como el reconocimiento de los elementos para poder ejercerlo:

- Disponibilidad de servicios necesarios para atender a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.
- Accesibilidad a servicios de salud materna.
- Aceptabilidad de los servicios de salud materna.
- Calidad al otorgar servicios durante el embarazo, parto y puerperio.

¿Pero cómo se configura el derecho a la salud materna?, considerando que la postura es la defensa de los derechos humanos (DDHH) teniendo como base los dos documentos vinculantes mencionados, se considera el derecho a la salud materna como un derecho que incluye una visión integral de la salud, donde el entorno físico, psicológico y social adquiere relevancia. En virtud de ello, debería abordar lo siguiente:

- a) Todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, parto, hasta el postparto³ (OMS, 2016).
- b) Los medios para lograr la consecución del más alto nivel posible de salud de las mujeres durante las tres etapas obstétricas.⁴

- c) Atención otorgada sin discriminación alguna de género, grupo étnico al cual pertenece, clase social o religión.^{‡§}

La atención a la salud materna y la transgresión sistemática de derechos.

En el año 2010, el CONEVAL mostró que el 77% de las mujeres fallecidas en México por enfermedad hipertensiva del embarazo (muertes ocurridas en el año 2009) eligió como primera opción el primer nivel de atención para atenderse por emergencia obstétrica.

Para 2012, el mismo CONEVAL⁵ mostró la existencia de limitantes para el acceso a instituciones de salud con capacidad resolutive, identificó también ineficacia en el manejo clínico, limitaciones en habilidades y competencias médicas, además de un nulo beneficio para las mujeres al asistir a más de siete consultas prenatales y estar afiliadas al seguro popular.

En el mismo sentido, el Observatorio de Mortalidad Materna en México⁶ (2018) y el CONEVAL (2012) han evidenciado en sus informes otros determinantes sociales, tales como: la desigualdad económica, educativa y cultural. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe⁷ (CEPAL) reafirman a los grupos étnicos como aquéllos que presentan situaciones más desfavorables respecto a sus condiciones de vida, y en particular de salud.

Por otro lado, investigaciones como las de Sachse y cols. (2012),⁸ Méndez y Cervera⁹ (2009) muestran que las instituciones públicas de salud, al brindar servicios de salud materna en contextos donde predomina la población indígena, continúan realizando procedimientos no recomendados por la OMS¹⁰ y la NOM-007-SSA2-2016 en las salas de parto.¹¹

Un dato a considerar es que, en el año 2012, México recibió diez recomendaciones emitidas por

‡ Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada por la Asamblea General de la ONU el 10 de diciembre de 1948.

§ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, 1979. Artículo 12. Puede consultarse en: https://www.unicef.org/panama/spanish/MujeresCo_web.pdf

el Sistema Internacional de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), por deficiencia en la atención a mujeres embarazadas que tuvieron como consecuencia su fallecimiento¹² (CEDAW, 2013).

El contraste de las evidencias muestra la violación reiterada de una serie de derechos relacionados con la salud materna.

- Derecho a la salud en sus dos dimensiones fundamentales: los determinantes sociales y los sistemas de atención médico sanitaria que remiten al Derecho a la protección de la salud.
- Derecho a la integridad física, psíquica y moral.
- Derechos relacionados con la igualdad y no discriminación.

La situación para las mujeres solicitantes de atención durante el embarazo, parto y puerperio se torna entonces más compleja, debido a que el análisis de documentos como la NOM-007-SSA2-2016, el programa de Salud materna y perinatal 2013-2018 y la Guía de Práctica Clínica para la Atención del Embarazo de Bajo Riesgo no justifican de manera clara y precisa la atención a la salud materna desde una perspectiva de derechos (Pintado, sf).

LOS DDHH COMO HERRAMIENTA PARA LA TRANSFORMACIÓN SOCIAL

Iniciaremos comentando que el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas reconoce explícitamente la mortalidad materna como un tema de DDHH (CDHNU, 2009). Tocante a esto, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, en el informe denominado *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los DDHH a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad* (2012), reitera que el enfoque de DDHH en la prevención de la mortalidad y morbilidad materna promueve la mejora en la calidad de la atención en salud materna, considera a las mujeres como agentes activas con derecho a participar en las decisiones que se toman sobre sus cuerpos y sus vidas y reconoce las obligaciones jurídicamente vinculantes que tiene el Estado para garantizar los derechos

fundamentales de las mujeres—incluyendo la prestación de servicios de salud oportunos, resolutivos y de calidad que satisfagan las necesidades de las mujeres—.¹³ El informe considera los elementos citados como claves para garantizar los derechos a la salud, la no discriminación, el consentimiento informado y el buen trato.

En la misma línea, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2016), como resultado de un proceso participativo a nivel regional liderado por UNFPA/LACRO en colaboración con los Ministerios de Salud de Bolivia, Ecuador y Perú, diseñó estándares de salud materna con enfoque intercultural con la finalidad de mejorar la calidad de la atención materna para las mujeres indígenas de las Américas y la erradicación de la inequidad en salud.¹⁴

Al respecto, Nicaragua es un ejemplo tangible de la implementación de estándares e indicadores en el proceso de atención materna basado en DDHH y tal logro se ha conseguido mediante el Ministerio de Salud (MINSAL), los Consejos y Gabinetes del Poder Ciudadano y la colaboración de algunas agencias internacionales.¹⁵

CONCLUSIÓN

El presente documento reafirma a la salud como un derecho inclusivo que comprende:¹⁶

1. Atención a la salud oportuna y apropiada.
2. Acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas.
3. Suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada.
4. Vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente.
5. Acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

No obstante, en esta ocasión el documento se centra en el tópico No. 1 y, en este sentido, la consideración principal es: integrar la perspectiva de derechos humanos en la provisión de servicios de salud materna, con la finalidad de brindar atención oportuna y apropiada.

Lo cual puede hacerse tangible mediante las siguientes acciones:

- a) Enunciar de manera clara y precisa los derechos a los que las mujeres deben tener acceso al solicitar y recibir atención materna en documentos como la Ley General de Salud, la NOM-007-SSA2-2016 y el Programa de Acción Específica.
- b) Describir claramente en el Programa de Acción Específica que las dimensiones para garantizar el derecho a la protección de la salud materna son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, con la finalidad de tener indicadores y elementos tangibles que permitan a las mujeres poder ejercer tal derecho.

En conclusión, la importancia de integrar la perspectiva de derechos humanos en la provisión de servicios orientados a atender a las mujeres durante el embarazo, parto, complicaciones obstétricas, puerperio, atención inmediata del/la recién nacido/a y planificación familiar puede ayudar a generar estándares que garanticen la calidad, cobertura y oportunidad en la atención de la salud de las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

1. Observación General No. 14 planteada, Art. 12 (2000). En referencia al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. [Acceso: 03-12-2016]. Disponible en: [http://www.hchr.org.co/publicaciones/libros/Manual%20Calificacion%20de%20conductas%20Volumen%20II%20\(segunda%20parte\).pdf](http://www.hchr.org.co/publicaciones/libros/Manual%20Calificacion%20de%20conductas%20Volumen%20II%20(segunda%20parte).pdf).
2. Derecho a la Salud. Bases técnico-metodológicas para el informe de México al Protocolo de San Salvador. Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Derechos Humanos, Comisión Nacional de Derechos Humanos. 2015. p. 20.
3. Organización Mundial de la Salud. Nota Descriptiva, septiembre de 2016. [Acceso 01-12-2016] Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
4. Chávez V. Salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. Revista de derechos humanos-Defensor. 2012. pp. 60-64.
5. Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010. Características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. CONEVAL, México, 2012.
6. Observatorio de Mortalidad Materna. 2018. [Acceso: 03-07-2018]. Disponible en: http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/BOLETINES_15_2018_COMPLETO.pdf.
7. Taller de discusión "Insumos para el diseño, implementación y seguimientos de políticas y planes de salud para la Juventud Indígena" OPS-CEPAL Santiago, Chile, 30-31 octubre de 2017. [Acceso: 19-11-2018]. Disponible en: <https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/cepal-informacion-fdelpopolo.pdf>
8. Sachse M, Sesia P, Pintado A, Lastra Z. Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. Revista CONAMED. 2012; 17 (Sup. 1): 4-15.
9. Méndez G, Cervera M. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. Revista Salud Pública de México. 2002; 44 (2): 129-136.
10. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto Organización Mundial de la Salud, pp 10. 2015. [Acceso: 22-02-2017]. Disponible en: file:///E:/trabajo%20de%20parto/directrices_OMS_parto_es.pdf.
11. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Servicios de Salud. Diario Oficial de la Federación. México. [Acceso: 03-12-2016]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016.
12. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. 52º período de sesiones del 9 a 27 de julio de 2012. México. [Consultado el 10-11-2016]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/CEDAW_C_MEX_CO_7_8_esp.pdf
13. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad, A/HRC/21/22. Ginebra: ONU. 2012. [Acceso: 01-07-2018]. Disponible en: www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21_22_sp.pdf.
14. Estándares de salud materna con enfoque intercultural Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2016 [Acceso: 30-06-2018]. Disponible en: https://www.msh.org/sites/msh.org/files/estandares_de_salud_materna_con_enfoque_intercultural_2016.pdf.
15. Informe de Buenas Prácticas sobre Mortalidad y Morbilidad Materna. Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos de Nicaragua. 2016 [Acceso: 30-06-2018]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/MortalityAndMorbidity/Nicaragua.pdf>.
16. López A, López M. Derecho a la Salud en México. Universidad Autónoma Metropolitana. 2015, pp. 61, 70-71.

Análisis de casos de pacientes psiquiátricos

Analysis of cases of psychiatric patients

Carina Gómez Fröde*

RESUMEN

Este artículo presenta cinco casos de pacientes psiquiátricos con una pobre red familiar. ¿Qué se puede hacer cuando no hay familia que cuide y atienda al enfermo mental, o cuando la familia no cuenta con las capacidades y habilidades necesarias para enfrentar esta situación? Si bien el tratamiento y la reinserción social mejoran cuando una familia comprometida y responsable se implica y acompaña al paciente en el proceso, ¿qué se hace si no existe familia alguna para acompañar al enfermo? ¿Qué papel juega el estado social y las políticas públicas en la atención de esta problemática? La Convención de Derechos de las Personas con Discapacidades creó un derecho nuevo: el derecho a vivir en la comunidad. Este derecho implica que las personas vivan en la comunidad y accedan a los mismos servicios que todos, en lugar de estar institucionalizadas y asignadas a *ghettos* administrativos. Éste es el gran reto.

Palabras clave: Enfermedad mental, apoyo familiar, trato digno, necesidad de nuevos modelos de apoyo.

ABSTRACT

This article presents five cases of psychiatric patients with a poor family network. What can be done when there is no family to take care of the mentally ill, or when the family does not have the necessary skills and abilities to face this situation? Although treatment and social reintegration improve when a committed and responsible family is involved and accompanies the patient in the process, what is done if there is no family to accompany the patient? What role does the social state and public policies play in addressing this problem? The Convention on the Rights of Persons with Disabilities created a new right: the right to live in the community. This right implies that people live in the community and access the same services as everyone, instead of being institutionalized and assigned to administrative ghettos. This is the great challenge.

Keywords: Mental illness, family support, dignified treatment, need for new support models.

* Doctora en Derecho por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. Es actualmente Directora General de Arbitraje Médico en la CONAMED. Fue jefa de la Unidad de Postgrado de la Facultad de Derecho de la UNAM y Directora del Seminario de Derecho Procesal. Fundadora de la videoteca jurídica de dicha institución. Abogada postulante en derecho procesal familiar y autora, entre otros, de *Derecho Procesal Familiar* (Porrúa) y *El arte cinematográfico para la enseñanza del derecho y de la teoría general del proceso* (Tirant Lo Blanche). Es miembro de la Asociación Internacional de Derecho Procesal, Vicepresidente por México, Centroamérica y el Caribe del Instituto Iberoamericano de Derecho Procesal y Expresidente del Colegio Nacional de Profesores de Derecho Procesal.

Correspondencia: CGF, cgomez@conamed.gob.mx
freude.carina@gmail.com

Conflicto de intereses:
La autora declara que no tiene.

Citar como: Gómez-Fróde C. *Análisis de casos de pacientes psiquiátricos*. Rev CONAMED 2019; 24(2): 95-104.

Financiamiento:
Ninguno.

Recibido: 18/07/2018.
Aceptado: 21/02/2019.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

Probablemente no exista otro ámbito de la salud cuyos usuarios y usuarias hayan sido objeto de maltrato y vejaciones que pueda compararse con lo que han sufrido el colectivo de personas con un trastorno mental. ¿Cuáles han sido los «tratamientos» que se les han aplicado a través de la historia?¹

En México, la Castañeda fue una institución modelo, que reflejaría el afán modernizador del país por el gobierno porfirista y un espacio de especialización y actualización para los profesionales de la medicina; sin embargo, se convirtió en un sitio de horror.

Según la historiadora Cristina Sacristán,² la Castañeda no es más que «un mal sueño para la psiquiatría mexicana», por el mal cuidado que recibían los pacientes, la negligencia médica que sufrían, las terribles condiciones sanitarias e incluso por ser víctimas de tortura. La construcción estaba diseñada para albergar a mil quinientos pacientes, y tenían a más de tres mil quinientos atendidos por un muy deficiente cuerpo médico, lo que hizo que se convirtiera en un lugar de sufrimiento.

Los centros psiquiátricos se convirtieron en un almacén de enfermos donde el objetivo fundamental era su custodia y su alejamiento de la sociedad.

Durante siglos, parte de la sociedad occidental, al referirse a personas con discapacidad mental, se les ofendía con peyorativos como tarados, enajenados, imbéciles, idiotas, débiles mentales, retrasados, etc. Hoy en día, la Organización Mundial de la Salud prefiere calificar estos padecimientos como trastornos mentales o patologías psicológicas. Con el desarrollo de las teorías de protección de los Derechos Humanos de las personas, el paradigma del trato inhumano dentro de los hogares y los psiquiátricos pretende ser modificado. Pero ante un problema tan complejo, en la actualidad se sostiene que tanto el paciente como su familia deben colaborar para mejorar el cumplimiento del tratamiento y evitar el aislamiento o abandono. Sin embargo, ¿qué se puede hacer cuando no hay familia que cuide y atienda al enfermo mental, o cuando la familia no cuenta con las capacidades y habilidades necesarias para enfrentar esta situación? Si bien el tratamiento y la reinserción social mejoran cuando una familia comprometida y

responsable se implica y acompaña al paciente en el proceso, ¿qué se hace si no existe familia alguna para acompañar al enfermo? ¿Qué papel juega el estado social y las políticas públicas en la atención de esta problemática? La Convención de Derechos de las Personas con Discapacidades creó un derecho nuevo: el derecho a vivir en la comunidad. Este derecho implica que las personas vivan en la comunidad y accedan a los mismos servicios que todos, en lugar de estar institucionalizadas y asignadas a *ghettos* administrativos. Éste es el gran reto.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presentan a continuación cinco casos de pacientes psiquiátricos derivados de quejas o denuncias presentadas por el propio paciente o por sus familiares en contra de personal de salud y que fueron resueltas por médicos y abogados de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. En todos los casos observamos una pobre red de apoyo familiar. Impotencia y desesperación del personal de salud para atender estos casos. Falta de opciones ante la cruda realidad.

Caso 1

El caso a analizar corresponde a un paciente masculino, de 57 años de edad, con antecedentes de trastornos de la conducta antisocial desde los 20 años, con múltiples ingresos a hospitales psiquiátricos, con adicción a drogas psicoactivas y esquizofrenia paranoide. Ha estado en confinamiento en reclusorio durante 15 años por delito de robo. Tiene antecedentes de hipertensión arterial sistémica de largo tiempo de evolución, en control con diversos medicamentos. Es el tercer hijo de una familia de cinco hermanos, sin padre (finado) y familia disfuncional. Madre de 82 años, activa, en línea de pobreza, quien padece tumor meníngeo en tallo cerebral, no operable, de pobre pronóstico a mediano plazo. El último internamiento, motivo del presente análisis, por los diagnósticos de trastorno mental por conducta antisocial y del comportamiento relacionado a consumo de drogas. Fue llevado por la madre y dos de sus hermanos, quienes firmaron como responsables directos del cuidado del paciente, y signaron el correspondiente consentimiento

informado en nombre del paciente, en donde se comprometieron a recibirlo en cuanto fuese dado de alta. Durante los 14 años de internamiento se describió que fueron pocas las visitas que tuvo el paciente por parte de sus familiares. Tuvo tratamiento farmacológico intrahospitalario continuado a base de carbamacepina, haloperidol, olanzapina, y clonacepam, en que se concluyó que, del trastorno mental y del comportamiento secundario a drogas y trastornos de personalidad antisocial, se encontraba ya con síntomas residuales, sin conductas agresivas, sin errores de juicio grave, ni reportes de agresión durante su estancia. Fue en dos ocasiones que el equipo multidisciplinario de salud determinó darlo de alta hospitalaria, en ambas la decisión de su egreso se basó en términos de mejoría y máximo beneficio, en ambas fueron previamente analizado y consensuado por un equipo colegiado de expertos multidisciplinario de la institución, cuyo plan siempre consistió en dar continuidad a la medicación prescrita y seguimiento de sus problemas psiquiátricos por la consulta externa de la especialidad. En sendas ocasiones se intentó, por el Servicio de Trabajo Social, contactar con los responsables del paciente. En reunión de la madre y uno de sus hermanos con los especialistas del hospital psiquiátrico (tres meses después de la decisión médica de su egreso), se les informó del alta hospitalaria, los familiares la objetaron aduciendo no tener dónde recibirlo. Está registrado que en 26 ocasiones distintas, se intentó avisar a los familiares de la segunda alta hospitalaria, y al no acudir después de varios avisos e intentos de localización de los familiares, personal del hospital (un médico psiquiatra, una enfermera y un camillero) acudieron cuatro meses después de la fecha del alta y múltiples avisos, a entregarlo al domicilio de la madre, quien finalmente lo recibió, pero se inconformó por este hecho. De tal manera que poco tiempo después, de ese mismo día, la madre acudió en taxi con el paciente para abandonarlo frente del hospital. Se intentó dar aviso al Ministerio Público sin éxito, debido a que la autoridad consideró que el paciente como adulto podía tomar sus propias decisiones y en ese sentido sólo él podría solicitar de manera voluntaria la atención médica o bien quedarse en su núcleo familiar. Se intentó

en 10 ocasiones después de su alta, por parte del personal de Trabajo Social, contactar con los responsables legales del cuidado del paciente para coordinar con ellos su cuidado, su asistencia a los controles médicos en la consulta externa de la especialidad, así como continuar proporcionando la medicación requerida, incluso en nota de Trabajo Social se le ofrece a la madre y a uno de los hermanos responsables mediar en los trámites para ingreso a un C.A.I.S. (Centro de Atención e Integración Social), pero alegaron los familiares no tener tiempo para hacerlo. Finalmente, y ante el reclamo de la madre ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se ofreció y se realizó, como medio conciliatorio, una evaluación de las condiciones de salud del paciente, por el equipo multidisciplinario del hospital psiquiátrico donde llegaron a las mismas conclusiones diagnósticas iniciales de su alta: de ser un paciente sólo con síntomas residuales que requería continuar su tratamiento como externo aunado a la indispensable reinserción a su núcleo familiar y social.

En este caso, se observa la negación de la familia para poder afrontar el problema y hacerse cargo de su familiar. La madre incluso denunció la violación a sus Derechos Humanos porque no estuvo de acuerdo con el alta médica y consideró que su hijo debía «permanecer de por vida» internado en el hospital psiquiátrico. También se destacan los esfuerzos del personal de salud para tratar sin éxito de reintegrarlo al seno familiar. Sin embargo, no existe máximo beneficio alguno al dar de alta a este paciente, ya que la madre es una anciana mayor que vive en línea de pobreza y que no tiene la capacidad para hacerse cargo de su hijo. Por ello, no es posible utilizar la frase «se da de alta a un enfermo mental para su máximo beneficio», ya que en este caso no existe seguridad alguna de que el paciente tendrá un mayor confort físico y emocional reintegrándolo a una familia que no desea ver al enfermo ni hacerse cargo de él.

Caso 2

Paciente con diagnóstico de esquizofrenia de episodios múltiples. Inició su padecimiento a los 23 años de edad, posteriormente a presentar desorganización de la conducta, marcada

irritabilidad y otras que le llegaron a generar riesgo como desnudarse, salirse de la casa e irse con extraños, por lo que fue atendida en dos instituciones. Presentó intensificación de síntomas negativos de esquizofrenia, lenguaje concreto y simple, aislamiento social. Durante su seguimiento en consulta externa se brindó información acerca de los riesgos de suspender el fármaco; sin embargo, manifestó renuencia a la toma del medicamento, lo que generó que los síntomas psicóticos se exacerbaban y condicionó que en tres ocasiones fuera llevada al Servicio de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto. Posteriormente a identificarse insomnio global, además de conductas de riesgo para su integridad, como agresividad autodirigida al golpearse la cabeza con el puño, tirarse y golpearse contra el piso y la pared, alucinaciones auditivas y visuales, se ofreció hospitalización en el instituto con los objetivos: 1. Realizar los estudios de laboratorio y gabinete que fueran necesarios. 2. Recibir el tratamiento requerido de acuerdo al diagnóstico, lo cual aceptaron la paciente y su familiar responsable. Durante la hospitalización se reinstaló tratamiento con olanzapina comprimida, vía oral, 10 mg al día, que se fue incrementando en forma gradual a lo largo de tres semanas hasta olanzapina comprimida, vía oral, 30 mg al día debido a falta de respuesta, ya que continuaba con desorganización conductual, con ideas delirantes de daño, de contenido místico-religioso, alucinaciones visuales, lenguaje incoherente, suspicaz, con insomnio global, así como conducta disruptiva. La evolución de la sintomatología continuó siendo tórpida y persisten los síntomas. Dada la evolución tórpida, a los 28 días de estancia intrahospitalaria, se consideró manejo con terapia eléctrica para el mejor control de los síntomas, a fin de proporcionar un tratamiento eficaz y seguro y estabilizar los síntomas, lo que se explicó a la paciente y a su familiar, quienes aceptaron el tratamiento. Se describió el procedimiento de terapia eléctrica a la paciente y al familiar responsable, a quienes se les explicó los beneficios del procedimiento y los posibles riesgos, y aceptaron y firmaron el consentimiento informado. A los 32 días de estancia intrahospitalaria, se inició la terapia eléctrica con la que la paciente mostró

franca mejoría de síntomas y posteriormente a ello, se decidió otorgar permisos terapéuticos; es decir, salir de hospitalización y convivir en su domicilio con familiares y allegados. El primer permiso terapéutico fue por horas, cursó sin eventualidades y con marcada mejoría de los síntomas, corroborada por sus familiares. Dada la mejoría observada por el personal médico y por la propia familia, se otorgó un segundo permiso terapéutico de fin de semana. La paciente salió de la institución estable respecto a los síntomas psiquiátricos, con signos vitales en rangos normales, sin fiebre y sin portar alguna condición médica. Durante los días de permiso, los familiares la identificaron somnolienta, irritable, aislada y negativista, lo que informaron al regresar del permiso terapéutico, así como de molestia para deglutir. La paciente fue encontrada poco abordable y poco cooperadora a la entrevista, a la exploración sin síntomas extrapiramidales, ni de otro tipo, con signos vitales dentro de rangos normales, con temperatura de 36 °C, frecuencia cardiaca 80/min, frecuencia respiratoria 20/min, presión arterial 120/80. El día lunes 29 de febrero de 2016, durante su novena sesión de terapia eléctrica, presentó pico febril de 39 °C, saturación de oxígeno de 84% por medio de medición de oxímetro de pulso. A la exploración física de campos pulmonares, con estertores de localización apical izquierda; en radiografía de tórax se identificó la presencia de imagen sugestiva de proceso neumónico basal izquierdo con alveolograma; citometría hemática con parámetros fuera de rango, con leucocitosis de $1.77 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos de 85%; se tomó muestra de exudado faríngeo (que posteriormente se reportó negativo). Se trasladó en ambulancia, acompañada por personal médico y familiar responsable a hospital de enfermedades respiratorias en donde clínicamente se descartó influenza y se diagnosticó neumonía basal izquierda asociada a cuidados de la salud, hipoxemia leve y factores de riesgo para neumonía adquirida en la comunidad. A pesar de la estricta administración de medicamentos, continuó con fiebre intermitente de 38 grados, por lo que se solicitó nueva radiografía de tórax que reportó área de consolidación nodular centro acinar, basal, izquierda con alveolograma, atelectasia laminar basal y

opacificación del ángulo costo diafragmático derecho. Es importante hacer notar que desde el día lunes 29 de febrero, la paciente contó de forma permanente con acompañante las 24 horas. A las 20:30 horas del sábado 05 de marzo de 2016, se le encontró en Reposet, sin respuesta a estímulos verbales, ni dolorosos, sin pulsos palpables, ni frecuencia respiratoria, por lo que el equipo médico procedió a realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar que se continuaron hasta las 21:27 horas, hora en que se declaró la defunción por insuficiencia respiratoria aguda por neumonía adquirida en la comunidad y se procedió a realizar trámite correspondiente de defunción.

En este caso, se trató de un paciente con factores de riesgo por padecer de una neumonía bacteriana adquirida en la comunidad y asociados a cuidados de la salud, uso de antipsicóticos, trastorno de esquizofrenia, mal apego al tratamiento que propició una mala evolución de la enfermedad, así como estancia hospitalaria. Ante la conducta de riesgo que presentaba (autolesiones y autoagresividad), en forma correcta se indicó hospitalización, se reinició tratamiento con olanzapina, que ameritó incremento paulatino hasta llegar a la dosis máxima dada la falta de respuesta de la paciente, por lo que fue necesario el cambio de antipsicótico a amisulprida, el cual también se manejó a dosis terapéutica progresiva, sin obtenerse respuesta. Hubo consentimiento informado suscrito por la madre familiar responsable, donde se le hizo conocedora de los objetivos del tratamiento, entre los cuales se señaló específicamente: «recibir el tratamiento requerido de acuerdo al diagnóstico», así como: «para que se proporcione el tratamiento inicial y de mantenimiento requeridos», por lo que era conocedora de posibles cambios en la terapéutica, los cuales autorizó. Ante la persistencia de la sintomatología (desorganización conductual, ideas delirantes de daño, alucinaciones, insomnio global y conducta disruptiva), se le propuso a la paciente y familiar responsable (madre) la terapia electroconvulsiva, por lo que suscribió el consentimiento informado en donde autorizaba dicho procedimiento para el que no existen contraindicaciones absolutas, sino situaciones de riesgo relativas a la hora de aplicar el tratamiento.

Caso 3

Paciente del sexo masculino de 50 años de edad, con antecedente de obesidad tipo I y dependencia a tabaco. Fue hospitalizado por cuadro de ansiedad y dificultad respiratoria, fue valorado por el Servicio de Psiquiatría que diagnosticó de ansiedad paroxística, ansiedad generalizada, supresión de nicotina e insomnio no orgánico, se inició tratamiento con antidepresivo (sertralina) y ansiolítico (clonacepam), egresó con indicación de cita a seguimiento por Psiquiatría y a Otorrinolaringología para realizar polisomnografía. Acudió por insomnio no orgánico, se indicó zolpidem (hipnótico/sedante) y clonacepam. En diciembre de 2011, acudió a Psiquiatría por síntomas depresivos, ansiedad e insomnio, se indicó sertralina, clonacepam y zolpidem. Acudió a Psiquiatría por ansiedad y nerviosismo de tres semanas de evolución, inquietud psicomotriz, dificultad para la concentración y atención, incremento en el consumo de tabaco, dificultad para respirar y dolor precordial, se diagnosticó ansiedad paroxística, ansiedad generalizada y episodio depresivo mayor, se indicó sertralina, clonacepam y zolpidem, con pronóstico reservado a evolución clínica y apego al tratamiento. Refirió disminución de la ansiedad, bajo nerviosismo e inquietud psicomotriz, se ponderó episodio depresivo mayor en remisión, se ajustó el tratamiento. Acudió a Urgencias por exacerbación de la sintomatología, se solicitó valoración a Psiquiatría que documentó suspensión de clonacepam hacia 10 días, presentando ansiedad y estrés laboral, se reinició ansiolítico, se indicó incapacidad por dos días. Se documentó asistencia variable a citas de control y uso de medicación antidepresiva inconstante, así como limitación funcional para el desempeño diario, se indicó incapacidad por seis días, cita a seguimiento, se ajustó manejo a base de sertralina, clonacepam y zolpidem. Manifestó poca mejoría, inestabilidad por cambios laborales, se otorgó incapacidad por 14 días. Psicología inició aplicación de inventario multifásico de la personalidad Minnesota y se aplicó subescala de Wechsler para adulto, pruebas proyectivas y se continuó con el inventario multifásico de la personalidad. Psiquiatría documentó

que continuaba con episodio depresivo mayor de intensidad moderada, trastorno de ansiedad generalizada de intensidad moderada, insomnio no orgánico, síndrome de dependencia al tabaco. Psicología realizó su reporte e indicó trabajo psicológico de apoyo. Psiquiatría reportó discreta mejoría, otorgó incapacidad por dos semanas. Psiquiatría consideró mantener medidas psicoeducativas e instrucciones por Psicología y Psiquiatría, seguimiento clínico, mantener medicación antidepresiva, ansiolítica e hipnótica, reinserción a sus actividades por mejoría en la funcionalidad para el desempeño y en control de los síntomas afectivos de ansiedad y estrés, otorgó incapacidad por dos días y alta a laborar. Se indicó mantener medidas psicoeducativas, mantenerse en actividades laborales y cita seguimiento. Se reportó sin limitación en el área funcional, se citó en cuatro semanas. Psicología reportó adaptación laboral, mejoría anímica, con baja tolerancia a la frustración, otorgando cita para seguimiento.

Es de destacarse en este caso que se concedió al paciente una cantidad considerable de incapacidades solicitadas por éste para dejar de asistir a su trabajo. En este caso no se tiene documentado apoyo familiar de ninguna especie y en las conclusiones a las que arribó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico se determinó que se apreciaron deficiencias en la atención médica otorgada al paciente, pues al no modificar el tratamiento farmacológico ante la persistencia de la sintomatología depresiva se favoreció la recurrencia del trastorno depresivo y, con ello, se exacerbó la sintomatología de los otros trastornos psiquiátricos coexistentes, y con ello impidió la integración del paciente a sus actividades de la vida diaria.

Caso 4

El caso a analizar corresponde a paciente, masculino, de 60 años de edad al momento del acto reclamado, del que se reportó el antecedente de haberse diagnosticado con esquizofrenia paranoide desde los 24 años de edad, requiriendo múltiples internamientos y tratamientos, pero con mal apego a los mismos, por pobre red de apoyo familiar, así como falta de recursos

económicos. La última hospitalización documentada fue por presentar heteroagresividad, errores de juicio y conducta, cursando durante este internamiento con neumonía nosocomial que requirió atención médica en el Hospital General. Reingresó al Hospital Psiquiátrico con evolución favorable y del que egresó con control posterior en la consulta externa referida hasta el año 2015, pero con asistencia irregular y nuevamente sin apego al tratamiento indicado.

En este caso se mostró una evidente falta de apego al tratamiento médico establecido, aunado a la falta de apoyo familiar y de recursos económicos, habiéndose reportado en forma reiterada, durante los más de 30 años de atención médica otorgada en esta institución, la ausencia del paciente por periodos prolongados en la consulta externa de Psiquiatría donde era citado para su seguimiento y control, siendo llevado por sus familiares y amistades hasta la agudización del cuadro con la presencia de agresividad verbal y física por parte del paciente. Asimismo, el hermano, familiar responsable del paciente, manifestó la falta de recursos económicos para adquirir los medicamentos; sin embargo, a pesar de que fue enviado a la Clínica de Adherencia Terapéutica y al Programa de Donativo de Medicamentos de Comité Ciudadano, tampoco hubo adherencia, e incluso se reportó la baja de este último programa, al no haber acudido a las citas para que le fuera dotado el medicamento, lo que condicionaba la falta de respuesta al tratamiento. Durante ninguno de los 18 internamientos documentados, se observó que hubiera sido motivo de tortura, ni de encierro, de lo que sí hay evidencia es de que hubo necesidad de indicarle la sujeción gentil, por la agresividad que mostró, y como medida de seguridad para él y el personal médico y de Enfermería, sujeción que, cabe señalarlo, no está contraindicada en pacientes como el de mérito; y obra la carta de consentimiento bajo información y autorización de sujeción física del paciente, con firma del hermano del paciente.

En la Norma Oficial Mexicana, NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, vigente al momento de los hechos que ocupan, se establece en el parágrafo

8.19: «No ser sometido a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a procedimientos legalmente establecidos y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros, o se trate de una situación grave y el paciente esté afectado en su capacidad de juicio y, en el caso de que de no aplicarse el tratamiento, se afecte su salud», lo cual era el supuesto del caso de mérito. En el caso del aislamiento, de ser el caso que éste sí se hubiese indicado en el paciente, aunque de ello no hubo evidencia documental que lo acreditara; al respecto, en la Norma Oficial Mexicana, NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, vigente al momento de los hechos que ocupan, se señala en el siguiente párrafo: 4.6.2. «El aislamiento del enfermo sólo se aplicará de manera excepcional y para proteger la salud y la integridad del propio enfermo y de quienes lo atienden y rodean, de acuerdo con el criterio del médico responsable. El paciente bajo este tipo de medida quedará al cuidado y vigilancia de personal calificado, en todo momento».

Caso 5

Paciente femenino de 50 años de edad. Presentó queja contra los médicos de una institución de salud por considerar que se ponen de acuerdo contra ella, de mandarla a psiquiatría contra su voluntad, por estar confabulados contra ella para inventarle una enfermedad mental ya que según ella, no padece de trastornos mentales. Afirma que los médicos que no tienen la especialidad de psiquiatría no están capacitados para dar diagnósticos de trastornos mentales. A su decir, la confabulación de todos los médicos del hospital es para catalogarla como enferma mental con el propósito de desacreditarla. Al considerar que se le hizo daño, solicita que se compruebe documentalmente si son correctos los diagnósticos de trastornos mentales emitidos por los médicos del hospital. Presentó queja y se somete al arbitraje e inmediatamente ha objetado por escrito cada fase del proceso arbitral por siempre de manera anticipada alegando parcialidad, manipulación de pruebas y confabulación con la otra parte, sin

aportar pruebas, así como objetar la intervención del personal de la comisión. Aceptó primero, pero no permitió finalmente, una evaluación psiquiátrica para mejor proveer que planteó la comisión, argumentando lo mismo: esta evaluación fue preparada para conspirar en su contra.

Con actitud de resentimiento y enojo, buscando cualquier coartada para pretextar que no se le atiende. Entra en rivalidad y descalificación hacia la figura del médico, no acepta la atención médica. Si se le contradice muestra actitudes de enojo, entonces agrede verbalmente descalificando a los médicos. En varios momentos tiende a controlar la entrevista y a preguntar cosas personales del médico como «dígame si usted quiere más a su padre o a su madre», el médico le responde que ese no es el objetivo de la entrevista y que es una situación personal. Muestra en todo momento mucha hostilidad. La paciente posee un juicio auto- y heterocrítico muy alterado. Atención presente y al servicio de su agresión. Resto de funciones mentales no son valorables por la actitud de resistencia de la paciente. Su talante muestra mucho enojo y resentimiento. Su pronóstico es malo para la función ya que realmente no solicita ayuda ni atención, sino que su objetivo es descalificar y desquitarse, que lo vive como su objeto parcial negativo. Presentando grave trastorno de la personalidad, con rasgos narcisistas y sociopáticos.

Las creencias delirantes (que es un síntoma) del trastorno delirante (como se nombra a esta enfermedad) pueden tener como consecuencia problemas sociales, conyugales o laborales. Los sujetos con trastorno delirante pueden ser capaces de describir el hecho de que otras personas consideran sus creencias irracionales, pero ellos mismos son incapaces de aceptarlo (es decir, puede haber «introspección fáctica», pero no introspección verdadera). Estos pacientes pueden incluso exhibir una marcada capacidad para negar o minimizar los hechos de la realidad. Muchos individuos pueden desarrollar un afecto irritable o disfórico que habitualmente puede entenderse como una reacción a sus creencias delirantes. El enfado y el comportamiento violento pueden aparecer. El individuo puede presentar comportamientos litigantes o

antagónicos (por ejemplo, enviar cientos de cartas de protesta al gobierno o a otras autoridades). Puede crear o tener dificultades legales. Se les describe como determinados a conseguir su meta en contra de cualquier adversidad, facilidad para ver obstáculos como conspiración, espíritu de cruzada interminable, no aceptan rendirse, tienen quejas múltiples y suspicacia durante las entrevistas. Los pacientes expresan sus falsas creencias con certeza y convicción y rechazan por completo todos los argumentos que impugnen a su razonamiento.³

Por este motivo la paciente se ha dedicado a retar al personal médico, obteniendo citas y no acudiendo, acudiendo pero negándose a contestar a las preguntas del facultativo, mostrándose agresiva, descalificando cualquier argumento de los médicos para atenderla, incluso contra personal nuevo, o excusándose que escuchó algún comentario de su persona que no le gustó para no aceptar la consulta. Ha sostenido que los médicos, sin excepciones, están confabulados para perjudicarla y hacerle daño, para que no pueda denunciarlos, cuando en realidad ella es la acosadora. Ha referido problemas con su hija, aunado a que no se documenta que haya acudido a alguna consulta con algún familiar. Este comportamiento litigante y antagónico, en que constantemente está la idea de persecución, impide una buena relación médico-paciente o con familiares. De tal manera que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico encontró elementos suficientes que acreditaron que la paciente cumple con criterios internacionales para el diagnóstico de trastorno delirante en el que no se profundizó más por los médicos psiquiatras por no permitirlo la propia paciente.

DISCUSIÓN

La tendencia actual de ciertos ambientes asistenciales es tener en cuenta a los familiares desde su propia perspectiva, exponer los efectos de la enfermedad mental en las vidas, sus respuestas a las manifestaciones anómalas, etc. Esta toma de conciencia de la familia ha surgido como idea transformadora de los clásicos hospitales psiquiátricos y al no existir suficientes servicios sustitutivos para atender las necesidades que plantea una cifra enorme de enfermos mentales.⁴ La duración de las estancias dentro de los hospitales psiquiátricos se

ha reducido considerablemente. La familia ha de realizar tareas que antes atendía personal especializado. Se ha lanzado a la familia un gran peso sin ayudas o apoyos comunitarios eficaces. ¿Cómo afrontan los familiares la enfermedad mental? La depresión, el suicidio, el alcoholismo, los ataques de pánico y agorafobia, las obsesiones. ¿Cómo encontrar y pertenecer a grupos de ayuda mutua? El familiar puede convertirse en otro enfermo en detrimento de sus tareas de ayuda. Para poder resistir deberá contar con una capacidad y habilidades de tolerancia, ya que la familia que cuida a un enfermo mental requiere descanso para reponer las fuerzas perdidas.

Ante estas circunstancias, la familia frecuentemente enfrenta desde aislamiento social, desorganización en el hogar y el detrimento de su economía, dificultades para encontrar un empleo e incremento de gastos por consultas y medicamentos. Los familiares también padecen diversas emociones; entre ellas la tristeza, la vergüenza, el miedo, la irritabilidad y los sentimientos dolorosos como culpabilidad, sentimientos de pérdida, preocupación por el futuro y otras consecuencias como la frustración, la incomunicación y el agotamiento. La mayoría de las familias con enfermos mentales no cuenta con las capacidades y herramientas necesarias para enfrentar la problemática. Eluden el problema, se instalan en la negación, deforman la realidad para tolerar mejor, necesitan conocimientos técnicos actuales para el entendimiento de la enfermedad, consejos de cómo manejar los síntomas, servicios comunitarios. Una legislación laboral y social que los proteja.

No existe un consenso en el sentido de que debe ser la familia la que se encargue a toda costa de sus allegados enfermos. ¿Es entonces una obligación del Estado atender estas circunstancias? Claro que sí, de continuar en el diseño de políticas públicas que propongan nuevos y eficientes sistemas de salud mental de manera interdisciplinaria y transversal. Diseñar nuevos modelos de apoyo no será cosa sencilla: apoyo para la toma de decisiones, lo cual implica un proceso para apoyar y hacer ajustes para un adulto con una discapacidad (limitación) sin impedir la libre determinación del adulto; apoyo para comprender las opciones y las implicaciones de las decisiones; apoyo para comprender la información que otros brindan a la

persona y apoyo para comunicar a otros la decisión de la persona.⁵

CONCLUSIONES

Los trastornos mentales son entidades patológicas (enfermedades) bien definidas, su atención tiene importancia por varios motivos: afectan a las personas sin distinción de edad, sexo, nivel socioeconómico cultural. Pueden llegar a estar presentes de un 13% o hasta un 48% de la población, presentan tasas de mortalidad desproporcionadamente elevadas. En el mundo, pero especialmente refiriéndonos a México, se documenta un aumento paulatino de padecimientos crónico-degenerativos en donde se incluyen los trastornos mentales. Existe en estos pacientes deterioro en las capacidades que se esperan en el ambiente laboral, vida social, en el hogar, así como en las relaciones cercanas.⁶

Tanto el paciente como su familia deben colaborar para mejorar el cumplimiento del tratamiento y evitar el aislamiento o abandono, uno de los enigmas que presentan los pacientes es la escasa consciencia de la enfermedad, lo que tiene consecuencias negativas como la falta de adherencia al tratamiento. Si a esto unimos los efectos secundarios de los psicofármacos, la escasa disciplina de los pacientes y la desinformación de los familiares, podemos entender los motivos por los que se abandona la medicación en muchas ocasiones. Sin embargo, en muchos hospitales psiquiátricos existen pacientes crónicos con grave deterioro mental que permanecen hospitalizados porque no cuentan con familiares ni instituciones que se hagan cargo de ellos.

En 2016, en México, existen aproximadamente 46 hospitales psiquiátricos, 13 unidades de internamiento psiquiátrico, ocho establecimientos residenciales, 544 establecimientos de salud mental ambulatorios.⁷ Para una eficaz atención y tratamiento de la salud mental, se requiere transformar la perspectiva que se tiene del acceso a los servicios de salud mental, como meramente la estadía del paciente en hospitales psiquiátricos, durante determinado tiempo. Actualmente, la tendencia que se está construyendo en pro de la salud mental tiene que ver con cambiar de paradigma que se tiene con respecto de los trastornos mentales, específicamente los pacientes. Por ello, como se señala

anteriormente, es importante promover que se trata de una atención primaria, donde se articule la salud mental comunitaria. Sólo el 30% de los establecimientos de salud pública cuentan con los protocolos de evaluación y tratamiento para condiciones claves de salud mental. Si bien se ha legislado en materia de salud mental,⁸ y se ha logrado en el papel que dicha materia sea fundamental y sea considerada dentro de los servicios básicos de salud, según lo establece la Ley General de Salud falta mucho por hacer. Aunado a ello, dicha norma contiene un capítulo sobre salud mental, donde se establece que la prevención y atención de los trastornos mentales deben ser de carácter prioritario. La discapacidad es la combinación de una deficiencia de largo plazo y las barreras que impiden que una persona con dicha deficiencia ejerza sus derechos. La atención médica de una persona con discapacidad psicosocial es muy importante, pero sólo se refiere a un aspecto de la discapacidad: la atención de la deficiencia. Ninguna atención médica puede eliminar la deficiencia de una persona con discapacidad. La atención que requiere una persona con discapacidad se refiere a todos los ámbitos de su vida donde enfrenta barreras para actuar de manera autónoma y en igualdad de condiciones con las demás.

*Todos los seres humanos nacen iguales
en dignidad y en derechos
y todas las vidas tienen el mismo valor.*
Artículo 19

Convención sobre los derechos
de las personas con discapacidad

AGRADECIMIENTOS

Agradezco el apoyo de los Doctores en medicina María de los Ángeles López Valladares, Lucina Sánchez Ramírez y José Antonio Angulo Cervera, médicos ponentes de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

BIBLIOGRAFÍA MÉDICA

1. <http://www.activament.org/es/2012/04/12/el-tractament-dels-trastorns-mentals-a-traves-de-la-historia/#sthash.ZdG28L6N.dpbs> [Fecha de consulta: 5 de junio del 2018].

2. <http://www.mora.edu.mx/Investigacion/CristinaSacristan/SitePages/Inicio.aspx> [Fecha de consulta: 6 de junio del 2018].
3. Rosell DR. Schizotypal personality disorders [Internet]. UpToDate. 2018.
4. <http://readaingport.club/book?k=La+Familia+Del+Enfermo+Mental%3A+La+Otra+Cara+De+La+Psiquiatria&isbn=9788479783488&lang=es&source=firebaseapp.com#pdf> [Fecha de consulta: 8 de junio del 2018].
5. Estates Code, Title 3, Sect 1001.001, S 1357; 1151.351 <http://www.statutes.legis.state.tx.us/Docs/ES/htm/ES.1151.htm> [Fecha de consulta: 8 de junio del 2018].
6. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico. Salud mental. Ciudad de México, 2013.
7. http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/4_OSQ_36_Klein.pdf [Fecha de consulta: 8 de junio del 2018].
8. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9191/a03v33n4.pdf?sequence=1> [Fecha de consulta: 8 de junio del 2018]
5. Academia Nacional de Medicina de México, A.C., México, 2013.
5. Gradillas RV. La familia del enfermo mental: la otra cara de la psiquiatría. España, Editorial Díaz de Santos, 1998.
6. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico. Salud mental. 2013-2018, Programa Sectorial de Salud. Ciudad de México, 2013.
7. Saraceno B, Van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007; 370 (9593): 1164-1174.
8. Tealdi JC. Bioética y derechos humanos en psiquiatría. Conferencia presentada en el Congreso de Psiquiatría, Cartagena de Indias, Colombia, 12 de octubre del 2007. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2008; 37 (2): 247-262.
9. <https://breviarioculturalmagazine.wordpress.com/tag/manicomio/8> F <http://www.activament.org/es/2012/04/12/el-tractament-dels-trastorns-mentals-a-traves-de-la-historia/#sthash.ZdG28L6N.dpbs>.
10. <http://www.activament.org/es/2012/04/12/el-tractament-dels-trastorns-mentals-a-traves-de-la-historia/#sthash.jxHOTJTz.dpbs>.
11. <http://www.mora.edu.mx/Investigacion/CristinaSacristan/SitePages/Inicio.aspx>.
12. <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/OTROS%2014.pdf>.
13. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5191516&fecha=30/05/2011.
14. http://www.diariooficial.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5277384&fecha=13/11/2012.
15. http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/.
16. OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2014.
17. <http://www.who.int/whr/es/>.
18. Rosell DR. Schizotypal personality disorders [Internet]. UpToDate. 2018. <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-treating-schizotypal-personality-disorder>.

OTRA BIBLIOGRAFÍA

1. Consejo de Derechos Humanos 29º periodo de sesiones, Tema 3 de la agenda, Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo, Asamblea General de las Naciones Unidas, 2 de abril del 2015.
2. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica, I/ Michel Foucault; trad. de Juan José Utrilla, 3ª ed. México, Fondo de Cultura Económica, 2015.
3. Galván PS. La realización progresiva del derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la sociedad, México, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2015.
4. Gómez FC. Eugenesia: moralidad o pragmatismo. En la Gaceta Médica de México, Volumen 149, Número 4,