

■ **Editorial** ■ **Editorial**

**Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo: Síndrome de "burnout"**  
**World Day for Safety and Health at Work: "burnout" syndrome**  
José Meljem Moctezuma

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

**Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes de servicio social**  
**Patient's safety culture perception by social service physicians (interns)**  
Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez, Carlos Mauricio Jaramillo Esparza, Luis Daniel Olvera Martínez, Leonor Almendra Burgos Martínez, Adriana Alethia Pastrana Gómez, Arturo Israel González Olvera, Magdalena Delgado Bernal, Hilda Guadalupe Márquez Villarreal, Félix Real Tovar

**Indicadores bibliométricos de la Revista CONAMED, 2008-2012**  
**CONAMED Magazine bibliometric indicators, 2008-2012**  
Esther Mahuina Campos Castolo, Gloria Flores Romero, Lucía Mariana Muñoz Juárez Díaz, Alethia Pastrana Gómez, César Sánchez González, Luis Alberto Villanueva Egan

**Parto fortuito: definiciones, características y resultados. Elementos para su análisis en México**  
**Accidental out-of-hospital delivery: definitions, characteristics and outcomes. Elements for the analysis in Mexico**  
Luis Alberto Villanueva Egan, Eduardo Morales Andrade, Miguel Ángel Lezana Fernández

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

**La política pública de vejez en México: de la asistencia pública al enfoque de derechos**  
**The public policy on old age in Mexico: from public assistance to a rights approach**  
Angélica María Razo González

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

**Karl Popper y la ética médica**  
**Karl Popper and medical ethics**  
Constantino González Quintana

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

**La Red Cochrane Iberoamericana: una realidad creciente**  
**The Ibero-American Cochrane network: a growing reality**  
Alejandro G. González Garay

■ **Carta al Editor** ■ **Letter to the Editor**

**Acerca de "Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto"**  
**About "New evidence concerning an old issue: abuse against women in delivery rooms"**  
Norberto Plascencia Moncayo, Jaime Murillo Delgado

**Respuesta**  
**Response**

Rosario Valdez Santiago, María de la Luz Arenas Monreal, Elisa Hidalgo Solórzano, Mariana Mojarro Íñiguez



## Recomendaciones para mejorar la atención a pacientes con

# Dengue

## Personal de Salud

1. Conocer y aplicar en el ámbito de su competencia, la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico; la Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA-2010, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector; la Norma Oficial Mexicana NOM 017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica; y las Guías de práctica clínica para la atención de pacientes con dengue grave y no grave, con el propósito de mejorar la calidad de la atención de los pacientes con dengue.

**NOM-004-SSA3-2012**  
**NOM 017-SSA2-2012**



2. Llevar a cabo una vigilancia domiciliar estrecha en los pacientes con signos de sospecha de infección viral: fiebre, mialgias, artralgias y cefalea particularmente cuando exista riesgo de presentación de dengue por tratarse de zonas endémicas o durante las epidemias.



3. En pacientes con sospecha de infección por dengue que acudan a primer nivel de atención, se recomienda efectuar la prueba del torniquete a partir del tercer día del inicio de la fiebre y notificar inmediatamente a las autoridades sanitarias.



4. Criterios de hospitalización  
- Signos de sospecha de infección viral + signos de alarma  
- **SIGNOS DE ALARMA:** deshidratación, petequias, edema, prueba de torniquete positiva, incremento del hematocrito o disminución de las plaquetas por abajo de 150 000 mm<sup>3</sup> y signos de fuga capilar  
Cuidados mínimos: monitorización clínica, del hematocrito, de las plaquetas y canalización de dos vías venosas de soluciones y medicamentos, a fin de prevenir el estado de choque y las hemorragias.



5. Criterios de HOSPITALIZACIÓN INMEDIATA EN CUIDADOS INTENSIVOS o TRASLADO INMEDIATO A UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN  
- Síntomas de enfermedades virales + signos de alarma + signos de desarrollo de choque  
- **SIGNOS DE DESARROLLO DE CHOQUE:** depresión del estado de conciencia, palidez, piel fría, piloerección, hipotensión, petequias, equimosis o hemorragias en cualquier localización, edema en localizaciones diferentes, plaquetas por debajo de 100 000 mm<sup>3</sup>, incremento del hematocrito > 20 % o hipoalbuminemia.



6. Extremar las precauciones y los cuidados en los pacientes con enfermedades crónicas, en los extremos de la vida o que padezcan aislamiento social.



7. No prescribir medicamentos no útiles en dengue o que están contraindicados, como corticosteroides, antiinflamatorios no esteroideos, ácido acetilsalicílico y antibióticos.



8. En quienes se sospeche dengue, poner especial atención en la semiología completa del síndrome febril, los medicamentos y los líquidos ingeridos, la presencia de síntomas de alarma, el diagnóstico de dengue en familiares o vecinos y las enfermedades coexistentes así como evaluar estado mental, estado de hidratación y realizar prueba del torniquete cada 24h si fue negativa previamente.

**24 hrs**



9. Realizar la toma oportuna de las muestras de suero para el diagnóstico de dengue y la identificación del serotipo por laboratorio.



10. Realizar prueba de IgM por ELISA para diagnóstico



11. Notificar oportunamente a los servicios de epidemiología correspondientes.



12. Prevenir la administración excesiva de líquidos, ya que provoca mayor extravasación y puede originar un edema agudo de pulmón, insuficiencia cardiorrespiratoria y muerte. Se debe monitorizar la presión venosa central y realizar estudios de gabinete.



13. Informar y educar a la población:  
- Importancia de las enfermedades transmitidas por vector  
- Tipo de enfermedades y vectores en la región  
- Repercusiones sociales y económicas de las enfermedades.



14. Alertar a la población sobre la eliminación de criaderos no útiles y el manejo de recipientes donde se almacena agua, mediante su lavado periódico, uso de tapaderas para cubrirlos y voltear los recipientes que no se usan. Además se debe tener una especial atención en llantas, las cuales constituyen algunos de los mejores criaderos de aedinos, mediante su destrucción (triturado), perforación o embolsado y bajo techo.



## CONTENIDO

### Editorial

**Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo: Síndrome de "burnout" .....51**  
 José Meljem Moctezuma

### Artículos Originales

**Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes de servicio social .....52 - 58**  
 Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez, Carlos Mauricio Jaramillo Esparza, Luis Daniel Olvera Martínez, Leonor Almendra Burgos Martínez, Adriana Alethia Pastrana Gómez, Arturo Israel González Olvera, Magdalena Delgado Bernal, Hilda Guadalupe Márquez Villarreal, Félix Real Tovar

**Indicadores bibliométricos de la Revista CONAMED, 2008-2012 .....59 - 66**  
 Esther Mahuina Campos Castolo, Gloria Flores Romero, Lucía Mariana Muñoz Juárez Díaz, Alethia Pastrana Gómez, César Sánchez González, Luis Alberto Villanueva Egan

**Parto fortuito: definiciones, características y resultados. Elementos para su análisis en México .....67 - 77**  
 Luis Alberto Villanueva Egan, Eduardo Morales Andrade, Miguel Ángel Lezana Fernández

### Artículos de Revisión

**La política pública de vejez en México: de la asistencia pública al enfoque de derechos ..... 78 - 85**  
 Angélica María Razo González

### Artículos de Opinión

**Karl Popper y la ética médica ..... 86 - 88**  
 Constantino González Quintana

### Comunicaciones Breves

**La Red Cochrane Iberoamericana: una realidad creciente ..... 89 - 90**  
 Xavier Bonfill

### Carta al Editor

**Acerca de "Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto" ..... 91**  
 Norberto Plascencia Moncayo, Jaime Murillo Delgado

**Respuesta .....92 - 93**  
 Rosario Valdez Santiago, María de la Luz Arenas Monreal, Elisa Hidalgo Solórzano, Mariana Mojarro Íñiguez

Registrada en: PERIÓDICA IMBIOMED CUIDEN LATINDEX DIALNET ARTEMISA BVS-MÉXICO EBSCO LILACS **M É X I C O**

## CONTENTS

### Editorial

**World Day for Safety and Health at Work: "burnout" syndrome ...**  
 .....51  
 José Meljem Moctezuma

### Original Articles

**Patient's safety culture perception by social service physicians (interns) .....52 - 58**  
 Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez, Carlos Mauricio Jaramillo Esparza, Luis Daniel Olvera Martínez, Leonor Almendra Burgos Martínez, Adriana Alethia Pastrana Gómez, Arturo Israel González Olvera, Magdalena Delgado Bernal, Hilda Guadalupe Márquez Villarreal Félix Real Tovar

**CONAMED Magazine bibliometric indicators, 2008-2012 ..... 59 - 66**  
 Esther Mahuina Campos Castolo, Gloria Flores Romero, Lucía Mariana Muñoz Juárez Díaz, Alethia Pastrana Gómez, César Sánchez González, Luis Alberto Villanueva Egan

**Accidental out-of-hospital delivery: definitions, characteristics and outcomes. Elements for the analysis in Mexico .....67 - 77**  
 Luis Alberto Villanueva Egan, Eduardo Morales Andrade, Miguel Ángel Lezana Fernández

### Review Articles

**The public policy on old age in Mexico: from public assistance to a rights approach ..... 78 - 85**  
 Angélica María Razo González

### Opinion Articles

**Karl Popper and medical ethics ..... 86 - 88**  
 Constantino González Quintana

### Brief Communications

**The Ibero-American Cochrane network: a growing reality ..... 89 - 90**  
 Xavier Bonfill

### Letter to the Editor

**About "New evidence concerning an old issue: abuse against women in delivery rooms" ..... 91**  
 Norberto Plascencia Moncayo, Jaime Murillo Delgado

**Response .....92 - 93**  
 Rosario Valdez Santiago, María de la Luz Arenas Monreal, Elisa Hidalgo Solórzano, Mariana Mojarro Íñiguez

Los artículos de la Revista C O N A M E D versan sobre seguridad del paciente, calidad de la atención médica, ética profesional, error médico y su prevención, así como temas relacionados con los medios alternos de solución de conflictos, derechos humanos y otros afines al acto médico.

**Editor**

Dr. José Meljem Moctezuma

**Editor Adjunto**

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

**Consejo Editorial**

Dr. Luis Alberto Villanueva Egan

Lic. Esther Vicente González

Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez

Lic. Bertha Laura Hernández Valdés

Dr. Juan Francisco Javier Millán Soberanes

Lic. Raymunda Guadalupe Maldonado Vera

Lic. Joseba Andoni Gutiérrez Zurita

Dra. Mahuina Campos Castolo

**Comité Editorial**

Dr. Enrique Ruelas Barajas

*Academia Nacional de Medicina, México*

Dr. Alejandro Reyes Fuentes

*Academia Mexicana de Cirugía*

M en C. Julio César Ballesteros del Olmo

*Academia Nacional de Pediatría, México*

Dr. Enrique Luis Graue Wiechers

*Facultad de Medicina, UNAM, México*

Mtra. Dolores Zarza Arizmendi

*Escuela Nacional de Enfermería y*

*Obstetricia, UNAM, México*

Mtro. Severino Rubio Domínguez

*Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A. C*

Dr. Rafael M. Navarro Meneses

*Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE, México*

Dr. Heberto Arbolea Casanova

*Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca*

*Secretaría de Salud, México*

Dra. Aura del Río Zolezzi

*Centro Nacional de Equidad de Género y*

*Salud Reproductiva, México*

Dr. Bremen De Mucio

*Centro Latinoamericano de Perinatología, Uruguay*

Martie Hatlie

*Asociación para la Seguridad del Paciente,*

*Estados Unidos de América*

**Subcomité de Ética Editorial**

Dra. Magda Luz Atrián Salazar

Dra. Abilene Escamilla Ortiz

Dr. Norberto Sotelo Cruz

*Asociación Mexicana de Editores de*

*Revistas Biomédicas, México*

Dra. Paola de Castro

*Institute Superiore di Sanità*

*European Association of Scientific Editors, Italia*

Dra. María del Carmen Ruíz Alcocer

*World Association Medical Editor,*

*Estados Unidos de América*

**Subcomité de Metodología y Bioestadística**

Dr. Armando Ruíz Badillo

*Universidad Pedagógica Nacional, México*

Dr. José Antonio Supo Condori

*Sociedad Peruana de Bioestadística, Perú*

Dr. Giordano Pérez Gaxiola

*Red Cochrane México*

Leopoldo Vega Franco

*Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas, México*

**Procedimiento Editorial**

Dra. Mahuina Campos Castolo

Dr. Luis Alberto Villanueva Egan

Lic. Araceli Zaldivar Abad

**Diseño y Producción**

Lic. Gloria Flores Romero

PSSLyLM Adriana Valadez Bocanegra

**Diseño original de portada**

PSSDG. Michelle Tiquet Cárdenas

Registrada en los siguientes índices:



[www.dgb.unam.mx/index.php/catalogos](http://www.dgb.unam.mx/index.php/catalogos)



[www.imbiomed.com.mx](http://www.imbiomed.com.mx)



[www.index-f.com/busquedas.php](http://www.index-f.com/busquedas.php)



[www.latindex.org](http://www.latindex.org)



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

Agradecemos la traducción de nuestros abstracts a

ELITE Translations, S.A de C.V.

[ventas@elite-translations.net](mailto:ventas@elite-translations.net)

Tel. (0155) 90-00-19-31



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



[www.artemisaenlinea.org.mx](http://www.artemisaenlinea.org.mx)



<http://bvs.insp.mx>



[www.ebsco.com](http://www.ebsco.com)

Certificado  
ISO 9001-2008



Miembro de la Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas

[www.amerbac.org.mx](http://www.amerbac.org.mx)



## Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo: Síndrome de “burnout”

### World Day for Safety and Health at Work: “burnout” syndrome

Desde el año 2003, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) celebra el 28 de abril de cada año el Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo como una campaña internacional para promover el trabajo seguro, saludable y decente. Si bien la campaña destaca como punto clave la seguridad y la salud en el uso de productos químicos en el trabajo, también se ha elegido esta fecha para rendir homenaje a las víctimas de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales, en general. En este sentido, existe una condición particular que afecta a miles de profesionales de la salud en todo el mundo, dejando cada año una estela de disfunción laboral, discapacidad física y psicológica, en muchos casos grave, e incluso, en los más extremos, puede conducir a la muerte: el síndrome de “burnout”.

El síndrome de “burnout”, tal como Maslach y Jackson lo describieron, se caracteriza por el agotamiento emocional, la despersonalización o deshumanización y la falta de sentido de realización profesional, que se expresan en los trabajadores que lo padecen mediante síntomas síquicos, físicos y comportamientos diversos.<sup>1</sup>

En particular para los profesionales de la salud, la exposición crónica a factores estresantes, emocionales e interpersonales propios del trabajo asistencial, frecuentemente resulta en desgaste profesional. Cuando éste se instala en una organización, no solo lo sufre el trabajador afectado, se “contagia” entre equipos, mina la salud organizacional y la calidad del servicio prestado. Para Maslach y sus colaboradores, los estresores que actúan con mayor peso en la producción del desgaste profesional son los organizacionales, más que los individuales.<sup>1</sup> Su importancia radica en las repercusiones que tiene en la salud individual del personal de salud y en la calidad de la atención a los pacientes.<sup>2</sup>

Es importante que dentro de las estrategias sobre calidad de la atención y seguridad del paciente se considere que si un profesional de la salud padece síndrome de “burnout”, es posible que no pueda conectarse empáticamente con los pacientes, y que tampoco pueda desempeñar adecuadamente su tarea.

Ocuparse de la salud de los demás es una tarea compleja que requiere para su realización de un alto nivel de precisión y, por lo mismo, de un ambiente que la favorezca. En ambientes laborales hostiles para la integridad física y psicológica del personal de salud, las estrategias y las políticas institucionales sobre calidad de la atención y seguridad del paciente terminan como esfuerzos condenados al fracaso. En estas circunstancias, es inaceptable continuar apelando a la vocación, al compromiso social y al sacrificio. Por el contrario, de la mayor pertinencia para lograr las metas en calidad de la atención es garantizar la seguridad y el cuidado de quienes nos cuidan.

En la CONAMED estamos interesados en evaluar el impacto que las condiciones de trabajo generan en los profesionales de la salud y en la calidad de los servicios prestados a la población. Si bien, el centro del proceso de atención es el usuario de los servicios de salud, el motor que impulsa y perfila a una institución de salud es su personal.

Disfruten su lectura.

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

<sup>1</sup> Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Ann Rev Psychol* 2001; 52:397-422.

<sup>2</sup> Gálvez M, Moreno B, Mingote JC. El desgaste profesional del médico. España: Ediciones Díaz de Santos, 2009.

## Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social

### Patient's safety culture perception by social service physicians (interns)

Jorge Alfonso Pérez-Castro y Vázquez,<sup>1</sup> Carlos Mauricio Jaramillo-Esparza,<sup>2</sup> Luis Daniel Olvera-Martínez,<sup>2</sup> Leonor Almendra Burgos-Martínez,<sup>2</sup> Adriana Alethia Pastrana-Gómez,<sup>2</sup> Arturo Israel González-Olvera,<sup>2</sup> Magdalena Delgado-Bernal,<sup>3</sup> Hilda Guadalupe Márquez-Villarreal,<sup>3</sup> Félix Real-Tovar<sup>3</sup>

#### RESUMEN

**Introducción.** Implementar una cultura positiva de seguridad del paciente previene la aparición de eventos adversos e incidentes, permite aprender de los errores, busca la causa raíz y modifica los procedimientos con el fin de evitar la reaparición de los errores. La evaluación de la seguridad del paciente se lleva a cabo a partir de la aplicación de encuestas las cuales tienen varios beneficios. Para esta evaluación se cuenta con el Cuestionario Sobre la Seguridad del Paciente en los Hospitales, desarrollado por la *Agency for Healthcare Research and Quality de los EUA*. La encuesta se ha utilizado para evaluar un extenso número de hospitales en diferentes países, incluyendo a México. Sin embargo, durante las evaluaciones previas, no se ha hecho diferencia, ni se han comparado los resultados entre el personal médico de base y los médicos internos.

**Material y métodos.** Se realizó la aplicación de la encuesta Cuestionario Sobre la Seguridad del Paciente en los Hospitales a 327 médicos pasantes del servicio social, enfocada en la experiencia que tuvieron durante el internado médico de pregrado.

**Resultados.** La percepción global de seguridad fue

de 6.8 en una escala del 1 al 10. La dimensión más baja fue dotación de personal (32.07%) y la más alta trabajo en equipo en la unidad/servicio (70.69%).

**Conclusiones.** Es fundamental analizar la información en este estudio, para poder observar dónde se encuentran los puntos débiles dentro de la cultura de seguridad del paciente y así poder planear e implementar programas con la finalidad de acercarse a cumplir los objetivos en materia de seguridad del paciente.

**Palabras clave:** seguridad del paciente, cultura en los hospitales, pasantes de medicina.

#### ABSTRACT

**Introduction.** Create a positive culture of patient's safety prevents adverse events and incidents, it allows to learn from mistakes, searches the root cause and modifies procedures with the purpose of not making mistakes again. The Patient's Safety Evaluation in Hospitals, developed by the Agency for Healthcare Research and Quality in USA, which has a lot of benefits, is used for this evaluation.

<sup>1</sup> Subcomisión Médica de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, MÉXICO.

<sup>2</sup> Pasantes de Servicio Social de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, MÉXICO.

<sup>3</sup> Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Secretaría de Salud. MÉXICO.

Folio 264/2014 Artículo recibido: 28-03-2014 Artículo reenviado: 11-04-2014 Artículo aceptado: 25-04-2014

Correspondencia: Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez. Subcomisionado Médico de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Mitla 250 - piso 9 esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Deleg. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. Correo electrónico: japerez@conamed.gob.mx.

The survey has been used to evaluate a great number of hospitals in different countries, including Mexico. However, during previous evaluations no difference has been made nor any result compared between medical core staff and interns.

**Method and Materials.** The Questionnaire about the Patient's Safety in Hospitals was made to 327 social service physician interns focused in the experience they had while they were in their internship.

**Results.** On a scale of 1-10 the global safety

perception was of 6.8. The lowest dimension was staff resources (32.07%) and the highest was teamwork in the unit/service (70.69%).

**Conclusions.** It is of vital importance to analyze the information in this study to be able to identify the weak points within the patient's safety culture and so to be able to plan and implement programs to reach the objectives on the patient's safety.

**Key words:** Patient's safety, culture in hospitals, physician interns.

## INTRODUCCIÓN

La Seguridad del paciente de acuerdo a la OMS se define como la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria.<sup>1</sup> Mientras que la Health and Safety Commission of Great Britain define la cultura de seguridad del paciente como "El conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos tanto individuales como de grupo, para disminuir los riesgos y daños al paciente".<sup>2</sup>

Implementar una cultura positiva de seguridad del paciente previene la aparición de eventos adversos e incidentes, busca la causa raíz, modifica los procedimientos y permite aprender de los errores para evitar la reaparición de estos. Cada organización necesita una estructura y herramientas para mejorar la seguridad y calidad de la atención; la identificación de eventos adversos y fuentes de riesgo debería ser prioridad en todos los hospitales.<sup>3</sup> Para incorporar una cultura positiva de seguridad se necesita unir una gama amplia de conocimientos médicos, epidemiológicos, habilidades de comunicación y una actitud humanista.<sup>4 5</sup>

Identificar la causa raíz de los errores en los procesos médicos y los procedimientos de las instituciones de salud, permite evaluar la confiabilidad de los mismos; tradicionalmente para evaluar la seguridad del paciente se han evaluado variables de manera retrospectiva (por ejemplo, las muertes, los incidentes y los accidentes).<sup>6</sup>

La evaluación de la seguridad del paciente se lleva a cabo a partir de aplicación de encuestas que cuentan con varios beneficios: permiten hacer el diagnóstico situacional de la cultura de seguridad, mejoran el grado de conciencia sobre la seguridad del paciente, detectan la necesidad de capacitación del personal (incluyendo aquellos en formación), ayudan a formular y cumplir acciones de seguridad del paciente, contribuyen a evaluar acciones o programas específicos de seguridad del paciente y permiten evaluar los cambios a través del tiempo.<sup>7 8 9</sup>

Para este propósito contamos con el *Cuestionario Sobre la Seguridad del Paciente en los Hospitales* desarrollado en el 2004 por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de los EUA. Encuesta ampliamente revisada, valorada y enjuiciada por la misma AHRQ, que además se ha utilizado para evaluar anualmente un extenso número de hospitales en los EUA, España, Turquía, países del sudeste asiático y de América, incluyendo a México, donde la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) efectuó su propia adaptación y validación de la encuesta mediante la prueba 'alfa de Cronbach' en hospitales del sistema nacional de salud.<sup>10 11 12</sup> Sin embargo, durante las evaluaciones realizadas anteriormente no se ha hecho diferencia, ni se han comparado los resultados, entre el personal médico de base y los médicos en formación.

Por ello, se considera de interés conocer la opinión de los alumnos pasantes del servicio social que recién han pasado un año dentro de un hospital, y quienes, en su posición actual y alejados de la presión que significa su primera experiencia en un hospital, podrían dar un punto de vista diferente de quien está dentro del sistema, donde existen los vicios de la costumbre, la comodidad y la ceguera del taller, más enraizados; dando una visión fresca de la seguridad del paciente dentro de los hospitales pero que orientan claramente acerca de la suma de actitudes en su experiencia formativa.

Por otro lado, es de considerar y no de menor valía que el año del servicio social dentro de la carrera de médico cirujano es momento crucial en la carrera de un médico. Es en este momento cuando el alumno puede aplicar todos sus conocimientos, ya que cuenta con el 100% de los créditos de su carrera. Esto los convierte en una población en estudio útil para la comprobación de que los objetivos impuestos por las universidades, con respecto a la cultura de seguridad del paciente, sean realizados.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional transversal descriptivo abierto mediante la aplicación de la encuesta *Cuestionario Sobre la Seguridad del Paciente en los Hospitales*, traducida al español, modificada y validada a través de un estudio piloto previo. La encuesta se aplicó a 327 médicos pasantes del servicio social y permaneció en la red durante 30 días, informando a la población en estudio acerca de la necesidad de su participación a través de correo electrónico que contenía una explicación inicial acerca del abordaje del estudio, los objetivos del mismo, instrucciones para contestar el cuestionario, acompañado de un apartado en donde se hizo énfasis en el anonimato del estudio. Dicho correo llegó a los médicos pasantes gracias a la participación de las universidades más importantes del país; Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad La Salle, Universidad Anáhuac.

Se utilizó la versión traducida al español del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) la cual contiene 42 reactivos relacionados con la seguridad del paciente,<sup>13</sup> agrupados en 12 dimensiones (Cuadro 1):<sup>14</sup>

El cuestionario también contiene variables relacionadas con el lugar en donde la población en estudio realizó sus estudios de licenciatura, el número de eventos notificados, la calificación global de la seguridad del paciente, conocimiento previo acerca de la seguridad del paciente, lugar donde realizó su internado médico, número de horas de trabajo a la semana, además de una sección para comentarios.<sup>15</sup>

Se realizó el análisis estadístico a través de mediciones descriptivas, determinando los porcentajes y dando valor numérico al total de resultados negativos y positivos, dependiendo de si eran reactivos positivos o negativos para la cultura. Se utilizó la escala alfa de Cronbach en las diferentes dimensiones para así poder comparar los resultados

Cuadro 1. Doce dimensiones de la cultura de seguridad del paciente.

1. Trabajo en equipo en la unidad / servicio	CUATRO PREGUNTAS; Apoyo, respeto y solidaridad del personal en situación normal y de sobredemanda.
2. Expectativas y acciones de la dirección / supervisión / servicios para favorecer la seguridad	CUATRO PREGUNTAS; Retroinformación, apertura para la comunicación y grado de interés de la gerencia por la seguridad del paciente.
3. Aprendizaje organizacional / mejora continua	TRES PREGUNTAS; Aprendizaje a partir de los errores, la ejecución de las acciones para mejorar la seguridad y su evaluación.
4. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	TRES PREGUNTAS; Interés de la gerencia para priorizar y crear un ambiente laboral de seguridad y su actitud reactiva.
5. Percepción de seguridad	CUATRO PREGUNTAS; prioridad para la seguridad del paciente y la efectividad de los procedimientos.
6. Franqueza en la comunicación	TRES PREGUNTAS; informe de la gerencia sobre errores ocurridos, cambios efectuados y forma de prevenirlos.
7. Feed back y comunicación sobre los errores	TRES PREGUNTAS; Libertad para hablar de riesgos para pacientes, cuestionar decisiones y preguntar sobre lo que parece no estar bien.
8. Frecuencia de eventos notificados	TRES PREGUNTAS; Reporte de errores con o sin potencial de dañar al paciente.
9. Trabajo en equipo entre unidades / servicios	CUATRO PREGUNTAS; cooperación, coordinación y gusto por trabajar entre áreas/servicios/unidades.
10. Dotación de personal	CUATRO PREGUNTAS; disponibilidad y organización del personal.
11. Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios / unidades	CUATRO PREGUNTAS; pérdidas de información y problemas durante los cambios y transiciones.
12. Respuesta no punitiva a los errores	TRES PREGUNTAS; Utilización negativa de la información sobre errores y temor a las represalias

con los resultados que se obtuvieron en estudios anteriores que utilizaron el cuestionario como herramienta de estudio, incluyendo aquel realizado por la AHRO.

## RESULTADOS

Respondieron un total de 327 pasantes del servicio social de la carrera de medicina, la mayoría se encontraban entre los 24 y los 27 años de edad; 60% de los pasantes pertenecen al sexo femenino. En cuanto a su internado médico, 37% lo realizaron en IMSS, 5% en ISSSTE, 17.1% en medio privado, 36.3% en SSA. En lo relativo a las universidades donde realizaron sus estudios de licenciatura, 64% pertenecen a la UNAM, 21.1% a la Universidad Anáhuac, 12.5% a la Universidad La Salle. 32.7% realizan su pasantía en campo clínico rural, 23% en campo clínico urbano, 5% en investigación, 19.8% en programas universitarios, 17.7% en programas de vinculación. Previo a contestar la encuesta sólo 87.1% ya conocían el concepto de seguridad del paciente.

De los pasantes encuestados, 44% nunca han reportado un evento adverso, 35.7% han reportado únicamente 1 o 2 eventos adversos en toda su formación, 13.7% han reportado 3 a 5 eventos adversos, sólo 3.6% han reportado 6 o más. Con respecto a las horas de trabajo semanales, el 96.6% de los encuestados trabajó más de 100 horas a la semana durante su internado médico.

La percepción global de seguridad fue de 6.8. La di-

mensión más baja fue dotación de personal (32.07%) y la más alta trabajo en equipo en la unidad/servicio (70.69%); en la Figura 1 se puede observar comparativamente los valores positivos y negativos que se encontraron en cada dimensión, mientras que en el Cuadro 2 observamos una comparación de los valores identificados en las 12 dimensiones encontradas en cada uno de los estudios, tanto los realizados anteriormente como el nuestro.<sup>16 17 18</sup>

En cuanto al análisis estadístico, se encontraron alfas de Cronbach bajas únicamente para las dimensiones de *Percepción de seguridad* (0.51) y de *Asignación del personal* (0.33). En el Cuadro 3 podemos observar una comparación de los valores de las alfa de Cronbach, con las encontradas en los estudios de la seguridad del paciente, anteriores y nuestro.<sup>19 20 21</sup>

## DISCUSIÓN

A través de los resultados obtenidos en este estudio, se puede conocer la percepción que tienen los médicos pasantes del servicio social sobre las doce dimensiones de la seguridad de los pacientes, entre las que se incluyen la notificación de eventos, el trabajo en equipo, comunicación y coordinación, entre otros temas estrechamente relacionados con el proceso de educación médica asociada al desarrollo de la cultura de seguridad de los pacientes. Aunque los valores de alfa de Cronbach de las doce



Figura 1. Respuestas globales de los médicos pasantes de servicio social a las dimensiones del cuestionario sobre Cultura hospitalaria de seguridad del paciente de la AHRO.

Cuadro 2. Comparación de valores de percepción global de seguridad en distintos estudios.

	CONAMED	SATURNO	BODUR	OAXACA	SORRA	PREGRADO
Trabajo en equipo	66 (+)	71.8 (+)	76 (+)	66.9 (+)	83 (+)	70.6 (+)
Dotación de personal	60 (-)	61.7(-)	51 (-)	+/-	63 (+)	67.9 (-)
Aprendizaje organizacional	68 (+)	54.5(-)	53 (-)	60.5 (-)	71 (+)	65.9(+)
Respuesta no punitiva	55 (-)	52.9 (+)	82 (-)	75.7 (-)	52 (-)	69.7 (-)
Percepción de seguridad	51 (+)	33.8 (-)	59 (+)	54 (-)	69 (+)	52 (+)
Acciones de la dirección	66 (-)	61.8 (+)	58 (+)	52.6 (+)	76 (+)	54.3 (+)
Retroalimentación	66 (-)	43.8 (+)	+/-	53.3 (-)	65 (+)	68.2 (+)
Franqueza de la comunicación	62 (-)	47.9 (+)	54 (-)	54.8 (-)	66 (+)	51.2 (-)
Frecuencia de eventos notificados	66 (-)	46.9 (+)	88 (-)	58.1 (-)	64 (+)	66.9 (-)
Apoyo de la gerencia	63 (+)	45.5 (-)	58 (-)	+/-	75 (+)	64.6 (+)
Trabajo en equipo entre unidades	51 (+)	33.1 (-)	58 (+)	52.6 (+)	66 (+)	55.8 (+)
Problemas en cambios de turno	53 (-)	53.7 (+)	56 (-)	56.7 (+)	56 (+)	54.1 (-)
Número de encuestados	174	6257	180	110	4100	327

Cuadro 3. Comparación de los valores de las alfa de Cronbach en los estudios de la seguridad del paciente.

	CONAMED	SATURNO	BODUR Y FILIZ	SORRA	PREGRADO
Eventos informados	0.90	0.88	0.93	0.84	0.88
Percepción global de seguridad	0.35	0.65	0.43	0.74	0.51
Expectativas y acciones del jefe/supervisor para promover la seguridad	0.84	0.84	0.67	0.75	0.78
Aprendizaje organizacional	0.79	0.68	0.56	0.76	0.70
Apertura en la comunicación	0.71	0.66	0.67	0.72	0.73
Reatrolimentación	0.81	0.73	0.82	0.78	0.84
Respuesta no punitiva al error	0.55	0.65	0.13	0.79	0.63
Dotación de personal	0.12	0.64	0.02	0.63	0.33
Apoyo del hospital	0.62	0.81	0.59	0.83	0.73
Trabajo en equipo entre unidades	0.65	0.73	0.73	0.80	0.78
Cambio de turno y transiciones	0.71	0.74	0.70	0.80	0.85
Trabajo en equipo	0.78	0.82	0.84	0.83	0.80
Fiabilidad aceptable > 0.6					

dimensiones han variado en las traducciones a diversos idiomas, en nuestro estudio únicamente se encontraron valores bajos en dos de las dimensiones, 'Percepción global de seguridad' (0.51) y *Dotación de personal* (0.33); al comparar estos resultados con los obtenidos en los estudios anteriores, observamos que los valores en nuestro estudio fueron mayores, lo que nos indica que a pesar de ser un estudio retrospectivo cuenta con la misma validez que aquellos usados para la percepción en el presente.

Los resultados en los que se encontraron valores positivos fueron los rubros de *Trabajo en equipo*, *Aprendizaje organizacional*, *Retroalimentación* y *Apoyo de la gerencia*; esto nos lleva a considerar que dentro de la percepción de los médicos pasantes durante el año del internado médico se encuentran estos valores como determinantes de la cultura de los hospitales en nuestro país, sin embargo también se encontraron puntos negativos en nuestro estudio, el ejemplo más representativo fue el rubro *Con frecuencia trabajamos como en "forma de crisis" tratando de hacer mucho y muy rápidamente* con 233 puntos negativos y 56 positivos, esto se puede extrapolar del hecho de que se encontró un valor de 67.9 puntos negativos en la dimensión *Dotación de personal*, por lo que en la percepción de los médicos pasantes, en los hospitales donde realizaron su internado médico, no hay suficiente personal que logre cubrir los requerimientos de trabajo de las diferentes instituciones, por lo que aumenta la carga de trabajo en el personal preexistente.

Otro punto a considerar es el resultado encontrado en la dimensión *Respuesta no punitiva a los errores*, ésta dimensión en particular es de gran interés, pues en estudios anteriores se encontró una respuesta positiva, lo que va muy en contra de lo encontrado en otros países. Basándonos en esta observación se puede argumentar que los errores son castigados fuertemente en las instituciones, de acuerdo con la percepción de los médicos internos de pregrado, siendo ésta muy parecida a la encontrada en estudios realizados en otros países. Más importante es el reflejo que tiene este hecho con otra de las dimensiones, nos referimos a la *Frecuencia de eventos notificados*.

Uno de los puntos claves, para la existencia de una cultura positiva de seguridad del paciente, es la notificación de eventos adversos e incidentes, en nuestro estudio encontramos que la dimensión *Frecuencia de eventos notificados* tiene una calificación negativa, con 66.9 puntos en contra, que se suma a que el 44% de los encuestados nunca ha reportado un evento adverso o incidente durante su formación académica. De este hecho se puede inferir que, a pesar de que la dirección y la gerencia mantienen una prioridad alta en cuanto a seguridad del paciente, no se está transmitiendo al personal en formación la necesidad que se tiene de notificación para la

mejora continua en cuanto a seguridad del paciente; es por ello que, **en su percepción, los médicos pasantes del servicio social no han logrado incorporar este hecho crucial a su propia cultura de seguridad del paciente, pues nuestras instituciones no están fomentando activamente la notificación de eventos adversos e incidentes.** Por ello, a pesar de que se encontraron valores altos en la dimensión *apoyo de la gerencia*, este hecho pierde validez si consideramos que la notificación de eventos es baja, consecuencia de la respuesta punitiva a los errores.

### Conclusiones

Una de las características del estudio es que investiga la vivencia que tuvieron los médicos pasantes durante su internado, mismo que finaliza un año y ocho meses antes de la aplicación de la encuesta y, al realizarse un análisis estadístico, se demuestra que este estudio tiene la misma validez que los estudios realizados anteriormente con el mismo instrumento.

La información encontrada en este estudio debe ser analizada, adecuándola al contexto de los médicos pasantes y teniendo en cuenta los valores de fiabilidad que, tras el análisis de alfa de Cronbach y la comparación con los análisis realizados anteriormente, resultaron bajos en la dimensión *dotación de personal* e intermedios en la dimensión *percepción global de seguridad*.

Las instituciones y los hospitales, aunque intentan activamente involucrarse dentro de la cultura de seguridad del paciente, aún están lejos de lograr los objetivos impuestos en materia de cultura de seguridad del paciente. Sin embargo, no son objetivos imposibles de alcanzar, pues encontrar las deficiencias en el sistema es el primer paso para poder arreglarlo, siempre y cuando se tenga la disposición para el cambio, así como observar que la cultura de seguridad del paciente actual no es la adecuada.

Es fundamental analizar la información en este estudio, para poder observar dónde se encuentran los puntos débiles dentro de la cultura de seguridad del paciente y así poder planear e implementar programas con la finalidad de acercarse a cumplir los objetivos en materia de seguridad del paciente, haciendo especial énfasis en los puntos que se encontraron con puntuación más baja, *notificación de eventos adversos e incidentes* y *respuesta no punitiva a los errores*, dos aspectos cruciales y necesarios para la incorporación de una cultura positiva de seguridad del paciente.

Esperamos que este estudio fomente la utilización del cuestionario empleado como herramienta de medición en esta investigación, especialmente para eventos sucedidos en el pasado, pues hasta ahora no se había probado su fiabilidad como instrumento de medición para eventos anteriores al momento del estudio.

## REFERENCIAS

- Gestión amigable de la salud: G.A.S. Blog's. Archivos para seguridad del paciente. Seguridad de la atención a los pacientes. 2010 Feb-Abr. Disponible en: <http://6dgas.wordpress.com/tag/seguridad-del-paciente/>.
- Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations. Study Group on Human Factors. Health and Safety Commission of Great Britain. Sudbury, England: HS Books, 1993.
- Spell N. Tools to Identify Problems and Reduce Risks. In: McKean SC, Ross JJ, Dressler DD, Brotman DJ, Ginsberg JS, eds. Principles and Practice of Hospital Medicine. New York: McGraw-Hill; 2012. [acceso 2013-05-27]. Disponible en: <http://www.accessmedicine.com/content.aspx?aID=56191775>.
- Campos-Castolo EM, Martínez-López J, Chavarría-Islas R. Encuesta exploratoria sobre seguridad de los pacientes en médicos internos de pregrado. Rev CONAMED. 2010 jul-sep; 15(3):116-24.
- Wachter RM. Creating a Culture of Safety. In: Wachter RM, ed. Understanding Patient Safety. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2012. [acceso 2013-05-27]. Disponible en: <http://www.accessmedicine.com/content.aspx?aID=56251469>.
- Shteynberg G, Sexton BJ, Thomas EJ. "Test Retest Reliability of the Safety Climate Scale" Johns Hopkins Quality and Safety Research Group; The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2005. [acceso 2014-04-30]. Disponible en: <https://med.uth.edu/chqs/files/2012/05/Safety-Climate-Test-Retest-Tech-Report.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. La investigación en seguridad del paciente: mayor conocimiento para una atención más segura. [acceso 2014-04-30]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf).
- Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. [acceso 2014-04-30]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/index.html>.
- Johnson RR, Kuby P. Estadística elemental, lo esencial. 3ª ed Australia; México: Thompson; 2004. 509p.
- Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Survey on Patient Safety. [acceso 2014-04-30]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/legacy/qual/patientsafetyculture/hospscanform.pdf>.
- Ibarra-Cerón ME, Olvera-Sumano V, Santacruz-Varela J. Análisis de la Cultura de Seguridad del paciente en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. Rev CONAMED. 2011; 16(2):65-73.
- Santacruz Varela J et al. Curso de evaluación y mejora de la calidad de atención y la seguridad del paciente. Cultura de seguridad del paciente y eventos adversos. Mexico:CONAMED; 2011.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Anexo 2. Instrucción 337/2012 Metodología de aplicación del cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en hospitales de México. [acceso 2014-04-30]. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/instruccion\\_337\\_anexo2.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/instruccion_337_anexo2.pdf).
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Análisis de la cultura sobre Seguridad del Paciente en el ambiente hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Madrid: 2009. [acceso 2014-04-30]. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis\\_cultura\\_SP\\_ambito\\_hospitalario.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf).
- Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J, Arboleya-Casanova H, Rojano-Fernández C, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud: Cirugía y Cirujanos. 2010 nov-dic; 78(6):527-32p. [acceso 2014-04-30]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/662/66220323010.pdf>.
- Bodur S, Filiz E. A survey on patient safety culture in primary health care services in Turkey. Int J Qual Health Care 21: 348-355.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad. Traducción, validación y adaptación del cuestionario MOSPS para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Madrid: 2011. [acceso 2014-04-30]. Disponible en <http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/MOSPS.pdf>.
- Sorra J, Franklin M, Streagle S. Survey User's Guide: Medical Office Survey on Patient Safety Culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 [acceso 2014-04-30]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/mosurvey08/>.
- Sorra J, Famolaro T, Nelson D, Khanna K. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2008 Comparative Database Report. Rockville: AHRO; HHS, 2008. [acceso 2014-04-30]. Disponible en: [www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2008/2008-hospital-survey.pdf](http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2008/2008-hospital-survey.pdf).
- Bañeres J, Caverio E, López L, Orrego C, Suñol R. Sistemas de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos. Ministerio de sanidad y consumo, Madrid: 2007. [acceso 2014-04-30]. Disponible en: [http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp3.pdf](http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf).
- Cote Estrada L, Gutiérrez Dorantes S., et al. Medición de la percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente. México: 2013. Instituto Mexicano del Seguro Social.

### Agradecimientos

A la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, a la Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle y a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Anáhuac por facilitar la realización de la investigación.

## Índicadores bibliométricos de la Revista CONAMED, 2008-2012

### CONAMED Magazine bibliometric indicators, 2008-2012

Esther Mahuina Campos-Castolo,<sup>1</sup> Gloria Flores-Romero,<sup>1</sup> Lucía Mariana Muñoz Juárez-Díaz,<sup>2</sup>  
 Alethia Pastrana-Gómez,<sup>2</sup> César Sánchez-González,<sup>2</sup> Luis Alberto Villanueva-Egan<sup>1</sup>

#### RESUMEN

**Introducción.** Los indicadores bibliométricos son estadísticos que describen las características e importancia de las publicaciones científicas. Este estudio tiene el objetivo de realizar un diagnóstico bibliométrico de la Revista CONAMED.

**Material y métodos.** Se presenta un análisis basal de contenidos e indicadores bibliométricos de la Revista CONAMED, en el periodo 2008-2012.

**Resultados.** Se publicaron 175 artículos en 20 números ordinarios y 6 suplementos, de los cuales 95 fueron artículos originales (54.3%). Endogamia editorial 46%, internacionalidad 41.82, 7.17 citas/año, índice H 4, porcentaje de visibilidad 74.8%.

**Conclusiones.** La Revista CONAMED es una publicación altamente especializada que se apega a los lineamientos internacionales y está mostrando aumento en su influencia a través de los indicadores analizados, pero aún existe un gran camino por recorrer.

**Palabras clave:** bibliometría, índice H, visibilidad, internacionalidad.

#### ABSTRACT

**Introduction.** Bibliometric indicators are statistics that describe the characteristics and the importance of scientific researches. The objective of this study is to make a bibliometric diagnosis of the CONAMED Magazine.

**Method and materials.** A basal analysis on content and indicators is presented in the CONAMED Magazine in the 2008-2012 period.

**Results.** 175 articles were published in 20 ordinary numbers and 6 supplements, of which 95 were original articles (54.3%). 46% editorial inbreeding, 41.82 internationality, 7.17 quotes/year, H 4 index, visibility percentage of 74.8%.

**Conclusions.** CONAMED Magazine is a highly specialized publication that follows the international standards and it is showing an increasing in its influence through the analysed indicators, but there still is a long way to go.

**Key words:** bibliometric, H Index, visibility, internationality.

<sup>1</sup> Dirección de Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, MÉXICO.

<sup>2</sup> Servicio Social de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. MÉXICO.

Folio 263/2014 Artículo recibido: 14-03-2014 Artículo reenviado: 02-04-2014 Artículo aceptado: 15-04-2014

Correspondencia: Dra. Mahuina Campos Castolo. Subdirectora de Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Mitla 250 - piso 8 esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Deleg. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. Correo electrónico: mahuina@conamed.gob.mx.

## INTRODUCCIÓN

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) publica una revista científica arbitrada, en periodos trimestrales. Es una revista impresa con acceso completo gratuito en línea de todos sus números, incluido el más reciente, en la página institucional de CONAMED. [www.conamed.gob.mx](http://www.conamed.gob.mx). La revista está apegada a las Recomendaciones Internacionales de publicación de revistas biomédicas (International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE) y se encuentra registrada en diversos índices y repositorios hemerobibliográficos como son: Artemisa, BVS-México, Cuiden, Dialnet, Imbiomed, Latindex, MedicLatina de EBSCO-Host, Periódica.

La Bibliometría es la ciencia que estudia la naturaleza y curso de una disciplina, como proceso informativo de comunicación escrita, mediante el análisis estadístico de sus publicaciones científicas.<sup>1 2</sup>

Los indicadores bibliométricos, por su parte, son datos estadísticos deducidos a partir de las publicaciones científicas. Su uso permite medir la importancia de cada publicación en la difusión de conocimiento nuevo.<sup>3 4</sup>

Algunos de los indicadores más usados son el índice H.<sup>5</sup>

Con el objetivo de realizar un diagnóstico orientado a la mejora continua de la Revista CONAMED, desde 2013 se inició con el análisis de indicadores bibliométricos generales.<sup>6</sup>

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron los contenidos y temática, así como tres perfiles bibliométricos: a) Publicación y colaboración científica, b) Indicadores de uso y c) Análisis del impacto de la Revista.

Para definir el *perfil de publicación y colaboración científica*, el número de autores, la temática de las publicaciones, así como los índices de internacionalidad, endogamia, reincidencia y rechazo, se realizaron revisión y contabilización directa de los contenidos publicados, tabulando en una base de datos de Excel los datos de cada número, el tipo de artículo y las palabras/temas clave. Se identificaron el número de autores, su nacionalidad y adscripción.<sup>7</sup> Para el índice de internacionalidad se utilizaron los criterios de Zych & Buela-Casal (2007)<sup>8</sup> y para el porcentaje de endogamia se contabilizó el número total de autores, incluyendo los reincidentes y el número de autores con adscripción a la Comisión Nacional de Arbitraje de Médico.

El *indicador de uso* que se analizó fue el número de descargas directas de los archivos electrónicos de la Revista CONAMED registradas desde el sitio web de la

Comisión Nacional de Arbitraje Médico [www.conamed.gob.mx/revista.html](http://www.conamed.gob.mx/revista.html). Se cuenta con el registro a partir del 10 de abril de 2008.<sup>9</sup>

Para el *análisis de impacto de la Revista* se calcularon indicadores bibliométricos con la herramienta informática *Harzing's Publish or Perish versión 4.6.3.5156 2014.02.11.2153U (HPoP)*,<sup>10</sup> mediante la opción *Journal Impact Analysis*, con un rango temporal de 2008 a 2012, a fin de que pudiera ser homologado con los resultados del *SCImago Journal & Country Rank (SJCR)*.<sup>11</sup> El porcentaje de visibilidad se calculó a partir de los resultados públicos de Google Académico (GA), que representa el número de artículos indexados en GA entre el total de artículos publicados.<sup>12</sup>

## RESULTADOS

### Contenidos y temática

De Enero de 2008 a Diciembre de 2012 se publicaron 20 números ordinarios y 6 suplementos: en promedio 38 artículos por año (intervalo 31 a 38 artículos, desviación estándar = 3). Se incluyeron 95 artículos originales (54.3%), 44 artículos de revisión (25.1%), 5 artículos de opinión (2.9%), 23 casos CONAMED (13.1%), 2 Recomendaciones para mejorar la atención en salud emitidas por la CONAMED (1.1%) y 6 artículos especiales (3.4%), ofreciendo un total de 175 artículos publicados en el período (Figura 1). Se consideró como la producción total de artículos publicados para el quinquenio a la sumatoria del total de artículos de las secciones mencionadas (no se incluyó editoriales ni noticias).

Los artículos versaron sobre uno o más<sup>ii</sup> de los siguientes temas: 56 artículos sobre calidad de la atención en salud (22.3%), 49 atención médica (19.5%), seguridad del paciente 37 (14.7%), cuidado enfermero 34 (13.5%), casos Conamed 23 (9.1%), relación médico-paciente 17 (6.7%), ética y bioética 14 (5.5%), sistemas de salud 12 (4.7%), 7 Recomendaciones para mejorar la atención médica (2.7%) y 2 artículos con temas jurídicos 2 (0.7%). Figura 2.

En 5 de los 6 Suplementos 2008 a 2012, se publicaron investigaciones originales, revisiones monográficas

i. Esta clasificación corresponde a "secciones" de la Revista CONAMED, por lo cual, aun cuando se publicaron 7 artículos con la temática de Recomendaciones para mejorar la calidad de la atención médica, sólo 2 artículos se clasificaron en esta sección.

ii. Los artículos pudieron estar relacionados con uno o más temas; los porcentajes se calcularon con base en los 175 artículos totales=100%.

y reflexiones sobre temas relevantes para la práctica cotidiana, para la formación y actualización profesional y la relación entre los pacientes y los profesionales de la Enfermería, que tuvo la participación de investigadores de diversas universidades e instituciones de todo el país. El suplemento de 2012, se dedicó al análisis de diferentes intervenciones multidisciplinarias para reducir la Mortalidad Materna.

*Perfil de producción y colaboración científica*

El índice de internacionalidad (Zych y Buela-Casal) es de 42.76. (Cuadro 1).

Se contabilizaron 613 autores, en 95 (15.5%) con más de un artículo publicado en Revista CONAMED. El perfil geográfico de colaboración científica de las publicaciones analizadas fue de 606 autores mexicanos (98.7%) y 8 extranjeros (1.3%).

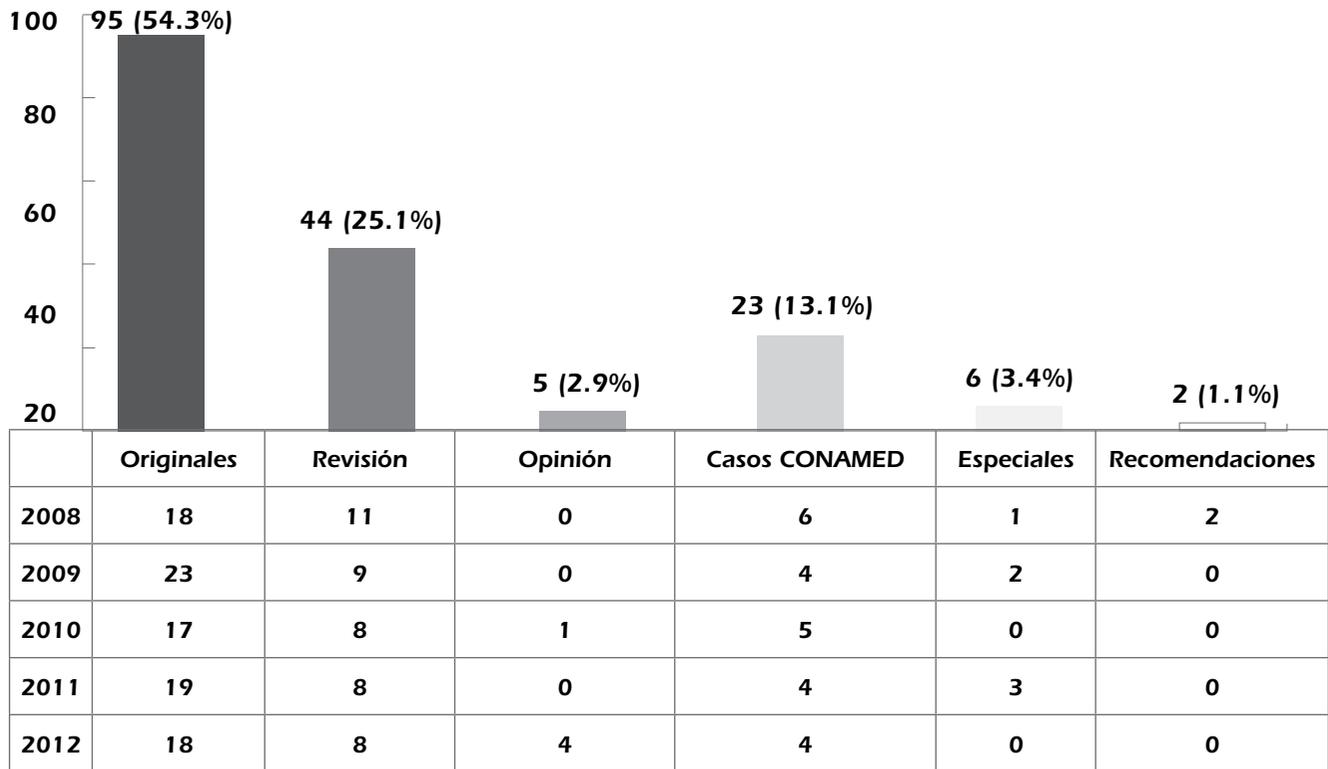


Figura 1. Distribución anual de la productividad científica de la Revista CONAMED, 2008-2011, por tipo de artículo.



Figura 2. Nube de palabras clave de los artículos publicados en la Revista CONAMED en el periodo 2008-2012. El tamaño del concepto es proporcional a la frecuencia de publicación.

Cuadro 1. Índice de internacionalidad (Zych y Buela-Casal) de la Revista CONAMED.

CRITERIO	VALORACIÓN	PUNTUACIÓN
Idioma de publicación	Español	1.8
Acceso por Internet	Si, a tiempo real	10.97
Cumple las normas internacionales de publicación	si	10.56
Inclusión en el JCR	No	0
Inclusión en bases de datos	8 bases de datos	3.74
Procedencia de los miembros del comité editorial	4 países	3.53
Acceso por Internet gratuito	si	9.68
El Factor de Impacto (ISI)	no pertenece a ISI	0
Procedencia de los autores	4/44=0.9	1.54
Pertenencia a una institución con la palabra internacional en el nombre	No	0
	<b>TOTAL</b>	<b>41.82</b>

Se identificaron 71 instituciones de adscripción de los autores, siendo la más frecuente CONAMED con 282 autores (46%), universidades con 135 autores (22.0%), destacando entre ellas la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con 83 autores (13.5% del total), seguida de la Secretaría de Salud Federal con 45 autores (7.3%), instituciones médicas del sector público 37 autores (6.0%), Institutos Nacionales de Salud 23 autores (3.8%), academias y sociedades médicas 19 autores (3.1%), hospitales privados 17 autores (2.8%), 14 profesionales de la salud independientes (2.3%), comisiones estatales de arbitraje médico 11 (1.8%) y 30 autores con otras adscripciones diversas (4.9%). Las instituciones individuales más relevantes se pueden observar en la Figura 3 y 4.

El porcentaje de endogamia editorial fue de 36.8% en 2008, 30.2% en 2009, 30.9% en 2010, 43.3% en 2011 y 46.1% en 2012 (Cuadro 2). La tasa de aceptación de los artículos para el periodo fue de 84%.

#### *Indicadores de uso*

En el periodo 2009-2012 se acumularon 75,630 descargas individuales del archivo en formato PDF de la Revista CONAMED que se registraron desde el portal web institucional, que muestra un crecimiento constante (76% anual en promedio), conforme se observa en la Figura 5. No incluye las descargas a artículos individuales que pueden realizarse desde las páginas web de algunos repositorios hemerobibliográficos en los que está registrada la publicación.

#### *Análisis del impacto de la Revista*

Los resultados de citación en Google Académico (GA) de una selección automatizada por HPoP de 82 artículos fueron: citas 43, citas/año=7.17, Índice H<sup>13</sup>= 4. El porcentaje de visibilidad (131 artículos indexados en Google Académico de un total de 175 artículos publicados) fue 74.8%.

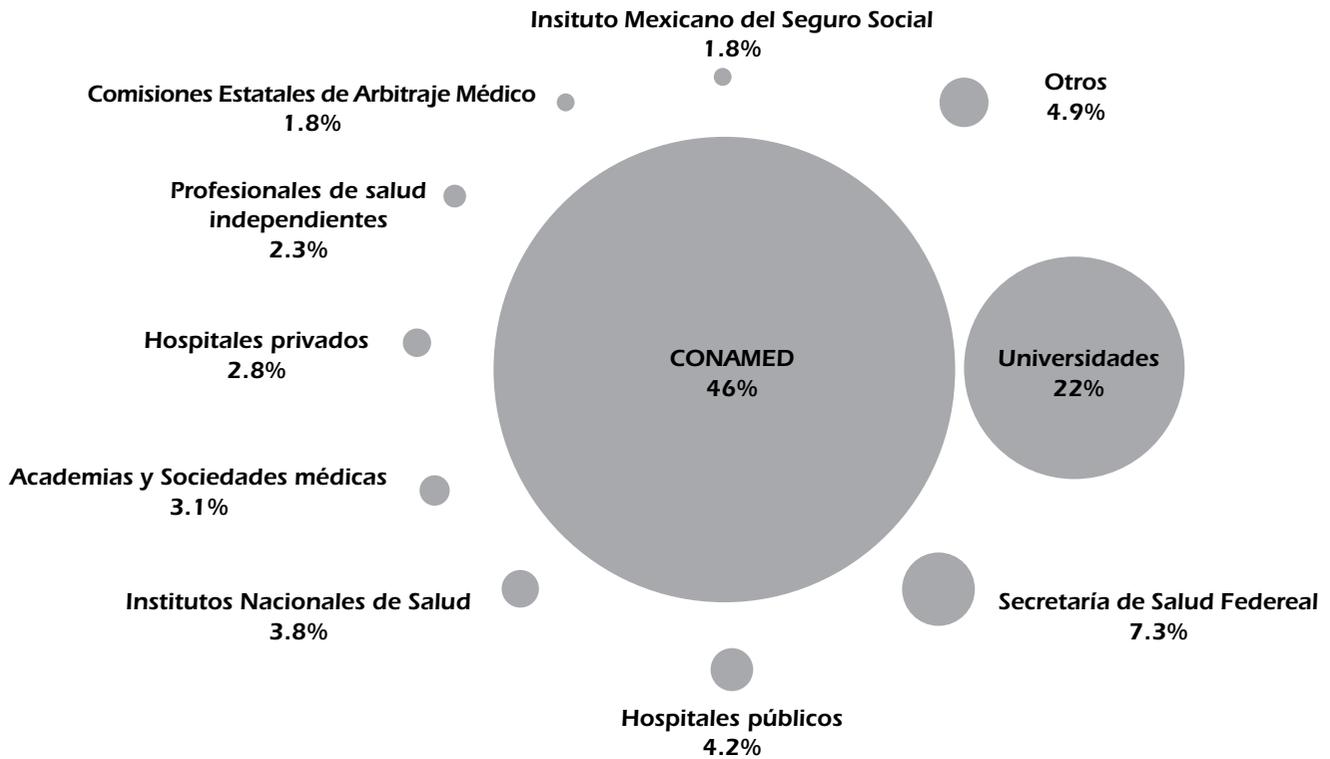


Figura 3. Instituciones de adscripción de los autores publicados en la Revista CONAMED en el periodo 2008-2012. Imagen modificada, creada a partir de una infografía elaborada con la aplicación gratuita en línea Venngage, disponible en <https://infograph.venngage.com/>.

Cuadro 2. Procedencia de los autores que publicaron en la Revista CONAMED durante el periodo 2008-2012.

PERFIL DE ADSCRIPCIÓN DE LOS AUTORES	2008		2009		2010		2011		2012		TOTAL	
	FRECUENCIA	%										
Autores CONAMED	50	36.8	36	30.3	47	42.7	64	53.3	85	66.4	282	46.0
Autores externos	86	63.2	82	68.9	63	57.3	56	46.7	43	33.6	330	53.8
Autores mexicanos	135	99.3	116	97.5	108	98.2	119	99.2	127	99.2	605	98.7
Autores extranjeros	1	0.7	3	2.5	2	1.8	1	0.8	1	0.8	8	1.3
Autores con más de una publicación	30	22.1	14	11.8	13	11.8	12	10.0	26	20.3	95	15.5
Total de autores	136	100	119	100	110	100	120	100	128	100	613	100



Figura 4. Nube de instituciones colaboradoras en la publicación de artículos para la Revista CONAMED. Imagen creada con la aplicación gratuita en línea Tagul, disponible en <http://tagul.com/>.

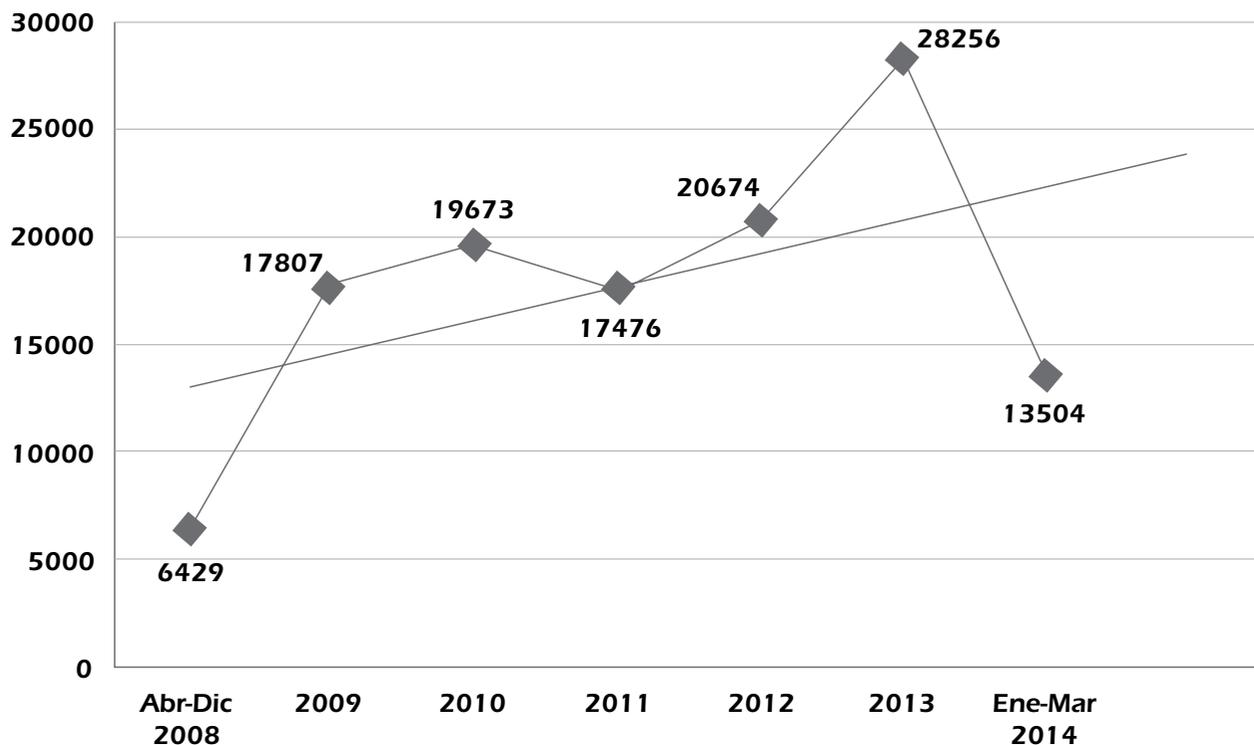


Figura 5. Descargas individuales del archivo en formato PDF de la Revista CONAMED que se registraron desde el portal web institucional. No incluye las descargas a artículos individuales que pueden realizarse desde las páginas web de algunos repositorios hemerobibliográficos en los que está registrada la publicación.

## DISCUSIÓN

Aunque los indicadores bibliométricos son herramientas útiles para medir la calidad de una revista y de los procesos investigativos en general, aún se encuentran al centro de una gran controversia en cuanto a su independencia, representatividad y validez.<sup>1 4</sup>

Este estudio bibliométrico continúa el acercamiento analítico a indicadores bibliométricos basales de la Revista CONAMED,<sup>5</sup> con el fin de conocer su impacto dentro de la comunidad académica.

Con respecto al estudio bibliométrico inicial que publicamos en 2013 sobre el periodo 2007-2011,<sup>6</sup> se incrementó en 88% el número de artículos de 168 a 175 en el quinquenio analizado, elevando el promedio de artículos publicados por año de 33 a 38. La proporción de artículos originales también se incrementó, de 80 (48%) a 95 (54.3%). Con lo anterior mejoramos nuestro resultado en cuanto a estos requisitos editoriales, que son evaluados por diversos índices hemerobibliográficos nacionales e internacionales.

Con respecto al periodo previo, nuestra temática mostró un incremento notable en cuanto a artículos relacionados con calidad de la atención en salud (22.3% vs. 11%), seguridad del paciente (14.7% vs. 9%) y relación médico-paciente (6.7% vs. 3%), a expensas de una reducción en los artículos sobre temas jurídicos (0.7% vs. 8%), sistemas de salud (4.7% vs. 10%) y de la difusión de las recomendaciones para mejorar la atención médica que emite la Conamed (2.7% vs. 8%). Esto puede indicar una mayor especialización de nuestra audiencia, sin verse afectado el cumplimiento de nuestro Perfil Editorial, pero en menoscabo de temas relevantes y muy propios del quehacer institucional, por lo cual buscaremos reforzar estos temas.

En cuanto a los suplementos, en este periodo se observó la inclusión de la mortalidad materna en uno de ellos, sin descuidar nuestro compromiso con la divulgación de la investigación en enfermería.

Seguimos avanzando en la internacionalización de nuestra Revista, pues en el periodo 2007-2011 se alcanzó un índice de internacionalidad (Zych y Buela-Casal)<sup>8</sup> de 37.64, mientras en el periodo 2008-2012 se logró 42.76, a expensas de la inclusión de personalidades internacionales en nuestro Comité Editorial.

Indicadores que no se habían analizado en el periodo previo y que deberemos monitorear en los estudios subsecuentes son el número total de autores, observando los autores únicos y reincidentes, los perfiles de colaboración científica por país y por institución, así como el porcentaje de endogamia editorial, que en el periodo 2008-2012 fue de 46% en promedio, con 282 autores

institucionales y 330 autores externos. Criterios como la endogamia e internacionalidad, buscan que las revistas científicas incorporen criterios de calidad y procesos estandarizados globalmente, de manera que reflejen los avances científicos mundiales. Revista CONAMED ha oscilado en el periodo 2008-2012 entre el 46.1% y el 30.2% de endogamia, lo cual está por arriba del 25% sugerido por algunos autores y evaluaciones de índices hemerobibliográficos; consideramos relevante comentar que entre los autores institucionales se encuentran 42 pasantes (6.9%) de nuestro programa de servicio social en investigación. En nuestra opinión, las revistas institucionales, especialmente latinoamericanas, se alimentan de la investigación producida local y nacionalmente, lo cual visibiliza la producción científica de las instituciones que generan las revistas. En nuestra opinión, esto es incluso benéfico para impulsar la productividad de los investigadores y orientar hacia la investigación operativa, que puede contribuir a resolver los problemas locales de las instituciones nacionales.

El crecimiento constante en las descargas individuales del ejemplar completo de la Revista CONAMED que se registran en el portal institucional resulta alentador; en el futuro habremos de realizar una mayor observación acerca de nuestra audiencia, para conocer sus necesidades y preferencias y así mejorar nuestros canales de comunicación, especialmente enfocándonos en las redes sociales institucionales de la Comisión, así como en redes de investigación y otros sitios especializados. En las 75,630 descargas comentadas, no se incluyen las descargas a artículos individuales desde repositorios hemerobibliográficos Latindex, Artemisa En Línea, Periódica, Imbiomed, Dialnet, Cuiden y Ebsco, ya que aún no contamos con el número de identificación de material digital universal (Digital Object Identifier, conocido como DOI), que permite realizar un rastreo mucho más exacto del número de descargas que se realiza de cada artículo en internet. Desgraciadamente, el DOI tiene un costo muy alto, que sólo pueden costear editoriales e instituciones académicas cuyas publicaciones generan ingresos considerables.

El comparativo entre nuestros resultados de impacto en el periodo 2007-2011 y 2008-2012 en cuanto a número de citas (53 vs. 43), citas por año (7.57 vs. 7.17), índice H (4 en ambos estudios), con una muestra aleatoria automatizada obtenida a través del software Harzing's Publish or Perish (versiones 4.6.3.5156 2014.02.11.2153U vs. 4.1.2.4907), muestra un decremento discreto en los indicadores evaluados. Estos cambios no son significativos, pueden derivarse del tamaño de la muestra de artículos seleccionados aleatoriamente por el software (muestras de 90 vs. 82 artículos) y

pueden ser interpretados como representativos de una publicación con influencia consistente, que deberemos trabajar para no sólo mantener, sino mejorar. Un indicador de impacto que si mejoró significativamente fue el porcentaje de visibilidad, obtenido a partir de Google Académico (GA), que pasó de 51% a 74.8%, por lo que esperamos que nuestros indicadores de impacto tiendan a incrementarse en los próximos años.

Conforme lo muestran nuestros resultados, la Revista CONAMED es una publicación altamente especializada que se apega a los lineamientos internacionales y está mostrando aumento constante en su influencia potencial a través de los indicadores analizados. Sin embargo, como a la gran mayoría de las revistas científicas mexicanas y aún iberoamericanas, le resta un gran camino por recorrer, especialmente en cuanto a la medición de impacto, endogamia e internacionalidad.

## REFERENCIAS

1. Sancho R. Indicadores bibliométricos utilizados en la evaluación de la ciencia y la tecnología. Revisión bibliográfica. *Rev Esp Doc Cient* 1990; 13(3-4):842-65. [acceso 2014-03-02] Disponible en: [http://digital.csic.es/bitstream/10261/23694/1/SAD\\_DIG\\_IEDCyT\\_Sancho\\_Revista%20Espa%C3%B1ola%20de%20Documentacion%20Cientifica13\(4\).pdf](http://digital.csic.es/bitstream/10261/23694/1/SAD_DIG_IEDCyT_Sancho_Revista%20Espa%C3%B1ola%20de%20Documentacion%20Cientifica13(4).pdf).
2. Ardanuy J. Breve introducción a la Bibliometría. Barcelona: Universitat de Barcelona; abril de 2012. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/30962/1/breve%20introduccion%20bibliometria.pdf>.
3. Ruíz de Osma E. Indicadores bibliométricos. *Cognosfera* [internet], Universidad de Granada, España. 2005. [acceso 2014-01-28] Disponible en: <http://www.ugr.es/~rruizb/cognosfera/index.htm>.
4. Rueda-Klaussen Gómez CF, Villa-Roel Gutiérrez C, Rueda-Klaussen Pinzón CE. Indicadores bibliométricos: origen, aplicación, contradicción y nuevas propuestas. *Med UNAB*. 2005; 8(1):29-38.
5. Hirsch JE. An index to quantify an individual's scientific research output. *PNAS*. 2005;102(46):16569-72.
6. Campos-Castolo EM, Flores-Romero G, Villanueva-Egan LA, Zaldívar-Abad A. Indicadores bibliométricos de la Revista CONAMED 2007-2011. *Rev CONAMED* 2013; 18(2):96.
7. Delgado López-Cózar E. Endogamia editorial y científica, tasas de rechazo y visibilidad de las revistas científicas. *Jornada de difusión de la I Evaluación de la calidad de las revistas científicas españolas FECYT Fundación Española de Ciencia y Tecnología*. Madrid: FECYT; 12 de junio de 2008. Disponible en: [http://ec3.ugr.es/publicaciones/Delgado\\_Lopez-Cozar,\\_E-Endogamia\\_editorial\\_y\\_cientifica,\\_tasas\\_de\\_rechazo\\_y\\_visibilidad\\_de\\_las\\_revistas\\_cientificas.pdf](http://ec3.ugr.es/publicaciones/Delgado_Lopez-Cozar,_E-Endogamia_editorial_y_cientifica,_tasas_de_rechazo_y_visibilidad_de_las_revistas_cientificas.pdf).
8. Zych I, Buela-Casal G. Índice de interaccionalidad de las revistas iberoamericanas de psicología incluidas en la Web of Science. *Rev Mex Psicol*. 2007;24(1):15-22.
9. Reporte de Descargas a la Revista CONAMED. México: (Dirección General de Calidad e Informática) Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 2008-2013. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/reporte\\_descargas\\_revista.php](http://www.conamed.gob.mx/reporte_descargas_revista.php).
10. Harzing AW, van der Wal R. A google scholar h-index for journals: An alternative metric to measure journal impact in economics and business. *JASIST*. 2009;60(1): 41-6.
11. SCImago SJR — SCImago Journal & Country Rank. *Journal Rankings – Mexico*, 2012. [acceso 2014-02-01] Disponible en: <http://www.scimagojr.com>.
12. Romero-Torres M, Acosta-Moreno LA, Tejada-Gómez MA. Ranking de revistas científicas en Latinoamérica mediante el índice h: estudio de caso Colombia. *Rev Esp Document Cient*. 2013;36(1):e003. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/redc.2013.1.876>.
13. Hirsch JE. An index to quantify an individual's scientific research output. *PNAS*. 2005;102(46):16569-72.

## Parto fortuito: definiciones, características y resultados. Elementos para su análisis en México

### Accidental out-of-hospital delivery: definitions, characteristics and outcomes. Elements for the analysis in Mexico

Luis Alberto Villanueva-Egan,<sup>1</sup> Eduardo Morales-Andrade,<sup>2</sup> Miguel Ángel Lezana-Fernández<sup>1</sup>

#### RESUMEN

**Introducción.** Parto fortuito es el término utilizado en México para describir los nacimientos que ocurren fuera de las instalaciones médicas destinadas a la atención obstétrica. Involucra una gran diversidad de condiciones, entre ellas, algunas con un elevado riesgo de morbilidad y mortalidad, tanto materna como perinatal. Objetivos: Conocer la frecuencia del fenómeno en el ámbito internacional, identificar sus factores determinantes y las consecuencias en la salud materna y perinatal.

**Material y Métodos.** Se realizó una revisión narrativa de la literatura médica internacional publicada tanto en inglés como en español de enero de 1994 a abril de 2014.

**Resultados.** El parto accidental no hospitalario es una condición que se presenta prácticamente en todos los países con variaciones en su frecuencia en relación inversa con el grado de desarrollo humano del país o microrregión. No obstante, existen patrones que se repiten entre los diferentes estudios publicados: mujeres pobres, con baja escolaridad, sin control prenatal, multíparas, con una gran distancia por recorrer entre el domicilio y el hospital o con fallas en el acceso a un medio de transporte, así como deficiencias en el sistema de atención ambulatoria pre-hospitalaria.

**Conclusiones.** La salud materna y sus desviaciones,

como el parto fortuito, son indicadores sensibles del funcionamiento integral del sistema de salud en el que participan factores médicos, económicos y socio-culturales, lo que le convierte en un evento centinela excelente para evaluar el acceso y la calidad de la atención obstétrica en los servicios de salud.

**Palabras clave:** parto fortuito, parto accidental fuera del hospital, salud materna, salud perinatal, alto riesgo obstétrico, parto antes de llegar al hospital.

#### ABSTRACT

**Introduction.** 'Parto fortuito' is a term used in Mexico to describe the births that happen outside the obstetric areas of hospitals. It involves a great number of conditions, some which have a high index of morbidity and mortality both maternal and perinatal. Objectives. To determine this phenomena frequency worldwide and to identify its determining factors and the maternal and perinatal consequences.

**Method and materials.** A narrative revision of the medical literature, both in English and Spanish, published from January 1994 to April 2004.

**Results.** The accidental out-of-hospital delivery is a

<sup>1</sup> Dirección General de Difusión e Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, MÉXICO.

<sup>2</sup> Departamento de Medicina Preventiva. Hospital General Darío Fernández del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, MÉXICO.

Folio 265/2014 Artículo recibido: 12-03-2014 Artículo reenviado: 13-04-2014 Artículo aceptado: 30-04-2014

Correspondencia: Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández. Director General de Difusión e Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Mitla 250 esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Deleg. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. México. Correo electrónico: mlezana@conamed.gob.mx.

worldwide condition with frequency variations in terms of human development in a country or micro-region. However, there are characteristics that are repeated in the different published studies: women with low economic status and low academic level, without prenatal control, multiparous, with a long distance between their homes and hospitals, or with difficulties to access a transport medium; as well as deficiencies in the pre-hospital ambulatory system attention.

**Conclusions.** Maternal health and its deviations,

such as the accidental out-of-hospital delivery, are sensitive signs of the health system's comprehensive functioning in which medical, economic and socio-cultural factors participate, which makes it into an excellent sentinel event to evaluate the access and quality of the obstetric attention in the health services.

**Key words.** Accidental out-of-hospital delivery, maternal health, prenatal health, obstetric high risk, delivery before arrival to the hospital.

## INTRODUCCIÓN

El término parto fortuito se refiere al nacimiento por vía vaginal que sucede espontáneamente, de manera imprevista y sin que existan condiciones óptimas para la madre. Engloba un conjunto de situaciones enmarcadas por tres condiciones: espontaneidad, imprevisibilidad e inconveniencia.<sup>1</sup> No obstante ser una de las acepciones utilizadas más comúnmente para mencionar el fenómeno, es ambigua e incluye situaciones distintas con riesgos y resultados que pueden ser muy diferentes. El parto fortuito puede ser un parto planeado en el hogar, un nacimiento no planeado en el domicilio de la mujer o de su familia, el nacimiento en el trayecto a un establecimiento médico o dentro de las instalaciones médicas pero en un área distinta a la asignada para la atención obstétrica (una sala de espera, la sala de urgencias o un baño), aun cuando sea atendido por personal de salud calificado.<sup>2</sup> A excepción del parto planeado en el hogar, en todas las demás situaciones se trata de un acontecimiento accidental. Otras denominaciones utilizadas son parto sin asistencia profesional especializada, partos inesperados, partos prehospitales, partos antes de llegar y partos fuera del hospital.<sup>1</sup> Para fines de clasificación y análisis, los partos que ocurren fuera de instalaciones médicas para atención obstétrica se pueden dividir en planeados o intencionales y no planeados o accidentales.

Más allá del debate sobre la seguridad del parto planeado en el hogar, existe consistencia en el señalamiento de que el parto accidental no hospitalario incrementa el riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatales, específicamente hemorragia posparto; trauma obstétrico, hipotermia e hipoglucemia neonatales. El mayor riesgo de complicaciones se debe a las condiciones insalubres del lugar donde se atiende el parto, a que frecuentemente es atendido por personas no calificadas para la atención obstétrica y a la pérdida de oportunidad en la atención médica hospitalaria en el caso de presentarse alguna complicación. En esta revisión se utilizó el

término parto fortuito en el sentido de parto accidental fuera del hospital por tratarse de una condición relacionada con riesgos elevados para la madre y el recién nacido y dejar de lado los partos planeados fuera del hospital cuya seguridad es materia de debate.

Con objeto de conocer la frecuencia del fenómeno en el ámbito internacional, identificar sus factores determinantes, así como sus consecuencias sobre la salud materna y perinatal, se decidió elaborar una síntesis narrativa de la literatura médica internacional y nacional.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de los artículos publicados en inglés y español en el período que va de enero de 1994 a abril de 2014. Se utilizaron las fuentes de información PubMed, LILACS, SciELO y el buscador de información Google Scholar. Los términos y palabras clave utilizados para la pesquisa fueron: "*accidental out-of-hospital delivery*", "*unplanned home births*", "*unplanned out of hospital deliveries*", "*born before arrival*", "*unplanned births before arrival*", "*unattended deliveries*", "*unattended out of hospital birth*", "*parto domiciliario*", "*parto extrahospitalario*" y "*parto fortuito*". También se utilizaron las referencias bibliográficas de los artículos encontrados. Se incluyó toda la información disponible sin importar el diseño metodológico. Los estudios se ordenaron siguiendo la clasificación de países por Índice de Desarrollo Humano (IDH) presentada en el Informe sobre Desarrollo Humano 2013 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).<sup>3</sup> Adicionalmente, se realizó una búsqueda de información en las bases de datos oficiales del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) en lo referente a las estadísticas vitales de nacimientos y mortalidad materna. Los resultados se exponen en medidas de frecuencia.

## RESULTADOS

### *IDH muy alto*

En Estados Unidos de América (EUA) el porcentaje de partos domiciliarios se incrementó de 0.6% en 2004 a 0.7% en 2009 (n=29,650), debido principalmente a un incremento de 36% en los partos domiciliarios en la población de mujeres blancas no hispanas. De hecho, en 2009 aproximadamente 1 de cada 90 nacimientos en mujeres blancas no hispanas ocurrió en el hogar, proporción 3 a 5 veces mayor que para cualquier otro grupo étnico o racial. Del total de partos domiciliarios 62% fue atendido por parteras (19% por enfermeras obstetras certificadas y 43% por parteras profesionales certificadas); 5% fueron atendidos por médicos y 33% por otro tipo de asistentes (un miembro de la familia o un técnico en urgencias médicas). Uno de cada dos partos domiciliarios se presentan en multíparas y 20% en mujeres de 35 años y más. Con la información proveniente de 26 estados de la Unión Americana se determinó que 13% de los partos domiciliarios no fueron planeados. Con las cifras anteriores se estima que la frecuencia de partos accidentales fuera del hospital en EUA fue de 1 por cada 1000 en el año 2009.<sup>4</sup>

En 2006 Declercq y cols., realizaron un análisis de los nacimientos en el hogar, planeados y no planeados, en 19 estados que representaron 49% del total de nacimientos ocurridos en EUA en ese año. De los 2,062,517 nacimientos, 12,475 (0.6%) fueron domiciliarios, de ellos 9,810 fueron planeados (78.6%), 1,977 no planeados (15.8%) y en 688 (5.5%) no se registró el estatus. La relación de partos domiciliarios no planeados sobre el total de nacimientos de los 19 estados arroja una cifra de 1 por cada 1000 nacimientos. El perfil de las mujeres con parto domiciliario no planeado combina diferentes factores de riesgo: 26% no tuvo control prenatal; 20% fueron positivas a tabaquismo y en 48.4% se trató de mujeres multíparas. En relación con el tipo de asistente del parto no planeado en el hogar, 78% de los partos fueron atendidos por "otros" (categoría que incluye al esposo, otros miembros de la familia, técnicos en urgencias médicas, policías y bomberos), 16.9% por médicos presumiblemente en situación de urgencia y 5.4% por parteras profesionales o enfermeras obstetras certificadas. Es importante señalar que 26% de los partos domiciliarios no planeados fueron pretérmino en contraste con los partos domiciliarios planeados en los que el 96.9% fueron a término y en 75% de los casos fueron atendidos por parteras profesionales o enfermeras obstetras certificadas.<sup>5</sup>

En el contexto hospitalario de Estados Unidos de América, Bateman y cols., publicaron un estudio sobre las características maternas y perinatales de los nacimientos que, habiendo ocurrido en forma accidental fuera del

hospital, fueron recibidos en el Harlem Hospital para su atención posterior al parto. En 1989, año de la realización de la observación, se registraron 59 neonatos vivos y 2 óbitos fetales que nacieron fuera del hospital. En comparación con las mujeres que fueron atendidas dentro del mismo, quienes parieron fuera del hospital fueron con mayor frecuencia mujeres afro-americanas, multíparas, con un control prenatal deficiente o ausente y sin ningún tipo de seguro médico. Los nacidos fuera del hospital con mayor frecuencia fueron pretérmino y de menor peso y talla que los nacidos dentro del establecimiento. Además, la frecuencia en el consumo de drogas (tabaco, alcohol y cocaína) y en la positividad para sífilis y VIH fueron significativamente mayores en las mujeres que parieron fuera del hospital en comparación con quienes fueron atendidas dentro de la institución. Un análisis multivariado reveló que las variables independientes asociadas con el nacimiento fuera del hospital fueron el historial materno de uso de cocaína durante el embarazo y la condición de no asegurada. En relación con el neonato las complicaciones más fuertemente asociadas con el parto fuera del hospital fueron la hipotermia y la hipoglucemia.<sup>6</sup>

Cuando el parto accidental fuera del hospital es inminente o ha ocurrido, un elemento clave en el pronóstico materno y perinatal es la prontitud con la que madre y recién nacido reciben atención calificada y son conducidos a un hospital. Con el propósito de identificar las intervenciones realizadas por el personal de los servicios ambulatorios de urgencias médicas durante la atención de los nacimientos fuera del hospital y determinar las características asociadas a un mal resultado neonatal, se realizó un estudio de los 91 nacimientos ocurridos fuera del hospital en el área de influencia del Yale – New Haven Hospital en el período comprendido de enero de 1991 a enero de 1994. Del total, los paramédicos atendieron 78 partos (86%), de los que 72 (92%) ocurrieron en el sitio del llamado y 6 (8%) durante el trayecto al hospital. De los neonatos atendidos por paramédicos, 5 recibieron asistencia ventilatoria y uno requirió intubación. La hipotermia neonatal fue común, ocurriendo en 37 de los 78 casos (47%). Un total de 23 mujeres que parieron fuera del hospital no tuvieron control prenatal y en ese subgrupo se verificaron 8 muertes neonatales, en comparación con solo una en el subgrupo de mujeres que sí tuvieron cuidados prenatales. Seis de las muertes neonatales se asociaron a prematuridad extrema (<25 semanas). Los malos resultados neonatales (muerte, ventilación mecánica o ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatales  $\geq$  2 días) también fueron más frecuentes en el subgrupo sin control prenatal.<sup>7</sup>

En Finlandia la frecuencia de partos accidentales fuera del hospital fue de 1 por cada 1000 nacimientos en el período 1991-1995, siendo más frecuente en áreas rurales

y en mujeres con alta paridad. El riesgo de muerte perinatal en estos casos fue 3 veces mayor al de los nacidos en el entorno hospitalario.<sup>8</sup> Por otra parte, en Francia la frecuencia de nacimientos fuera del hospital entre los años 2005 y 2006 fue de 4 por cada 1000 nacimientos, principalmente en relación con la residencia en áreas rurales, una alta paridad y a mayor distancia entre el hogar y la unidad de atención materna.<sup>9</sup> Tanto en Finlandia como en Francia uno de los factores condicionantes de la existencia de partos accidentales fuera del hospital fue el cierre de maternidades rurales como respuesta a la reducción de la natalidad, con el incremento concomitante de la distancia entre el hogar y el hospital.

En un estudio de casos y controles realizado también en Francia, se identificaron cuatro factores de riesgo independientes para un parto accidental fuera del hospital: desempleo materno, multiparidad, ausencia o insuficiencia de cuidado prenatal y un tiempo de traslado >45 minutos para llegar a la unidad de atención obstétrica. La complicación neonatal más frecuente en los nacidos en forma accidental fuera del hospital fue la hipotermia, además de que tuvieron una probabilidad de ingreso a una unidad de cuidados intensivos neonatales casi 3 veces mayor en comparación con los nacidos en el hospital.<sup>10</sup>

Un estudio observacional de 15 años realizado en la región norte del Reino Unido, identificó 3,466 nacimientos fuera del hospital de un total de 588, 691 nacimientos registrados en el período (6 por cada 1000 nacimientos). En este estudio la mortalidad perinatal en los nacidos fuera del hospital fue de 38.7/1000 nacimientos mientras que la de todos los nacimientos registrados fue de 9.7/1000 nacimientos. Además, los nacimientos accidentales fuera del hospital fueron mucho más peligrosos que los nacimientos planeados en el hogar en términos de mortalidad perinatal: (128.8 a 193.1 muertes por cada 1000 nacimientos vs 1.6 a 1.9 muertes por cada 1000 nacimientos, respectivamente).<sup>11</sup>

Rodie VA y cols., en el Glasgow Royal Maternity Hospital del Reino Unido entre 1995 y 1999 determinaron que los nacimientos accidentales dentro del área de influencia del hospital representaron 0.6% (6 por 1000 nacimientos). En ellos fue más frecuente la alta paridad de la madre, la ausencia o deficiencia del control prenatal y se relacionó con una alta mortalidad perinatal. Otras características de interés en este grupo fueron la menor edad gestacional y peso al nacimiento en comparación con los controles nacidos en el hospital. Si bien es difícil de evaluar, la duración del trabajo de parto, éste fue significativamente menor en el grupo de nacimientos fuera del hospital que en el grupo control (116 minutos vs 331 minutos, respectivamente).<sup>12</sup>

En el South Tyneside District General Hospital localizado

en South Shields, Reino Unido, los “nacimientos antes de llegar”, definidos como aquellos que fueron planeados para nacer en un establecimiento de salud y nacieron en el hogar o en el trayecto al hospital, representaron, en el período comprendido del 1 de octubre de 1999 al 31 septiembre de 2002, 0.3% de todos los nacimientos (14/4,465). En las multíparas la frecuencia fue de 0.6%. Las mujeres incluidas en esta casuística tenían el antecedente de al menos un parto y 2 mujeres el de un “nacimiento antes de llegar”. La mitad de los nacimientos fueron atendidos por parteras o personal paramédico, el resto por familiares. Todas las mujeres fueron atendidas por personal de salud, en el hogar o en el hospital, dentro de los primeros 20 minutos de ocurrido el nacimiento. Las complicaciones más frecuentes fueron: desgarro perineal en mujeres e hipotermia en los recién nacidos, uno de los cuales era prematuro.<sup>13</sup>

En Victoria, Australia, se incrementó la incidencia de partos no planeados antes de llegar al hospital de 1991 a 2006 (0.2% (n=157) a 0.5% (n=351), respectivamente). Los factores de riesgo identificados son: la distancia entre el domicilio de la mujer y el hospital que, en forma similar a lo reportado en Finlandia y Francia, se corresponde con el cierre de múltiples maternidades rurales. Sin embargo, también se han incrementado los partos no planeados antes de llegar al hospital en las mujeres que viven en áreas urbanas muy cerca de los servicios de maternidad. Se ha especulado que esto se debe al consejo de las parteras hospitalarias sobre permanecer en casa tanto tiempo como sea posible o que las mujeres consideran asistir al hospital hasta que el trabajo de parto haya progresado en forma significativa. Independientemente de que estos factores participen en la ocurrencia de partos no planeados antes de llegar al hospital, se ha reportado que en muchos de estos casos la mujer llamó por teléfono al hospital en la hora previa al nacimiento, ignorándose el tipo de información que recibió.<sup>14</sup>

En este sentido, con el objeto de rescatar la voz de las mujeres, se realizó una investigación cualitativa en la región rural de New South Wales, Australia, a fin de conocer la experiencia de las mujeres en trabajo de parto durante el camino desde su comunidad, donde se había cerrado previamente la maternidad, al hospital centralizado. De este estudio se desprende que las mujeres consideran altamente inseguro e incómodo el viaje (sin vigilancia, sin estaciones de servicio, sin cobertura telefónica y en ocasiones invadidos los caminos por canguros y ganado), a lo que se suma la ausencia de transporte público en su región y las dificultades para el acceso de ambulancias. El tiempo de traslado fue en promedio de 4 horas por lo que no sorprende que 12% de las mujeres parieran antes de llegar al hospital.<sup>15</sup>

En Roma Di Benedetto y cols., realizaron un estudio en el período comprendido de enero de 1983 a diciembre de 1993, con objeto de establecer la prevalencia de los partos no planeados antes del arribo a un gran hospital metropolitano, así como determinar las características demográficas de las mujeres en riesgo de parir antes de llegar al hospital. De los 27,274 nacimientos consecutivos ocurridos en el período de estudio, 22 (0.8%) nacieron antes del arribo al hospital. Al comparar los resultados maternos y perinatales entre el grupo de madres y recién nacidos que nacieron antes del arribo y el grupo de madres y recién nacidos "hospitalarios", no se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa en relación a la edad materna, paridad, edad gestacional, peso al nacimiento y complicaciones inmediatamente posteriores al parto. La estancia hospitalaria fue mayor en el grupo de estudio (6.6 vs 3.5 días). Las complicaciones neonatales fueron más prevalentes en los neonatos que nacieron antes de llegar al hospital y la hipotermia fue la complicación más frecuente. En esta observación no se informó alguna muerte neonatal.<sup>16</sup>

En el sur de Israel la frecuencia de nacimientos accidentales fuera del hospital es de 2% conforme a uno de los más grandes estudios reportados sobre nacimientos fuera del hospital. Los factores relacionados en forma independiente con el parto fuera del hospital fueron: multiparidad, pertenencia al grupo étnico beduino (nómadas) y ausencia de control prenatal. Por otra parte, en comparación a los partos atendidos por personal calificado en el hospital en los nacimientos fuera del hospital el riesgo de mortalidad perinatal fue 2 veces mayor y el de hemorragia posparto 3 veces mayor.<sup>17</sup> En otro trabajo realizado en el mismo hospital se observó una mayor frecuencia de hemorragia posparto y retención de placenta en los casos de parto no planeado fuera del hospital. En relación con los resultados neonatales, la mayoría de los casos de hipoglicemia, policitemia y convulsiones ocurrieron en los nacidos fuera del hospital en forma no planeada. En este estudio los factores de riesgo independientes relacionados con un parto no planeado fuera del hospital fueron: bajo nivel educativo, edad materna mayor de 35 años y alta paridad.<sup>18</sup>

Mosella VF y cols., en Chile describieron las características de los 16 partos de origen extrahospitalario que ocurrieron durante el año 2006 fuera del Hospital Santiago Oriente "Dr. Luis Tisné Brousse" o dentro de sus instalaciones pero en áreas inadecuadas para la atención obstétrica. Del total de casos, 4 mujeres no realizaron ningún control prenatal y 4 presentaron toxicomanías no suspendidas durante la gestación: 3 con hábito tabáquico y 1 con alcoholismo y consumo de pasta base de cocaína. En relación con la paridad, 3 eran primigestas, 10 multíparas y 3 grandes multíparas. Del total de partos extrahospitala-

rios 12 fueron de término, 3 de pretérmino y 1 postérmino. Respecto al lugar físico en el que ocurrieron los partos se distribuyeron como sigue: 3 en el trayecto al hospital, 1 en el consultorio, 3 en el servicio de atención primaria de urgencia, 1 en la puerta del hospital y los 8 restantes en el domicilio. El trauma perineal fue la complicación materna más frecuente (68.7%), seguido por alumbramiento incompleto en 50% de los casos. En cuanto a los recién nacidos ninguno presentó complicaciones relacionadas con el parto extrahospitalario. En esta casuística no se identificó la distancia entre la ubicación geográfica de la residencia de la mujer o del lugar del parto y el hospital como un factor determinante. Todas las pacientes pertenecían al nivel más bajo de ingresos económicos.<sup>19</sup>

En Argentina Szyld y cols., realizaron un estudio con el objetivo de comparar la morbilidad (policitemia, hipotermia, sepsis precoz, convulsiones, hipoglucemia, anemia) y la mortalidad entre niños nacidos en su domicilio sin que esto hubiera sido planeado con la de los niños nacidos en el Hospital Diego Paroissien, en el período comprendido de enero de 1988 a diciembre de 1991. Se observó una frecuencia significativamente mayor de policitemia neonatal (22.6%) y de hipotermia al ingreso (28.3%) en los recién nacidos domiciliarios en comparación con los niños nacidos en el hospital. La mortalidad no presentó diferencias estadísticamente significativas.<sup>20</sup>

#### *IDH alto*

En Arabia Saudita, un país con una distribución adecuada de servicios obstétricos gratuitos que brindan atención durante las 24 horas del día, se observa que muchas mujeres en la región Assir continúan sin atención durante el parto o con la ayuda de personas no entrenadas fuera de las instalaciones médicas. En el Hospital Materno de Abha, un centro de cuidados secundarios y terciarios que atiende tanto a población urbana como rural, se atendieron dentro de las primeras 24 horas después del parto sin atención a 151 mujeres con sus recién nacidos. Del total de partos atendidos 36.4% ocurrió en el hogar y 63.6% en el trayecto al hospital. Los recién nacidos fuera del hospital desarrollaron con mayor frecuencia Síndrome de Dificultad Respiratoria y una mayor proporción de muertes neonatales en comparación con los controles hospitalarios. En cuanto a las mujeres que tuvieron su parto fuera del hospital 82.8% no reportaron algún tipo de atención prenatal, cifra que se reduce a 63.3% de quienes cuyo parto fue atendido dentro de las instalaciones médicas no tuvieron ningún tipo de atención prenatal.<sup>21</sup>

En Brasil se realizó una investigación con los nacimientos ocurridos en la zona sur del Municipio de São Paulo cuyo objetivo fue estimar los riesgos asociados con las muertes perinatales ocurridas en los partos domiciliarios

e identificar los motivos y las principales características de las madres. Las entrevistas domiciliarias permitieron identificar 21 partos fuera de los servicios de salud que no habían sido notificados como tales, principalmente en casos de óbito fetal. De esta manera, la muestra estudiada se conformó con 705 nacimientos hospitalarios y 21 partos domiciliarios accidentales (4 ocurrieron en el trayecto al hospital). De éstos, 12 fueron óbitos fetales, 4 mortinatos y 5 supervivientes. Los principales motivos atribuidos por las madres para que el parto no ocurriera en el hospital fueron: dificultad para conseguir transporte (33.3%); trabajo de parto muy rápido (28.6%); no haber reconocido la inminencia del parto (14.3%) y haber sido regresadas de los servicios de salud (19.1%). En el momento del parto la mayoría de las mujeres (57.1%) contaron con ayuda de la familia o de los vecinos; sin embargo, 6 mujeres (28.5%) parieron solas. Entre ellas, 4 de los partos resultaron en óbito fetal. En cuanto a la duración del trabajo de parto, 6 mujeres refirieron que

fue menor de 1 hora y otras 4 lo describieron entre 30 minutos y 1 hora. El medio de transporte más frecuentemente utilizado para llegar a los servicios de salud fue el automóvil de parientes o vecinos (42.9%); el resto de las mujeres fueron transportadas en ambulancia, taxi y vehículos de la policía. El perfil de las mujeres que más frecuentemente tuvieron partos domiciliarios fue: adolescentes, con baja escolaridad y sin pareja. Las variables que mostraron estar asociadas con la ocurrencia de óbitos en los partos domiciliarios fueron: un mal estado de salud de la mujer previo al embarazo y ausencia de control prenatal. El rechazo de la pareja hacia el embarazo también resultó una variable asociada con la mortalidad perinatal.<sup>22</sup>

En México, los registros oficiales de hechos vitales no permiten discernir si el parto en el hogar fue accidental o planeado; sin embargo, se cuenta con información sobre el sitio en el que éste ocurrió (Cuadro 1), así como sobre el tipo de proveedor de la atención (Cuadro 2),

Cuadro 1. Distribución de los nacimientos según sitio de atención del parto, Estados Unidos Mexicanos 2011-2013.<sup>1</sup>

SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO	2011	2012	2013*
SECRETARÍA DE SALUD	1,051,779	1,060,571	1,021,026
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)	450,986	454,913	448,963
IMSS OPORTUNIDADES	85,676	93,709	92,193
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)	38,383	39,804	35,820
SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL (SEDENA)	10,443	10,891	10,676
PETRÓLEOS MEXICANOS (PEMEX)	4,356	4,136	4,179
SECRETARÍA DE MARINA (SEMAR)	2,874	2,987	2,504
OTRA UNIDAD PÚBLICA	58,126	53,616	53,788
UNIDAD MÉDICA PRIVADA	424,570	446,416	405,326
VÍA PÚBLICA	966	931	897
HOGAR	30,106	29,540	23,228
OTRO LUGAR	8,450	8,768	7,056
NO ESPECIFICADO	345	410	140
<b>TOTAL</b>	<b>2,167,060</b>	<b>2,206,692</b>	<b>2,105,796</b>

<sup>1</sup> Fuente: Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC), 2011-2013.

\* Cifras preliminares.

Cuadro 2. Distribución de los nacimientos por tipo de proveedor, Estados Unidos Mexicanos 2011-2013.<sup>1</sup>

TIPO DE PROVEEDOR	2011	2012	2013*
MÉDICO	2,117,045 (97.7%)	2,156,232 (97.7%)	2,062,760 (98%)
ENFERMERA	6,448 (0.30%)	7,079 (0.32%)	6,863 (0.32%)
AUXILIAR DE SALUD	1,741 (0.08%)	2,668 (0.12%)	3,896 (0.18%)
PARTERA	34,787 (1.60%)	34,523 (1.56%)	27,332 (1.3%)
OTRO	5,335 (0.24%)	4,973 (0.22%)	4,263 (0.20%)
NO ESPECIFICADO	1,704 (0.08%)	1,217 (0.05%)	682 (0.03%)
<b>TOTAL</b>	<b>2,167,060</b>	<b>2,206,692</b>	<b>2,105,796</b>

<sup>1</sup> Fuente: Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC), 2011-2013.

\* Cifras preliminares.

lo cual ofrece algunos indicios sobre la magnitud del problema. Los partos ocurridos en el hogar y en la vía pública representaron en los últimos tres años aproximadamente 1.3% del total de nacimientos.<sup>23</sup> No obstante la creciente cobertura de atención institucional del parto, de las 971 defunciones maternas registradas en México en el año 2011, 123 (12.6%) ocurrieron en el hogar y 27 (2.8%) en la vía pública.<sup>24</sup>

Considerando las amplias variaciones en la cobertura y en las características de la atención del parto entre las diferentes regiones de la República Mexicana, Sánchez-Pérez y colaboradores llevaron a cabo un proyecto en una zona de alta ruralidad del estado de Chiapas a fines de 1994 en el que se realizó una encuesta a 296 mujeres con embarazo concluido en el transcurso de los dos años previos al estudio. De los 296 partos analizados, 95 (32%) tuvieron lugar en alguna institución de salud; 15 (5%) en casa de la partera; 178 (60%) en casa de la mujer; 7 (2.4%) en casa de la mamá o la suegra y 1(0.3%) en un vehículo. De los 186 partos ocurridos en casa de la mujer, de su mamá o de la suegra, 18 (9.6%) no recibieron atención sanitaria alguna: 12 fueron atendidos por un familiar y en 6 casos las mujeres parieron solas. Entre las mujeres que no recibieron atención sanitaria en el parto, la mediana de consultas de atención prenatal fue de 1.5; en las mujeres que fueron atendidas durante el parto por la partera fue de 5; y en aquellas que tuvieron la asistencia de personal de salud fue de 7. Entre las mujeres que no tuvieron alguna consulta prenatal, 32% no recibió atención sanitaria durante el parto, en comparación con las mujeres que acudieron a control prenatal

institucional que en su totalidad recibieron atención sanitaria durante el parto.<sup>25</sup>

En el estado de Nuevo León, una de las entidades federativas con mayor nivel de desarrollo, se realizó un estudio en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" con base en los registros hospitalarios de los recién nacidos vivos atendidos entre 2006 y 2010 el cual desveló una frecuencia de nacimientos ocurridos fuera del hospital de 4.6 por cada 1000 nacimientos. En relación con lugar del nacimiento: 61 (60.3%) ocurrió en el domicilio; 27 (26.7%) en el automóvil; 11 (10.8%) afuera del área de toco-cirugía y 2 (1.9%) en la vía pública.<sup>26</sup>

Sobre las características de los recién nacidos por parto fortuito se realizó un estudio en el Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", ubicado en el estado de Jalisco, con un área de influencia que abarca una amplia zona de la región centro-occidente de la República Mexicana. El estudio se efectuó con la información de los registros asentados del 1 de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2009 referente a los neonatos que fueron ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Externos. En el período ingresaron 4,762 neonatos a la Unidad de los que 582 (12%) fueron recién nacidos por parto fortuito, lo cual representó la tercera causa de ingreso a la Unidad, sólo por debajo de la prematuridad y la dificultad respiratoria. Del total de recién nacidos por parto fortuito ingresados a la Unidad, 67% de las madres eran multíparas y todas pertenecían al grupo social más desprotegido. Los nacimientos en el hogar fueron 198 (34%) y 384 (66%) fuera del hogar pero antes de llegar a la unidad toco-quirúrgica del hospital: 128 en

el automóvil; 58 en la vía pública; 42 en la ambulancia durante el traslado; 104 en áreas hospitalarias pero fuera de la unidad tóco-quirúrgica o quirófanos y 52 en otros sitios no especificados. Los diagnósticos de egreso fueron: recién nacido sano 463 (79%); sepsis neonatal 16 (3%); ictericia 33 (6%); dificultad respiratoria 35 (6%); neumonía 12 (2%), alteraciones metabólicas 13 (2%) y otros diagnósticos como traumatismo obstétrico, policitemia y vómitos 10 (2%). No hubo casos de mortalidad neonatal. El promedio de estancia hospitalaria fue de  $3 \pm 2$  días.<sup>1</sup>

#### *IDH medio*

En el Charlotte Maxeke Johannesburg Academic Hospital (CMJAH), unidad de tercer nivel en Sudáfrica, se realizó un estudio con el objetivo de comparar la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos que ingresaron a la unidad neonatal, entre los que nacieron antes de llegar (casos) y los que nacieron dentro del hospital (controles), en el período comprendido del 1 de enero de 2011 al 31 de enero de 2013. Los nacimientos que ocurrieron antes de llegar representaron 3% de todos los niños evaluados en la unidad neonatal y 1.8% de todos los nacimientos registrados en el CMJAH. La mortalidad en la unidad neonatal fue significativamente mayor en los nacidos fuera del hospital en comparación con los que nacieron al interior del establecimiento (7.9% vs 3.9%, respectivamente). La paridad fue menor en las madres de los controles que en las de los casos y, en forma inversa, el antecedente de control prenatal fue significativamente menor en los casos que en los controles. La asfixia al nacimiento y la sepsis temprana fueron más frecuentes en los casos que en los controles, con una mayor mortalidad relacionada.<sup>27</sup>

#### *IDH bajo*

En Nepal la mayoría de los nacimientos ocurren en el hogar (85%), son atendidos en 55% de los casos por amistades y familiares sin entrenamiento, y sólo 11% de las mujeres embarazadas tienen un control prenatal regular. En el valle de Katmandú existen condiciones que facilitan el acceso a la atención obstétrica hospitalaria, sin embargo no es raro que ocurran nacimientos en el trayecto al hospital, lo cual tiene diferentes explicaciones, entre las que destacan: el retraso en la decisión de acudir al hospital por parte de la mujer o de su familia; fallas en la información y comunicación durante el control prenatal y deficiencias en las competencias del personal de salud para identificar a las mujeres con alto riesgo para presentar un parto accidental fuera del hospital. En el Maternity Hospital de Katmandú, se estudiaron un total de 5,703 nacimientos atendidos durante los

4 meses de estudio, de los cuales 45 nacimientos ocurrieron en forma no planeada fuera del hospital, lo que arrojó una frecuencia de 0.8%. Si bien la mayoría de las mujeres vivían en los alrededores del hospital, obstáculos en la disponibilidad de transporte participaron en 35.5% de los casos. En esta muestra la mayoría de las mujeres (84.4%) tuvieron control prenatal pero más de la mitad de las mujeres refirieron no haber sido informadas sobre datos de alarma para acudir al hospital. Por lo mismo, la mayoría no elaboró un plan de seguridad con su médico. La familia también participó en más de la mitad de nacimientos, en la forma de discusiones sobre el sitio para la atención del parto. En relación con factores de tipo médico, solo en 7 mujeres (15.5%) se pudo sospechar la existencia de un parto precipitado y en 4 casos las mujeres tuvieron acceso oportuno a los servicios pero fueron regresadas a su domicilio con el diagnóstico de falso trabajo de parto.<sup>28</sup>

De forma semejante, en Nigeria aproximadamente 67% de los nacimientos ocurren en el hogar, independientemente del relativo fácil acceso a los servicios hospitalarios en las áreas urbanas. Lo anterior se acentúa en las áreas rurales donde los partos institucionales llegan a representar sólo 4% del total. En una investigación realizada en las clínicas de inmunización de Sagamu, se estimó que de 300 nacimientos en el hogar, 100 (33.3%) fueron no planeados. Entre los hallazgos destaca que del total de nacimientos atendidos en el hogar, en 100 (33.3%) el asistente fue un vecino; en 70 (23.3%) recibieron atención por una partera tradicional; 47 mujeres (15.7%) no recibieron ningún tipo de atención; 40 (13.3%) fueron asistidas por un familiar; 40 (13.3%) recibieron atención por personal de salud y 3 mujeres (1.0%) refirieron a otra persona. Además, 50.7% de las mujeres indicó que quien las asistió durante el parto no se lavó las manos. Las razones más frecuentemente citadas como causas del parto en el hogar no planeado fueron: trabajo de parto precipitado (57%); carencia de medio de transporte (21%); ausencia de compañía durante el trabajo de parto (5%); problemas financieros (13%); distancia del hospital (2.7%); preferencia de los miembros de la familia por el parto en el hogar (1.7%) y ocurrir antes de la fecha esperada (0.7%).<sup>29</sup>

## DISCUSIÓN

A diferencia de lo que pudiera esperarse, el parto accidental fuera del hospital no es exclusivo de los países pobres, por el contrario es un suceso con una amplia distribución mundial (Cuadro 3). No obstante que en los países más desarrollados su frecuencia es muchas veces menor que en los países con desarrollo bajo existe

coincidencia en algunos factores determinantes identificados: población de los estratos de menor nivel socio-económico, habitantes del medio rural, control prenatal deficiente o ausente, gran multiparidad y lejanía entre la unidad de atención obstétrica y la comunidad. De lo anterior se desprende que además de los elementos de carácter biológico, pensando en el parto precipitado como una condición frecuentemente imprevisible tal como lo observaron en situaciones distintas Rodie<sup>11</sup> y Almeida<sup>21</sup>, el parto accidental no hospitalario es resultado de la orientación y adecuada implementación de la política pública en salud reproductiva, principalmente en lo referente a la inclusión de los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad en los servicios de salud: la disponibilidad y acceso a la información, servicios y métodos para evitar la multiparidad; la oportunidad y calidad de los servicios de atención prenatal y obstétrica y las acciones de salud vinculadas con la participación comunitaria, entre las que destacan la promoción del

autocuidado de las mujeres embarazadas a través de la identificación de señales de alarma, la elaboración de un plan de seguridad haciendo partícipe a la familia y la garantía del traslado, diligente y acompañado por personal calificado, a una unidad de atención de urgencias obstétricas cuando se requiera. En el caso de un parto accidental en el hogar o en el trayecto al hospital, la rapidez con la que reciban, la mujer y el recién nacido, atención por personal calificado es el factor pronóstico determinante. En este sentido, la calidad de los servicios ambulatorios prehospitales juega un papel fundamental. De esta manera, es necesario destacar la importancia de la sinergia entre estos cuatro elementos concatenados: la participación comunitaria, la garantía del acceso universal efectivo y asequible, la calidad de los servicios y el sistema de referencia. Si alguno de los elementos no es debidamente atendido, el resultado no será el esperado. Es decir, además de la universalización de los servicios y la protección financiera, es necesario derribar las barreras

Cuadro 3. Frecuencia del nacimiento accidental fuera del hospital en países desarrollados.

País	PERÍODO	TOTAL DE NACIMIENTOS	NACIMIENTOS FUERA DEL HOSPITAL	PARTOS FORTUITOS	FRECUENCIA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (EUA) <sup>4</sup>	2009		29,650 nacimientos en el hogar (0.72% del total de nacimientos).	3854 <sup>a</sup>	0.094% del total de nacimientos
FRANCIA <sup>9</sup>	2005-2006	1,349,751	5,740		4.3 por 1000 nacimientos
FINLANDIA <sup>8</sup>	1991-1995	Total de nacimientos hospitalarios: 320,747	Total de nacimientos accidentales: 372	316	1.0 por 1000 nacimientos
ISRAEL / SOROKA UNIVERSITY MEDICAL CENTER <sup>17</sup>	1988-1999	117,266	2328	2328 <sup>b</sup>	2.0% del total de nacimientos
REINO UNIDO /GLASGOW ROYAL MATERNITY HOSPITAL <sup>12</sup>	1995- 1999	20,104	117	117	0.6%

<sup>a</sup> Cifra estimada considerando que 13% de los nacimientos en el hogar fueron accidentales, en base a cifras obtenidas de 26 estados, que representan el 50% de los nacimientos en EUA.

<sup>b</sup> Nacimientos accidentales dentro del área de influencia del hospital. De los 2328 nacimientos accidentales ocurridos fuera del hospital, 133 (5.7%) fueron atendidos por personal de salud y 2195 (94.3%) ocurrieron en el trayecto al hospital.

que participan en la pérdida de confianza o franca antipatía que algunos grupos poblacionales han desarrollado en su relación con los servicios de salud.<sup>30</sup> En este sentido, las consultas prenatales ofrecen una excelente oportunidad para intercambiar información sobre salud, valores y expectativas lo que, en un ambiente de respeto mutuo, permitirá construir escenarios propicios para la participación de la comunidad en acciones de salud. La pertinencia de reducir el parto en el hogar en condiciones de riesgo y el parto accidental no hospitalario es clara en función del mayor riesgo de complicaciones maternas y perinatales, incluyendo aquellas que ponen en peligro la vida, en comparación con las mujeres que son atendidas en condiciones institucionales adecuadas.

Por otra parte, debido a las diferencias evidentes en términos de resultado de las distintas variedades incluidas en el concepto "parto fortuito" es conveniente desglosarlo y sustituirlo por otros más descriptivos y relacionados con los utilizados internacionalmente. Aun el término "parto accidental fuera del hospital" incluye condiciones diametralmente distintas que requeriría una estratificación adicional: el pronóstico materno y perinatal varía entre un parto domiciliario no planeado en un país o microrregión donde el acceso a personal calificado y la transferencia a servicios hospitalarios se efectúa con celeridad, que otro en donde la mujer pare en condiciones precarias de higiene y sin acceso rápido a personal calificado o a un transporte que la refiera a una unidad de salud, como sucede frecuentemente en ambientes caracterizados por la pobreza extrema. Elaborar mejores definiciones permitirá conocer la frecuencia, magnitud y trascendencia del problema con claridad, evitando el subregistro; contar con información más útil para el diseño de intervenciones preventivas específicas, poder explorar tendencias y medir resultados, además de poder compartir la experiencia nacional con la generada internacionalmente. Actualmente, las plataformas disponibles de información en salud en México no permiten identificar cada uno de los distintos escenarios. En este sentido, de la experiencia internacional reciente se recoge la revisión 2003 del Certificado de Nacimiento en Estados Unidos de América en la que se añadió una variable que permite identificar el estatus de planeación en relación con el sitio donde ocurre el nacimiento, de esta manera es posible distinguir y caracterizar a los partos domiciliarios planeados y no planeados.<sup>4</sup>

Finalmente, los partos que ocurren en forma accidental fuera del hospital debido a fallas del sistema de salud (evento centinela) como son la escasez de recursos o el manejo ineficiente de los mismos; la valoración deficiente de las mujeres en trabajo de parto y el desinterés y otras formas de maltrato por parte del personal de salud,

representan condiciones de desigualdad, particularmente en lo referente al acceso y utilización de los servicios, en las que frecuentemente subyace una raíz de discriminación y que, por lo mismo, no pueden ser toleradas y deben ser corregidas en forma adecuada al nivel de la responsabilidad.

## REFERENCIAS

1. Ávalos-Huizar LM, Torre de la-Gutiérrez M, López-Gallo L, García-Hernández H, Rodríguez-Medina D, Martínez-Verónica R. Parto fortuito. Experiencia de diez años en Jalisco, México. *Ginecol Obstet Mex* 2010; 78:418-22.
2. Sheiner E, Ohel I, Hadar A. Out-of-hospital deliveries. En: Arulkumaran S, Karoshi M, Keith LG, Lalonde AB, B-Lynch C. A comprehensive textbook of postpartum hemorrhage. 2nd ed. London: Sapiens 2012. p.571-6.
3. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre desarrollo humano 2013- El ascenso del sur: progreso humano en un mundo diverso. Disponible en línea: <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?x=67503#.U2IWgIF5NPI>
4. MacDorman MF, Mathews TJ, Declercq E. Home births in the United States, 1990-2009. *NCHS Data Brief* 2012 Jan; (84):1-8. [acceso 2014-04-30]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/data/data-briefs/db84.pdf>.
5. Declercq E, MacDorman MF, Menacker F. Characteristics of planned and unplanned home births in 19 states. *Obstet Gynecol* 2010; 116:93-9.
6. Bateman DA, O'Bryan L, Nicholas SW, Heagarty MC. Outcome of unattended out-of-hospital births in Harlem. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1994 feb; 148:147-52.
7. Moscovitz HC, Magriples U, Keissling M, Schriver JA. Care and outcome of out-of-hospital deliveries. *Acad Emerg Med* 2000 jul; 7:757-61.
8. Viisainen K, Gissler M, Hartikainen AL, Hemminki E. Accidental out-of-hospital births in Finland: incidence and geographical distribution 1963-1995. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999 may; 78:372-8.
9. Blondel B, Drewniak, Pilkington H, Zeitlin J. Out-of-hospital births and the supply of maternity units in France. *Health & Place* 2011 sep; 17:1170-3.
10. Renesme L, Garlandezec R, Anouilh F, Bertschy F, Carpentier M, Sizun J. Accidental out-of-hospital deliveries: a case-control study. *Acta Paediatrica* 2013 apr; 102:e174-7.
11. Northern Region Perinatal Mortality Survey Group. Collaborative survey in perinatal loss in planned and

- unplanned home births. *BMJ* 1996 nov; 313:1306-9.
12. Rodie VA, Thomson AJ, Norman JE. Accidental out-of-hospital deliveries: an obstetric and neonatal case control study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002 jan; 81:50-4.
  13. Scott T, Esen UI. Unplanned out of hospital births – Who delivers the babies? *Ir Med J* 2005 mar; 98:70-2.
  14. McLelland G, McKenna L, Archer F. No fixed place of birth: Unplanned BBAs in Victoria, Australia. *Midwifery* 2013 feb; 29:e19-e25.
  15. Dietsch E, Shackleton P, Davies C, Alston M, McLeod M. 'Mind you, there's no anaesthetist on the road': women's experiences of labouring en route. *Rural and remote Health* 2010 apr-jun; 10:1371. Disponible en: <http://www.rrh.org.au>
  16. Di Benedetto MR, Piazze JJ, Unfer V, Ouatou D, y cols. An obstetric and neonatal study on unplanned deliveries before arrival at hospital. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1996; 23:108-11.
  17. Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hadar A, Hershkovitz R, Sheiner EK, Mazor M. Accidental out-of-hospital delivery as an independent risk factor for perinatal mortality. *J Reprod Med* 2002; 47:625-30.
  18. Hadar A, Rabinovich A, Sheiner E, Landau D, Hallak M, Mazor M. Obstetric characteristics and neonatal outcome of unplanned out-of-hospital term deliveries: a prospective, case-control study. *J Reprod Med* 2005 nov; 50:832-6.
  19. Mosella V. F, Ibañez G. C, Varas C. J. Parto extrahospitalario. *Rev Obstet Ginecol Hosp Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse* 2007; 2:121-6. [acceso 2014-04-30]. Disponible en: [http://www.revistaobgin.cl/files/pdf/trabajode\\_investigacion\\_121a1260.pdf](http://www.revistaobgin.cl/files/pdf/trabajode_investigacion_121a1260.pdf).
  20. Szyld E, Bonaventura L, Serjan A. Parto domiciliario no programado: consecuencias para el recién nacido. *Arch argent pediatr* 1996; 94:174-7.
  21. Archibong EI, Sobande AA, Al-Bar HM, Asindi AA. Unattended deliveries and perinatal outcome: a tertiary hospital experience. *Nigerian Journal of Paediatrics* 2002; 29:66-70.
  22. Almeida MF, Alencar GP, Dutilh-Novaes MH, França I. Partos domiciliarios acidentais na região sul do Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:366-75. [acceso 2014-04-30]. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/31877/33844>.
  23. Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Sub-sistema de Información sobre Nacimientos (SINAC), 2011-2013.
  24. Lazcano-Ponce E, Schiavon R, Uribe-Zuñiga P, Walker D y cols. Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. *Salud Publica Mex* 2013; 55 supl 2:S214-S224.
  25. Sánchez-Pérez HJ, Ochoa-Díaz López H, Navarro i Giné A, Martín-Mateo M. La atención del parto en Chiapas, México: ¿dónde y quién los atiende? *Salud Publica Mex* 1998; 40:494-52.
  26. Morales-Rodríguez IB, Rodríguez-Balderrama I, Rodríguez-Bonito R. Prevalencia y mortalidad perinatal del parto fortuito en un hospital universitario del noreste de México. *Medicina Universitaria* 2012; 14:191-5.
  27. Bassingthwaite MK, Ballot DE. Outcomes of babies born before arrival at a tertiary hospital in Johannesburg, South Africa. *SAJCH* 2013; 7:139-44.
  28. Chaudhary P. Accidental-out of-hospital deliveries: factors influencing delay in arrival to maternity hospital. *Kathmandu Univ Med J* 2005 apr-jun; 3:115-22.
  29. Adelaja LM. A survey of home delivery and newborn care practices among women in a suburban area of western Nigeria. *ISRN Obstet Gynecol* 2011; 983542. Publicado en línea Jun 7, 2011. [acceso 2014-04-30]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3143458/pdf/OBGYN2011-983542.pdf>.
  30. Villanueva-Egan LA, Schiavon-Ermani R. Intervenciones latinoamericanas basadas en evidencia para reducir la mortalidad materna. *Rev CONAMED*. 2013 ene-mar; 18:21-30.

## La política pública de vejez en México: de la asistencia pública al enfoque de derechos

### The public policy on old age in Mexico: from public assistance to a rights approach

Angélica María Razo-González,<sup>1</sup>

#### RESUMEN

En la actualidad México se considera un país de jóvenes, sin embargo presenta un proceso de envejecimiento moderado de su población que acarreará, a mediano y largo plazo, consecuencias en aspectos como la salud, la economía, las relaciones sociales y los valores culturales; ocasionando problemas cada vez más diversos y complejos que requerirán la intervención de la sociedad en su conjunto y del Estado en particular. Una revisión histórica sobre la atención a la vejez en México nos muestra que hasta antes de la década de los setenta el país carecía de una política pública de vejez. Sin embargo, las proyecciones demográficas y la presión de algunos grupos lograron poner el tema en la Agenda de Gobierno, que respondió con la creación del Instituto Nacional de la Senectud. Las primeras acciones del Instituto tuvieron como guía la idea de la asistencia a los ancianos desde un enfoque de pobreza e integración social, poco a poco, esta perspectiva ha ido transitando hacia un enfoque que considera a las personas adultas mayores como sujetos de derechos. Para poder implementar políticas públicas desde este nuevo enfoque se requieren acciones institucionales estructurales y proactivas más que reactivas, que tomen en cuenta a todos los actores sociales interesados en el tema y que coloquen los cimientos para hacer frente al problema en un futuro no muy lejano.

**Palabras clave:** políticas públicas, adulto mayor, gerontagogía.

#### ABSTRACT

Nowadays, Mexico is considered a country of young people; nonetheless, it presents a process of moderate ageing in its population that will bring medium and long term consequences in aspects such as health, economy, social relations and cultural values; resulting in an increasingly complex and diverse problems that will require society's intervention as a whole and in particular from the Estate. A historical revision on the attention to old age in Mexico shows that it was until the seventies that the country had a public policy on old age. However, demographic projections and the pressure of some groups managed to put the issue in the Government's Agenda, which resulted with the creation of the Instituto Nacional de la Senectud. The first actions of the Institute for Old Age had as guidance the idea of assistance to the elderly from a perspective of poverty and social integration, with the time, this idea has turned into a perspective that considers old people as holders of rights. In order to implement the public policies from this new perspective, we require structural institutional actions, proactive rather

<sup>1</sup> Universidad Estatal del Valle de Ecatepec (UNEVE). MÉXICO.

Folio 260/2014 Artículo recibido: 20-02-2014 Artículo reenviado: 05-03-2014 Artículo aceptado: 25-03-2014

Correspondencia: Dra. Angélica María Razo González, Profesora de tiempo completo de la Licenciatura de Geriología. Universidad Estatal del Valle de Ecatepec (UNEVE). Av. Central s/n esq. Leona Vicario, Col. Valle de Anáhuac Parque Industrial Xalostoc, C.P. 55210, Estado de México. México. Correo electrónico: anrago63@hotmail.com.

than reactive, that consider all of the social actors interested on the subject and lay the foundations to face the

problem in a not so distant future.

**Key words:** Political policies, elderly, gerontagogy.

## INTRODUCCIÓN

Hasta antes de la década de los setenta México carecía de una política pública definida que tratara el problema de los adultos mayores. Durante la época colonial, la reforma y el México revolucionario y posrevolucionario, la vejez era concebida como una condición natural e individual de los seres humanos, cuya atención correspondía al ámbito privado familiar, donde las instituciones de asistencia, sobre todo religiosas, se involucraban sólo en aquéllos casos de extrema vulnerabilidad, abandono y desamparo. En este sentido la respuesta social, que no gubernamental, se basaba en los mandamientos de la fe y la caridad.

A partir del Porfiriato la historia da cuenta de los esfuerzos del Estado, para hacerse cargo de las poblaciones dependientes (ancianos, menores, minusválidos).<sup>1</sup> Así la atención a los ancianos queda a cargo de la Beneficencia Pública.

Como consecuencia de la política de reducción del crecimiento demográfico y del incremento en la esperanza de vida de la población, que resulta a su vez de las políticas de atención en los servicios de salud, México está experimentando un proceso de transición demográfica, caracterizado por el envejecimiento paulatino de su población, proceso que se hizo más notorio a partir de la década de los sesenta y fue un punto nodal, para el cambio en el panorama de la atención a la vejez.

Este proceso de envejecimiento demográfico, que en la actualidad es un fenómeno mundial, sus posibles consecuencias para las sociedades y las acciones de los gobiernos, se convirtió en el argumento principal que poco a poco fue logrando formar parte de la agenda pública. Para finales de la década de los 70 pasó a ser parte de la Agenda de Gobierno México, lo que impulsó la creación, por Decreto Presidencial, de un instituto nacional dedicado a la atención a la senectud, con el paso del tiempo esta institución se ha visto rebasada: cambio de sector, de nombre, de objetivo, pero no de programas de atención ni de baja cobertura. Asimismo otros actores, públicos, sociales y privados, han hecho su aparición para proponer soluciones e incluso para redefinir el problema.

Pero ¿Cómo ha sido este proceso? ¿Cuáles son los factores que han ayudado a definir la política de atención a la vejez en México? ¿Cuál ha sido el papel del Estado y el de la sociedad civil? ¿Cuáles son las demandas atendidas y cuáles las posiciones políticas? ¿Cuál el impacto de la intervención institucional? ¿Cómo ha sido el camino desde

la Asistencia Pública? ¿Cómo es que esta política pública de vejez en México ha transitado del enfoque de pobreza e integración social al enfoque de derechos? ¿Cómo se ha expresado este cambio de discurso en la acción pública?

Para responder a estos cuestionamientos tendremos que entender qué son y para qué sirven las políticas públicas, cómo ha evolucionado el concepto, y su adaptación a los procesos de toma de decisión e implementación de políticas en nuestro país. Asimismo se revisará la historia de la asistencia pública y su apertura a la atención de necesidades de grupos considerados vulnerables como los adultos mayores. Es importante conocer las respuestas de los gobiernos, a través de diversos instrumentos de política pública, como decretos y leyes que dan soporte normativo a las acciones y su fundamento en las recomendaciones internacionales, para el tema del envejecimiento y los adultos mayores que enmarcan la estructura institucional y técnica de las acciones implementadas. Finalmente es necesario revisar la participación de otros actores interesados en el tema que van presionando para reorientar o validar las acciones gubernamentales.

### *Las políticas públicas y su desarrollo en el panorama nacional*

Una de las principales razones de ser de los gobiernos radica en responder a los problemas de sus gobernados, en ello están basadas las interacciones cotidianas entre el Estado y la sociedad, más específicamente estas relaciones “toman la forma de problemas y soluciones, demandas y ofertas, conflictos y arbitrajes, necesidades y satisfactores”.<sup>2</sup>

Hasta mediados del siglo pasado cada gobierno elegía cuáles problemas solucionar, cuáles formaban parte de sus obligaciones por ser de interés público y en cuáles no tenía atribución por ser de interés individual, este proceso de toma de decisiones en las políticas económicas y sociales no era estudiado ni analizado, los gobiernos no daban cuenta de sus quehaceres y los ciudadanos se conformaban con los resultados de las acciones institucionales. La eficacia, eficiencia y rendición de cuentas no formaban parte de las obligaciones del Estado. No obstante la evolución y madurez democrática de las sociedades impulsó el nacimiento de una disciplina que se ocupara de “explicar los procesos de elaboración y ejecución de las políticas..., con base científica, interdisciplinaria y al servicio de gobiernos democráticos...”

cuyo punto crucial es “el conocimiento del proceso de decisión y el conocimiento en el proceso de decisión”.<sup>3</sup>

En la actualidad una definición de política pública, gira en torno a las acciones gubernamentales que tienen como propósito resolver problemas o cubrir objetivos de interés general con eficacia y eficiencia. Entonces la Política Pública como disciplina, se encarga de estudiar el proceso de la política, desde la elección y definición del problema a solucionar (formación de la agenda), hasta la manera en que las políticas públicas se diseñan, desarrollan, implementan y evalúan.

Para Aguilar Villanueva la política pública está caracterizada principalmente porque:

*“recoge las demandas de los sectores civiles y políticos, las reelabora en objetivos y acciones legalmente compatibles, aprovecha la información y el conocimiento que existen en una sociedad para seleccionar las acciones y las formas de organización capaces de producir los objetivos decididos, e incluye el cálculo de los recursos públicos que las acciones necesitan para operar y alcanzar los resultados esperados”.*<sup>4</sup>

En este sentido, para el autor la política pública puede considerarse un plan de acción específico orientado hacia el logro de objetivos perfectamente identificados, delimitados y viables, donde el modo de gobernar consiste en un “gobierno por políticas”.

A diferencia de esta idea de política pública, el gobierno mexicano, constitucionalmente hablando, tiene el mandato de “gobernar por planes” (planes de desarrollo nacionales y estatales), que tradicionalmente se han creado con una concepción unilateral de la acción gubernamental, donde el papel del gobierno es de un conjunto de instituciones todopoderosas, con plena aprobación social que tienen en sus manos los grandes problemas de la agenda nacional, que se deben atender. Así que la noción de gobernar por políticas públicas se integró a este modo de gobernar, formando parte de los planes de desarrollo “entonces puede entenderse y diseñarse el plan como el conjunto integrado y coherente de políticas públicas específicas, sectoriales, así como las políticas públicas han de ser entendidas como el conjunto integrado y coherente de programas y proyectos particulares”.<sup>4</sup> A partir de los planes nacionales de desarrollo elaborados cada sexenio por los gobiernos, los diferentes sectores de la administración pública e instituciones, reciben “línea” para conseguir los objetivos establecidos en cada plan, para lo cual adaptan y desarrollan sus programas institucionales.

Ante este panorama, ¿cómo han evolucionado las políticas públicas de vejez en México? responder a esta pregunta requiere primero analizar el cómo y desde cuándo, se ha definido el problema de la atención a las personas adultas mayores.

*Antecedentes históricos del problema de la vejez en México*  
Si revisamos la historia de México, desde sus antecedentes precolombinos hasta la promulgación de las leyes de reforma, encontramos que los ancianos tienen una posición extrema y contradictoria, desde las afirmaciones que los colocan como seres depositarios de sabiduría y poder, hasta la idea generalizada de la merma de sus capacidades y su vulnerabilidad social; a lo largo del tiempo han sido objeto de calificativos y atribuciones que son más construcciones sociales que reflejos de su realidad objetiva. En este periodo histórico el problema de la vejez era considerado como el resultado de una situación individual, cada anciano vivía o sobrevivía a su vejez de acuerdo con su historia de vida, en el seno de su familia o comunidad, los casos extremos de desamparo, eran atendidos por las instituciones religiosas bajo los preceptos de la caridad y la filantropía.

Las acciones de estas instituciones religiosas se integraron a los ayuntamientos con la aparición de la beneficencia pública, a través de la instauración de la Dirección General de Beneficencia Pública creada en 1862;<sup>5</sup> en el marco del proyecto modernizador instaurado durante el Porfiriato se crearon instituciones que expandieron la respuesta del Estado hacia grupos más amplios de la población: “El estado asume el papel de subsidiario en las tareas de cuidado de los grupos de población dependientes [entre ellas los ancianos]”.<sup>6</sup> Esta intervención del Estado fue “evolucionando, madurando e institucionalizándose, hasta lo que hoy es conocido como asistencia social, entendida ésta como una responsabilidad del Estado Mexicano, que va más allá de lo social y llega a lo ético”.<sup>7</sup>

Ya durante el periodo postrevolucionario se instituye la Secretaría de Asistencia Pública en 1931 y en 1943 se fusiona con el Departamento de Salubridad para dar paso a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con facultades propias en materia de salud y de servicios asistenciales a la población, en estos años no se encuentra alguna referencia especial a los adultos mayores. Es necesario tomar en cuenta que para 1930 había 16.6 millones de mexicanos<sup>8</sup> de los cuales el 30.1% de los nacidos vivos llegaba a la senectud.<sup>9</sup>

Para enero de 1977, se crea por decreto el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), como institución cuyo objetivo principal era conjuntar y organizar a los organismos encargados de la asistencia social en el país, primero con atribuciones de protección a la infancia. Sin embargo, con el paso del tiempo el Estado asumió de manera más amplia la obligación ética y jurídica de ofrecer servicios y atender a los sectores sociales vulnerables, ampliando su visión hacia otros grupos como la familia y los ancianos, y cambiando el enfoque de sus acciones de correctivas a preventivas.

“El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF, pasó a ser un brazo especializado,

autónomo y desconcentrado del sector salud y se formó el Sistema Nacional de Asistencia Social que además de los sectores tradicionalmente atendidos de niños y mujeres agregó a los jóvenes y a los viejos (Centros de Integración Juvenil, Instituto Nacional de la Senectud) y creó filiales en todo el país, a nivel estatal y municipal, con manejo propio de recursos. La asistencia social se convirtió en un sistema complejo con compromisos, estrategias, leyes y convenios”.<sup>10</sup>

En síntesis, el cambio en el problema de la atención a los adultos mayores como grupo vulnerable merecedor de la acción del estado se vio impulsado por varios factores:

- El incremento de adultos mayores en la población mexicana, para 1970 había 2707,238 personas de 60 años y más que correspondían al 5.6% de la población total. Así como el incremento en la esperanza de vida, que en 1970 era de alrededor de 60 años, casi el doble de la esperanza de vida que se observaba en 1930, que era de 35 años.
- El surgimiento de un grupo de personas, interesadas en la creación de una instancia de atención a la población anciana mexicana, encabezados por Ema Godoy, a través de la asociación Dignificación de la Vejez (DIVE), junto con Lidia Camarena Adame, Lylia-Berthely Jiménez y Euquerio Guerrero López; este grupo se ocupó de hacer del problema de la vejez parte de la agenda pública, sobre todo las acciones de Ema Godoy quien impulsaba el tema en un programa de radio en la XEW. La respuesta gubernamental fue atraer el problema a la agenda de gobierno, a través de la creación del INSEN con Euquerio Guerrero López, como su primer director general.
- Para lograr este paso de la agenda pública a la agenda de gobierno el factor de mayor peso lo constituyó un gobierno interesado en impulsar la política de asistencia social. Durante el sexenio del Presidente José López Portillo, se implementaron varios programas específicos de ayuda a los pobres y otros grupos marginados, entre ellos el Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), el Sistema Alimentario Mexicano (SAM), el Programa para el Desarrollo Regional (PRODER), el Programa de Inversión del Desarrollo Rural (PIDER) y de la creación de instituciones con funciones específicas Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN).

#### *Primera política definida: La creación del INSEN*

Las políticas de vejez son “aquellas acciones organizadas por parte del Estado frente a las consecuencias sociales,

económicas y culturales del envejecimiento poblacional e individual”.<sup>11</sup> De acuerdo con la autora las políticas de vejez, para serlo, deben contar con tres atributos generales: institucionalidad, medidas programáticas y normatividad.

Por institucionalidad se entiende que es necesario contar con una instancia responsable del diseño, implementación y seguimiento de las políticas, por ejemplo un instituto. Las medidas programáticas se refieren a la explicitación de las acciones en términos de objetivos y resultados, así como a la articulación de las actividades que permitan conseguirlos. La normatividad está constituida por los mandatos legales, las leyes específicas y un marco de procedimientos.

En el caso de México para dar institucionalidad a la política de vejez se creó el Instituto Nacional de la Senectud, cuyo decreto fue publicado el 22 de agosto de 1979. Desde su fundación tuvo calidad de organismo descentralizado, siguiendo con la reforma administrativa de desconcentrar y descentralizar ciertas funciones del poder central, pero sin desligarlo de la tutela del Estado. El objeto del recién creado instituto era: “proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana y estudiar sus problemas para lograr soluciones adecuadas”.<sup>5</sup> En sus inicios el INSEN estaba suscrita al Sector Salud y contaba con un Consejo Directivo presidido por el titular de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y por representantes de las Secretarías de Educación Pública, Trabajo y Previsión Social y Asentamientos Humanos y Obras Públicas, pudiendo ser invitadas instituciones privadas de atención a la vejez. Desde su constitución en Instituto fue pensado para ofrecer atención integral a todos los ciudadanos mexicanos de 60 años y más.

En cuanto a las medidas programáticas en sus primeros años de creación el Instituto definió un conjunto de programas asistenciales agrupados de acuerdo con el servicio que prestarían a la población:

- Programas económicos: Tarjeta INSEN; Centros de producción; Bolsa de Trabajo; Cursos de Capacitación.
- Programas Sociales: Procuraduría de la Defensa del Anciano; Albergues; Clubes de la Tercera Edad.
- Programas Educativos: Educación de la Familia y la Sociedad en el Conocimiento del Anciano; Centro Cultural de la Tercera Edad; Enseñanza Geriátrica y Gerontológica; Preparación al Retiro.
- Programas Psicológicos: actividades recreativas, vacacionales, culturales y sociales; valoración psicológica y psicométrica; talleres de terapia ocupacional; Residencias Diurnas.
- Programas de Investigación Gerontológica.<sup>5</sup>

El marco normativo del INSEN estaba constituido por la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal del 29 de diciembre de 1976, en la que se ampliaron las facultades genéricas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en el

sentido de otorgar servicios asistenciales a la población necesitada en general, anteriormente sólo contemplaba a la población materno-infantil.<sup>5</sup> Y por la Ley General de Salud, que se modificó para considerar a la Asistencia Social como materia de Salubridad General y a los ancianos desamparados merecedores de Asistencia Social, de los servicios de asistencia jurídica y de orientación social, mediante el Sistema Nacional de Salud, artículos 2º, 6º, particularmente en el título noveno de la ley en el artículo 168º incisos II y III, se consideran actividades básicas de la Asistencia Social:

- II. "La atención en establecimientos especializados a menores y ancianos en estado de abandono o desamparo e inválidos sin recursos;
- III. La promoción del bienestar del senescente y el desarrollo de acciones de preparación para la senectud;"<sup>12</sup>

Sin embargo pocos años después, durante el gobierno de Miguel de la Madrid, se crea la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, donde son sujetos de recepción de los servicios de la asistencia social los "ancianos en desamparo, incapacidad, marginación o sujetos a maltrato" esta misma Ley deja los servicios de asistencia en manos del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).<sup>13</sup> De acuerdo con esta normatividad la política pública de vejez queda dividida en dos organismos, uno dedicado a la atención integral y el otro a la asistencia de los ancianos desamparados.

Se puede observar como en los inicios de las políticas públicas de vejez, la definición del problema de la atención a los ancianos y por lo tanto el diseño de sus políticas públicas, tenía como base a los enfoques de Pobreza e Integración Social, es decir concebían a la vejez como un asunto de carencias de todo tipo, principalmente económicas, físicas y sociales; o como una cuestión de falta de autonomía y de roles sociales. Es este caso el papel del Estado es pensado como "dador" de asistencia y los adultos mayores son vistos como "objetos" de asistencia, donde los instrumentos de política "son paliativos para superar esas pérdidas o carencias".<sup>11</sup>

*Cuando el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), ahora INAPAM, se creó, la posición imperante era la de pobreza e integración social. Por ello, su objetivo primordial era "proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana, así como estudiar sus problemas para lograr soluciones adecuadas". Los primeros pasos se dirigieron a programas asistenciales, económicos, sociales, educativos, psicológicos y de investigación.*<sup>14</sup>

Con el paso del tiempo en el INSEN se fueron rediseñando las políticas públicas, sobre todo a nivel de las acciones programáticas, la nueva conceptualización se vio matizada por las recomendaciones técnicas de organ-

ismos internacionales. En un primer momento se basaron en el Informe de la Reunión Técnica Latinoamericana sobre la Tercera Edad que tuvo por objeto "congregar a un grupo de expertos de la región", que se encargaron de analizar las situaciones de las personas de edad avanzada, este informe fue considerado un documento básico de trabajo para la formulación de políticas regionales.<sup>15</sup>

Otros instrumentos que influenciaron en la formulación de los programas del INSEN en esa época fueron el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, derivado de la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en 1982, así como la Observación General No. 6: de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores establecida en 1995 y surgida de la aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales establecido por la Organización de las Naciones Unidas en 1976.

A pesar de que este primer momento en la política pública de vejez en México contaba con institucionalidad, medidas programáticas y normatividad representadas en la figura del INSEN, esto no fue suficiente para que dicha política tuviera un carácter y alcance verdaderamente nacional. Si bien el Instituto estableció representaciones en cada estado de la República, éstas eran más bien honorarias y contaban con escasos recursos humanos, técnicos, materiales y financieros. Lo que lograba cada representación del INSEN en los estados, se debía más a apoyos estatales y a coordinaciones con las representaciones del DIF.

A nivel de la Ciudad de México, su influencia era escasa, por más de diez años sólo contó con 29 clubes de la tercera edad, 6 albergues, 4 residencias diurnas y un centro cultural. Los programas eran técnicamente bien concebidos pero la cobertura era insuficiente, a pesar de que para 1994 los clubes de la Ciudad de México aumentaron a 118 y se registró un crecimiento sensible en cuanto a la infraestructura; se adquirieron nuevos edificios y se mejoró la calidad de los servicios, se ampliaron los programas y se contrató personal especializado y equipo técnico adecuado, sin embargo la población atendida del Instituto era en promedio 6,000 personas (de acuerdo con sus informes mensuales); el Censo de 1990 en la Ciudad vivían 586,983 adultos mayores.

Esta situación en la aplicación de la política pública de vejez en México continuó hasta principios del año 2000, en que el cambio de administración y de partido en el gobierno, marcó un giro en la forma de definir el problema de la vejez.

*Cambio de Sector Salud a Desarrollo Social: Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores y la creación del INAPAM*

Para el año 2000 se registraron en México cambios importantes en la demografía y en sus proyecciones, sobre todo

en el sector de mayores de sesenta años de edad, en el que se pudo observar un franco crecimiento. De acuerdo con las estimaciones del CONAPO en el año 2000 la proporción de adultos mayores a nivel nacional era de alrededor de 7.0 %. Se estimaba que este porcentaje se incrementaría a 12.5 % en 2020 y a 28.0 % en 2050, el grupo de adultos mayores de edades avanzadas es el que registraría mayor crecimiento, las proyecciones nos indicaban que la proporción de personas de 70 años y más se incrementaría de 43% en 2000 a 45.9% en 2030 y a 55.5% en 2050, este cambio en la estructura por edades hacía pensar *“en repercusiones importantes en las familias, las instituciones y las organizaciones civiles, que enfrentarán demandas de servicios tendientes a lograr una sociedad justa y equitativa”*.<sup>16</sup> Al ir cambiando las necesidades de la población, se tendría que pensar en variar las políticas públicas, haciéndolas cada vez más específicas, crear servicios especializados y contar con profesionales capacitados en la atención integral de un país cada vez más envejecido.

En la realidad política y administrativa lo que ocurrió fue un cambio de sector, el INSEN pasó del Sector Salud al de Desarrollo Social, las razones de este cambio fueron más de conveniencia política que técnica, sin embargo este cambio “azaroso”, permitió dar un giro al enfoque de la política pública de vejez, al menos en el discurso técnico y político, puesto que ni los programas ni la cobertura de atención cambiaron, en el año 2012 la población base de los 118 clubes de la tercera edad en la Ciudad de México fue de 5,839 personas.<sup>17</sup>

El cambio más significativo fue normativo, en junio de 2002 se crea la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, a través de la cual se pretende regular:

- I. La política pública nacional para la observancia general de los derechos de las personas adultas mayores;
- II. Los principios, objetivos, programas, responsabilidades e instrumentos que la administración pública federal, las entidades federativas y los municipios deberán observar en la planeación y aplicación de la política pública nacional, y
- III. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.<sup>18</sup>

Esta Ley marca los objetivos de la política pública nacional, las obligaciones de los estados y de las instituciones federales, para atender algún aspecto de la política pública de vejez, así mismo crea al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), en sustitución del INSEN y le otorga atribuciones de órgano rector de la política pública de vejez bajo los criterios de:

- I. Transversalidad en las políticas públicas a cargo de las distintas dependencias y entidades de la Administración Pública Federal; a partir de la ejecución de programas y acciones coordinadas;
- II. Federalismo, por lo que hace al desarrollo, de progra-

mas y actividades para el fortalecimiento institucional de las dependencias responsables de la aplicación de las disposiciones jurídicas que regulen la materia en las entidades federativas y los municipios, y

- III. Coadyuvar en el fortalecimiento de vínculos con los poderes Legislativo y Judicial en los ámbitos federal y estatal, con el fin de cumplir con los objetivos de esta Ley.<sup>18</sup>

Sin embargo el INAPAM no ha podido ejecutar sus atribuciones de órgano rector debido a que, por un lado, no ha entendido bien su papel y no cuenta con los recursos necesarios para llevarlo a cabo. Por otro, no ha querido renunciar a la operatividad de sus acciones; cada director general ha considerado que el capital político que el Instituto ejerce sobre la población que atiende, es muy importante como para renunciar a él, si trasladara los programas a instituciones que se encargasen de la ejecución de los programas.

No obstante, el enfoque de la política pública cambió debido a la aplicación de recomendaciones emanadas de instrumentos internacionales de política pública de vejez que surgieron en aquellos años como: la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, llevada a cabo en Madrid en el año 2002; la Estrategia Regional de implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, firmada por México en Santiago de Chile en el 2003 y la Declaración de Brasilia del año 2007, que enfatizaban la necesidad de que los países trabajaran para “una sociedad para todas las edades y de protección basada en derechos”,<sup>19</sup> en consecuencia el enfoque basado en derechos se volvió el centro del discurso:

“Un cambio paradigmático al respecto es el enfoque de derechos de las políticas de vejez, el cual promueve la habilitación de las personas mayores y una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad. Este enfoque traspasa la esfera individual e incluye los derechos sociales (derecho al trabajo, a la asistencia, al estudio, protección de la salud, libertad de la miseria y del miedo, etc.) cuya realización requiere de la acción positiva de los poderes públicos, la sociedad y las personas mayores”.<sup>11</sup>

Con las nuevas atribuciones de la Ley y el enfoque de derechos en la mira el INAPAM llevó algunos intentos por ejercer la rectoría de la política pública, como:

- El Primer Congreso Internacional “El reto del envejecimiento” (2004).
- La elaboración de una agenda del Consejo de Coordinación Institucional sobre el tema de Adultos Mayores (2004).
- El Segundo Congreso Internacional “Avances en Gerontología” (2005).

- La realización, junto con expertos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), del Taller: Derechos Humanos, Políticas de Protección Social y Envejecimiento, en el que reunió a legisladores, académicos, funcionarios públicos y organizaciones de la sociedad civil interesados en el tema de los derechos humanos y el envejecimiento (2008).
- El Primer Encuentro: Alianza Estratégica Gobierno, Poder Legislativo y Organizaciones de la Sociedad Civil en torno al Envejecimiento (2008). El cual reunió también a representantes de la iniciativa privada como la Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio (CONCANACO) y la Cámara Nacional de la Industria de la Transformación (CANACINTRA).
- La creación de un Consejo de Coordinación Interinstitucional sobre el Tema del Adulto Mayor (2008).

Sin embargo la organización de estas acciones se ha hecho al estilo de lo que Luis Aguilar Villanueva llama *gobernanza jerárquica*, en el sentido de que la institución gubernamental que convoca a estas acciones “posee el papel dominante en la definición y ejecución de la dirección de la sociedad”.<sup>20</sup> Varios factores han contribuido a esto:

- El hecho de que la vejez es un “problema a futuro”, todas las proyecciones indican que será un problema para el año 2025, por lo que se requieren acciones prospectivas más que reactivas, en consecuencia acciones a nivel de gobierno federal están enfocadas en problemas más urgentes.
- El problema de la vejez no ha permeado a nivel de la iniciativa privada, las grandes empresas tienen su propia agenda social y su prioridad son las poblaciones jóvenes. La participación de las pequeñas y grandes empresas se limita al otorgamiento de donaciones.
- La ley tiene la intención de la rectoría del Instituto y marca las atribuciones de otras instituciones, sin embargo no se derivan presupuestos específicos, para que estas instituciones colaboren en acciones de política de vejez.
- La política de reducción del aparato burocrático ha llegado a un punto en que los mismos funcionarios asisten a diferentes y variados consejos interinstitucionales, sin tiempo para trabajar en el diseño e implementación de las acciones y sin capacidad de decisión.
- Las organizaciones de la sociedad civil que participan, no tienen conocimientos técnicos del problema, su saber es empírico y su participación se reduce a acciones asistenciales. Tampoco cuentan con presupuesto para aportar a las acciones, al contrario acuden para obtener algún apoyo o recurso institucional.

En adición, el INAPAM no ha logrado cumplir con el mandato de la Ley, en el sentido de ejercer plenamente

la rectoría, debido al insuficiente conocimiento técnico que permita una adecuada dirección y entendimiento del proceso de las políticas públicas de vejez, lo que resulta evidente por el poco avance en las acciones del Consejo y por la estatización de sus programas (básicamente los mismos desde su creación en los años 80); otro factor es la incapacidad para ejercer el presupuesto, en el año 2011 el presupuesto anual del Instituto era de \$233 906,092.00 de pesos, mientras que para el 2012 fue de \$165 000,000.00 de pesos.<sup>17</sup>

Otros actores han entrado en juego, los gobiernos estatales y las delegaciones políticas de la Ciudad de México, han implementado servicios de atención, básicamente clubes de adultos mayores y centros culturales (a los que quieren dar el carácter de universidades de la tercera edad), estas acciones no tienen mayor trascendencia, debido a la falta de consistencia teórico-técnica, generalmente son de cobertura local y de impacto limitado. A nivel de asistencia privada existe un número indeterminado de casas habilitadas para dar servicio de asistencia permanente, que no han podido ser identificadas ni reguladas por ninguna institución gubernamental.

Sin embargo la población adulta mayor es un importante capital político para muchos gobernantes, la fuerza discursiva de un político que aboga por la atención a la vejez, puede atribuirse más que a las necesidades de los ancianos como sector participativo de la sociedad, a la construcción social de las obligaciones del estado para con ellos. Por ello en el discurso político la política pública de vejez está presente desde la conceptualización de los adultos mayores como “una categoría social distinta, compuesta por personas que en razón de su edad, merecen derechos y consideraciones especiales”.<sup>21</sup>

Con el paso del tiempo la naturaleza del problema será cada vez más compleja, abarcará las finanzas públicas, los servicios de salud, los sistemas de seguridad social, la asistencia social y los servicios, ello pondrá en entredicho, cada vez más, la capacidad del Estado para brindar soluciones holísticas viables para lo que será necesaria “una acción interministerial e intergubernamental flexible, para responder en mejores condiciones a las necesidades de grupos”, entre ellos personas de la tercera edad,<sup>22</sup> lo que falta es dar el salto de la institucionalidad y normatividad al diseño de medidas programáticas con verdadera coordinación intergubernamental y gobernanza, con verdadera participación de la sociedad civil.

#### Conclusiones

A pesar de que México se considera todavía un país de jóvenes no podemos soslayar que presenta un proceso de envejecimiento moderado de su población, este proceso acarreará, a mediano y largo plazo, consecuencias y problemas económicos, sociales y culturales, cada vez más diversos y complejos, que requieren por lo tanto la

intervención de la sociedad en su conjunto.

Hasta el momento el Estado es el único que ha definido el problema, en un principio desde un enfoque de pobreza e integración social, para el cuál la respuesta ha girado en torno a brindar servicios de asistencia social. Sin embargo, el avance en el enfoque de las políticas de vejez a nivel internacional, ha puesto el énfasis en los derechos humanos de todos los ciudadanos y en la necesidad de que las sociedades sean amigables e incluyentes.

Este nuevo enfoque está obligando a las instituciones a proponer políticas cada vez más amplias, que demandan ya no sólo la cooperación interinstitucional, la transversalidad en los tres niveles de gobierno, el federalismo con todos los estados y la vinculación con los poderes legislativo y judicial, sino además requieren la participación de otros actores interesados en el tema como los institutos de investigación y las instituciones académicas, que cuentan con personal con los conocimientos relacionados con el proceso de envejecimiento, la etapa de la vejez y la problemática de los adultos mayores, con ello se podrá dar soporte a las acciones; otro actor fundamental son las organizaciones de la sociedad civil y las instituciones privadas dedicadas a brindar servicios a la vejez, que tienen un conocimiento empírico de los problemas asociados con la vejez y su repercusión en la familia y la comunidad.

El nuevo enfoque de la política pública requiere de acciones más estructurales y proactivas más que reactivas, ir colocando los cimientos para hacer frente al problema en un futuro. El primer paso es fortalecer a la institución rectora con presupuestos y recursos técnicos suficientes y adecuados, que le permitan conocer su papel con profundidad y convocar a todos los involucrados en la definición y diseño de las políticas públicas, así como establecer alianzas efectivas con todos los actores interesados, requiere pues, colocar el tema verdaderamente en la agenda de gobierno y no sólo en los discursos políticos.

Los problemas que acarrearán el proceso de envejecimiento demográfico en México serán comunes y transversales, por lo tanto las soluciones de parte de un solo actor, en este caso las instituciones gubernamentales, siempre serán parciales e insuficientes, así no podremos lograr el sueño de "una sociedad para todas las edades".

## REFERENCIAS

1. López MdP, Salles V, Tuirán R. Familias y Hogares: Pervivencias y transformaciones en un horizonte de largo plazo. En: Gómez de León Cruces J, Rabell Romero C. La población de México: Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI. México: CONAPO-FCE; 2001. p. 635-693.
2. Aguilar-Villanueva LF. Estudio Introductorio. En: Aguilar Villanueva LF. Problemas Públicos y Agenda de Gobierno. México: Purrúa; 2000. p. 15-72.
3. Aguilar-Astorga CR, Lima Facio MA. ¿Qué son y para qué sirven las políticas públicas? En: Contribuciones a las ciencias sociales. [acceso 2014-04-30]. Disponible en: [www.eumed.net/rev/cccss/05/aalf.htm](http://www.eumed.net/rev/cccss/05/aalf.htm).
4. Aguilar-Villanueva LF. Introducción. En: Aguilar Villanueva LF. Política Pública. México: Siglo XXI; 2010. p. 17-60.
5. INSEN. Acción y proyección del INSEN. 1982.
6. Paz-López M, Salles V, Tuirán R. Familias y hogares: pervivencias y transformaciones en un horizonte de largo plazo. En: Gómez de León Cruces J, Rabell Romero C. La población de México: tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI. México: CONAPO-FCE; 2001. p. 635-693.
7. Sotomayor-Sánchez C. La Asistencia Social en México en los últimos 25 años del siglo XX. Revista Jurídica de la Escuela Libre de Derecho de Puebla. 2000 ene-jun; 1(2): p. 187-192. [acceso 2014-04-30]. Disponible en: [www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/revjurdp/cont/z/pr/pr13.pdf](http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/revjurdp/cont/z/pr/pr13.pdf).
8. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Indicadores Sociodemográficos de México 1930-2000 México: INEGI; 2001.
9. Ribeiro-Ferreira M, Mancinas-Espinoza S. Textos y Contextos del Envejecimiento en México. México: Plaza y Valdés; 2010. p. 135-147.
10. Sefchovich S. Vanguardia.com. [Online] 2013. Disponible en: <http://www.vanguardia.com.mx/columnas-historia-delaasistenciasocialenmexico-1712901.html>.
11. Huenchuan-Navarro S. Marco legal de políticas en favor de las personas mayores en América Latina. Santiago de Chile: ONU-CEPAL; 2004. 65p. [acceso 2014-04-30]. Disponible en: [www.eclac.org/publicaciones/xml/3/15343/clc12115-P.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/3/15343/clc12115-P.pdf).
12. Ley General de Salud (DOF 7-02-1984). [acceso 2014-04-30]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>.
13. Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social (DOF 9-01-1986). [acceso 2014-04-30] Disponible en: [www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/abro/214abro.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/abro/214abro.pdf).
14. González-Llamas JC. Evaluación de las acciones del INAPAM: avances y retos. Salud Pública de México. 2007; 49: p. 349-352.
15. ONU-CEPAL. Informe de la Reunión Técnica Latinoamericana sobre la Tercera Edad. San José de Costa Rica; 1980.
16. Zúñiga E, Vega D. Envejecimiento de la población de México: reto del siglo XXI México: CONAPO; 2004.
17. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Memoria Documental 2006-2012. México: INAPAM; 2012 75p. [acceso 2014-04-30]. Disponible en: [www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/POT/Memoria\\_Documental\\_INAPAM.pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/POT/Memoria_Documental_INAPAM.pdf).
18. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. México; 2002.
19. ONU-ECLAC. Declaración de Brasilia. Brasilia; 2008.
20. Aguilar LF. Gobernanza: el nuevo proceso de gobernar México: Fundación Friedrich Naumann para la libertad; 2010.
21. Elder CD, Cobb RW. Formación de la agenda: el caso de la política de los ancianos. En: Aguilar-Villanueva LF. Problemas Públicos y Agenda de Gobierno. México: Purrúa; 2000. p. 77-104.
22. Covarrubias-Moreno OM. Aproximación a las políticas de estado en el federalismo. Revista IAPEM. 2007; p. 51-109.

## Karl Popper y la ética médica

### Karl Popper and medical ethics

Constantino González-Quintana<sup>1</sup>

#### RESUMEN

Se analizarán algunos criterios para entender la relación entre aprendizaje, errores, autocrítica y relación con los demás, con el fin de intensificar el sentido ético de las profesiones sanitarias, tomando como referencia el pensamiento del filósofo Karl Popper.

**Palabras clave:** racionalidad, principios, autocrítica, alteridad, ética.

#### ABSTRACT

Some criteria will be analyzed to learn the relationship between learning, mistakes, self-criticism, and mutual assistance, with the purpose of intensifying the ethical sense of the sanitary professions, taking as a reference the philosophical thought of Karl Popper.

**Key words:** Rationality, principles, self-criticism, otherness, ethics.

No tengo constancia de que Karl Popper (Viena 1902 - Londres 1994) se haya dirigido explícitamente a los profesionales sanitarios o que haya escrito de manera expresa sobre ética médica o bioética, pero, como podremos comprobar, sus reflexiones son muy sugerentes para quienes andamos por estos terrenos. En cualquier caso, siempre resultará ilustrativo acercarse a su lógica de la investigación científica,<sup>1</sup> a su comprensión de la realidad social como una sociedad abierta<sup>2</sup> o a su modo de entender la responsabilidad en el vivir.<sup>3</sup>

Es bien sabido, y seguramente aceptado por la mayoría, que en el amplio campo del pensamiento, la argumentación y la toma de decisiones, nadie puede eludir ni escapar de la ignorancia y del error, salvo que nos comprendamos a nosotros mismos desde el más puro autoritarismo intelectual o el más claro egocentrismo reflexivo.

Y, a mayor abundancia, si nos centramos en el ámbito de la medicina y las comisiones de bioética, seguramente también estaremos de acuerdo en que todo lo relacionado con las decisiones ante casos conflictivos tiene que transcurrir por el camino de la responsabilidad, la deliberación crítica y el diálogo. Precisamente a ese respecto, y con ocasión de una ponencia pronunciada el 26 de mayo de 1981 en la Universidad de Tübingen<sup>4</sup> (Alemania), K. Popper propone un camino no sólo para reducir la ignorancia y el error, sino para aprovecharnos de manera proactiva, positiva y enriquecedora de nuestras ignorancias y errores, poniéndolos al servicio de la racionalidad crítica y, en consecuencia, con el objetivo de actuar responsablemente.<sup>5</sup> Los principios que propone como base de las actitudes morales para deliberar y decidir son los siguientes:

<sup>1</sup> Titular del blog académico: Bioética desde Asturias.

Folio 262/2014 Artículo recibido: 18-03-2014 Artículo reenviado: sin reenvío Artículo aceptado: 05-04-2014

Correspondencia: Dr. Constantino González Quintana. Titular del Blog Académico: Bioética desde Asturias. Oviedo. Asturias. España. Correo electrónico: constantinoq147@gmail.com.

1. Principio de falibilidad. Quizás yo no tengo razón y quizás tú sí la tienes. Pero, quizás también, estemos equivocados los dos.
2. Principio de discusión racional. Queremos ponderar de la manera más imparcial posible nuestras razones a favor y en contra de una determinada y criticable teoría.
3. Principio de aproximación a la verdad. Cuando discutimos de manera imparcial casi siempre nos aproximamos más a la verdad y llegamos a una mayor comprensión, incluso cuando no llegamos a un acuerdo.

“Si yo puedo aprender de ti y quiero aprender en beneficio de la búsqueda de la verdad (decía Popper), entonces no sólo te he de tolerar, sino también te he de reconocer como mi igual en potencia; la potencial unidad e igualdad de derechos de todas las personas son un requisito de nuestra disposición a discutir racionalmente... El viejo imperativo para los intelectuales es ¡Sé una autoridad! ¡Eres el que sabe más en tu campo! Cuando seas reconocido como una autoridad, tu autoridad será aceptada por tus colegas y tú aceptarás la de ellos. La vieja ética prohibía cometer errores. No hace falta demostrar que esta antigua ética es intolerante. Y también intelectualmente desleal pues lleva al encubrimiento del error a favor de la autoridad, especialmente en Medicina”.

Todo esto viene a confirmar que tanto los tres principios anteriores, como los doce que se exponen seguidamente, están profundamente enraizados en la ética<sup>6</sup> porque, asumiéndolos, conllevan un modo de actuar que obliga a la duda, al diálogo, a la tolerancia y, en definitiva, a la deliberación compartida, o sea, producen actitudes y prácticas morales. Lo que sigue a continuación es necesario leerlo y pensarlo no sólo como científicos, sino como profesionales de la sanidad o como miembros de un comité de bioética (o como personas anónimas que pretenden vivir sensatamente su vida familiar, laboral, social...). He aquí su propuesta para una nueva ética profesional basada en los siguientes principios:

- 1º No hay ninguna autoridad a la hora de argumentar como seres humanos con otros seres humanos. Nuestro saber objetivo llega siempre más lejos del que una sola persona puede conocer, esto también es válido dentro de las especialidades.
- 2º Es imposible evitar todo error. Todos los científicos (y el personal sanitario y el de los comités) cometen errores. La idea de que se pueden evitar los errores ha de ser revisada, porque es errónea.
- 3º Debemos hacer todo lo posible para evitar los errores y, precisamente por eso, hemos de recordar lo que cuesta evitarlos y que nadie lo consigue completamente.

- 4º Nuestras teorías mejor corroboradas pueden tener errores y es trabajo de los científicos (y del personal sanitario y de los comités) buscarlos y exponerlos.
- 5º Hemos de modificar nuestra postura ante los errores, reformando nuestra ética práctica, para reconocerlos. La antigua ética profesional tendía a esconderlos y a olvidarlos.
- 6º Hemos de aprender de nuestros errores para tratar de evitarlos en lo posible. Esconder los errores es, por tanto, el mayor pecado intelectual.
- 7º Hemos de buscar nuestros errores, para analizarlos hasta conocer su causa y grabarlos en la memoria.
- 8º Tenemos el deber de ser autocríticos y sinceros con nuestros propios errores.
- 9º Y...por eso mismo, hemos de aprender a aceptar con agradecimiento que los demás nos hagan conscientes de ellos. Y cuando nosotros hacemos a los demás conscientes de sus errores deberemos recordar que nosotros también nos hemos equivocado antes. No quiero decir que todos los errores sean perdonables, pero sí que es humanamente inevitable cometer algún error.
- 10º Necesitamos a los demás para descubrir y corregir nuestros propios errores, especialmente de personas que tienen otras ideas o vienen de otros ámbitos. También esto nos facilita la tolerancia y el diálogo multidisciplinar.
- 11º Hemos de aprender que la autocrítica es mejor que la crítica, pero la crítica de los demás es una necesidad.
- 12º La crítica racional ha de ser siempre específica, fundamentada, argumentada, para acercarse a una verdad objetivada.

Y añadía Popper: “Les pido que consideren mis formulaciones como propuestas para demostrar que también en el campo de la ética las propuestas discutibles pueden ser mejorables”.

Quiero recordar aquí, resumidamente, mi convicción de que la identidad y la realización del ser humano no se encuentra en el repliegue solipsista del “yo” sobre “sí mismo”, sino en el reconocimiento y la aceptación del “rostro” del “otro”, es decir, en la relación de alteridad. Ese es el espacio fundacional de la ética, porque obliga a responder a la llamada de ese “rostro” ante quien es imposible pasar indiferente y sobre el que no se debe ejercer ninguna clase de poder: “Soy ‘con los otros’ significa ‘soy por los otros’: responsable del otro”.<sup>7</sup> Hay que adoptar entonces “la dirección hacia el otro que no es solamente colaborador y vecino o cliente, sino interlocutor”.<sup>8</sup> En el reconocimiento del otro y en la obligación de responderle se manifiesta el grado de humanidad de

cada uno y, en definitiva, el sentido de su proyecto ético, porque decir “Yo significa heme aquí, respondiendo de todo y de todos...constricción a dar a manos llenas”.<sup>9</sup>

Estoy convencido de que ese planteamiento está latiendo en el fondo de los principios de K. Popper si en realidad queremos hacerlos operativos. Cada uno de nosotros se juega el tipo, al menos éticamente hablando, en el modo y la manera con que viva sus relaciones de alteridad. La mejor y más objetiva fotografía de nuestra estatura ética, de nuestra “catadura moral”, pone de manifiesto el tipo de tratamiento objetivo que damos a las personas que se relacionan con nosotros, es decir, el modo con que nos relacionamos con los otros...siempre diferentes a mí mismo, pero imprescindibles e insustituibles para ser yo mismo. Si en mis relaciones de alteridad predomina el poder o dominio sobre el “otro” será imposible aceptar y reconocer mis propios errores. Triunfará siempre el autoritarismo y el dogmatismo gratuito. Al contrario, si mis relaciones de alteridad están presididas habitualmente por el encuentro y la acogida del “otro”, por muy diferente que sea, estaré en condiciones de hacer una autocrítica de mí mismo, de aceptar la crítica de los demás, de argumentar razonadamente con los otros la búsqueda de la verdad, de tomar la decisión más correcta y, además, de crear continuamente hospitalidad.<sup>10</sup>

La propuesta de Popper invita a asumir la responsabilidad de facilitar el diálogo, la deliberación, la tolerancia y la honestidad intelectual, a los científicos en general y a los profesionales sanitarios en particular. Lo mismo cabe decir respecto a los juristas y legisladores tanto del ámbito nacional como internacional. No quiere decirse con esto que el resto de la sociedad pueda liberarse de la responsabilidad antes aludida. De hecho hay numerosos grupos organizados que mueven la conciencia social y actúan de manera crítica y constructiva ante los grandes retos sanitarios tanto en el plano “micro” u occidental como en el plano “macro” planetario y del “último mundo” (porque el “tercero” es un eufemismo hipócrita para calificar su olvido sistemático, o sea, porque es el “último”). La sociedad en general, además, decide con sus votos, donde esto sea una realidad, lo que quiere y cómo quiere que sea su futuro. Sin embargo, corresponde a la comunidad científica, a los colegios profesionales, a las sociedades científicas, a los organismos internacionales y a las grandes empresas multinacionales que asuman una ética que reduzca la ignorancia y el error mediante el diálogo, el trabajo en equipo y la humildad.

La llamada de Popper no se puede confundir con la negligencia, ni con el simple permisivismo o con que todo sea admisible de manera acrítica. Nos obliga a reconocer la propia falibilidad y la presencia de compañeros (de los “otros”), aunque no sean de nuestro talante o

ideología o creencia, para que nos ayudemos mutuamente a descubrir y corregir nuestros errores. Deberíamos aprender a tolerarnos recíprocamente. En la medida en que avancemos por ese camino se acabará poco a poco el autoritarismo, porque va apareciendo la dirección de ir hacia el otro como interlocutor, no como extraño ni competidor y porque así va creciendo el diálogo del que salen convicciones razonables y fundamentos sólidos y compartidos para actuar. Tan vinculado está todo ello a las mismas entrañas del ser humano que se ha llegado incluso a hablar de las bases biológicas de la ética de Popper.<sup>11</sup>

Hay un viejo dicho popular que asegura que “aprendemos mucho más de los propios errores que de los aciertos”. Una gran verdad. Eso mismo es lo que en el fondo nos dice K. Popper para nuestras bioéticas. Yo añadiría que aprender de los errores es el camino de los sabios.

## REFERENCIAS

1. Popper KR. La lógica de la investigación científica. Barcelona: Círculo de Lectores; 1995.
2. Popper KR. La sociedad abierta y sus enemigos. Barcelona: Paidós Ibérica; 2006. 810p.
3. Popper KR. La responsabilidad de vivir: escritos sobre política, historia y conocimientos. Barcelona: Paidós Ibérica; 2008.
4. Popper KR. Tolerancia y responsabilidad intelectual. [acceso 2008-03-06]. Disponible en: <http://www.hacer.org/pdf/Popper.pdf>.
5. Craven-Bartle J. Contribución de Popper a la ética médica: cómo aprender de los errores. *Bioética & Debat.* 2003; 9 (34): 1-5.
6. Artigas M. Lógica y ética en Karl Popper. [acceso 2014-02-12]. Disponible en: <http://dspace.unav.es/dspace/bitstream/10171/764/6/5.%20L%C3%93GICA%20Y%20C3%89TICA%20EN%20KARL%20POPPER,%20MARIANO%20ARTIGAS.pdf>.
7. Lévinas E. De lo sagrado a lo santo. Barcelona: Río Piedras; 1997. p. 136.
8. Lévinas E. Humanismo del otro hombre. México: Siglo XXI; 1974, p. 56-57.
9. Lévinas E. De otro modo que ser, o más allá de la esencia. Salamanca: Sígueme; 1995. p.183.217.
10. Innerarity D. Ética de la hospitalidad. Barcelona: Península; 2001. 224p.
11. Muñoz Ferriol A. Bases biológicas de la ética de Popper: entre el iusnaturalismo y el positivismo. [acceso 2005-02-05]. Disponible en: [http://www.uv.es/sfpv/quadern\\_textos/v35p159-174.pdf](http://www.uv.es/sfpv/quadern_textos/v35p159-174.pdf).

## LA RED COCHRANE IBEROAMERICANA: UNA REALIDAD CRECIENTE

### THE IBERO-AMERICAN COCHRANE NETWORK: A GROWING REALITY

Xavier Bonfill<sup>1</sup>**RESUMEN**

La Red Cochrane Iberoamericana busca la integración de personas e instituciones para su orientación y formación en revisiones sistemáticas de salud.

La división iberoamericana ha crecido en gran escala gracias a la gran apertura de centros y grupos, al crecimiento de países asociados, traducciones y ensayos clínicos. Sin embargo todavía se presentan retos para la institución.

Gracias a este enorme crecimiento, varios congresos se realizan anualmente para resolver los retos y seguir ampliando una de las redes más importantes en materia de salud.

**Palabras clave:** Cochrane, Iberoamérica, Revisiones Sistemáticas, Perspectivas Futuras.

**ABSTRACT**

The Ibero-American Cochrane network aims for the integration of persons and institutions to give orientation and formation in systematic revisions on health.

The iberoamerican division has grown thanks to the opening of centres and groups; and the growth of country members, translations and clinical essays. However, there are still some challenges for the institution.

Thanks to this growth, many congresses are annually held to resolve challenges and to keep on increasing one of the most important health networks

**Key words:** Cochrane, Iberoamerican, Systematic Reviews, Future Prospects.

La Colaboración Cochrane fue fundada formalmente en 1993 y desde entonces se ha ido extendiendo por un gran número de países y por prácticamente todas las disciplinas profesionales relacionadas con la salud, además de interesar a numerosos pacientes y ciudadanos en general ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)). La razón de ser de la Red Cochrane Iberoamericana (RCIb) ([www.cochrane.es](http://www.cochrane.es)) ha sido y es la integración de todas aquellas personas y de las instituciones iberoamericanas que comparten la visión de la Colaboración Cochrane. Sus principales objetivos son orientar adecuadamente a quienes se interesen por obtener información y ofrecer formación general e individualizada a las personas que deseen convertirse en autores de revisiones sistemáticas o hacer otro tipo de contribuciones.

Actualmente la RCIb cuenta con 25 centros colaboradores y 33 grupos asociados en un total de 16 países. Son ya 799 autores iberoamericanos los que han participado en la elaboración de revisiones Cochrane, con una producción de 259 revisiones y 158 protocolos publicados en The Cochrane Library. Otro hito muy importante lo constituyó la creación de la Biblioteca Cochrane Plus en 2003, en la que se han publicado en español las revisiones originarias en inglés de la Cochrane Library. Además, el esfuerzo de traducción no se ha limitado a las

revisiones sistemáticas sino que se ha ampliado a otros varios documentos metodológicos. También es muy relevante el proyecto para identificar el mayor número posible de ensayos clínicos iberoamericanos, pues además de su eventual uso en la elaboración de revisiones, permite analizar críticamente la producción de ensayos clínicos en función de los problemas de salud, de las especialidades médicas o de los países.

*Retos y perspectivas de futuro*

Aunque es justa y legítima la satisfacción por los logros conseguidos por Cochrane en todo el mundo, más importante todavía es definir y encarar los retos presentes y futuros en el marco de la Estrategia Cochrane 2020, la cual ha sido ampliamente discutida y aprobada en la organización y que consta de cuatro ejes clave:

1. Seguir publicando revisiones de calidad que sintetizan y actualicen periódicamente la mejor evidencia existente, aplicada a un amplio abanico de problemas de salud.
2. Facilitar la diseminación de los contenidos Cochrane a todo el mundo. En este sentido, se apuesta por establecer políticas progresivas de acceso abierto, que será total para parte de sus contenidos.

<sup>1</sup> En nombre de la Red Cochrane Iberoamericana. Centro Cochrane Iberoamericano. Barcelona ESPAÑA.

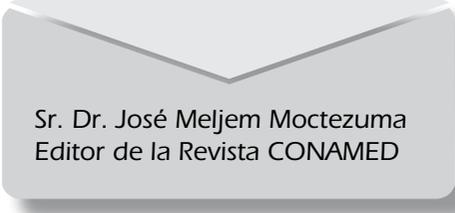
3. Mantener una estructura y un sistema de gestión de la organización eficiente y transparente.
4. Lograr la sostenibilidad económica. Para alcanzar este objetivo, será muy importante el establecimiento de alianzas estratégicas con organismos y entidades públicas y privadas de todo el mundo, que compartan con Cochrane la necesidad de producir información independiente y de alta calidad en la que basar las decisiones clínicas y sanitarias.

En el caso de la RCIB, es preciso adaptar esta estrategia a nuestra realidad local y nacional y continuar fortaleciendo una presencia mayor de las personas y las instituciones iberoamericanas que la integran en el ámbito internacional. Este ha sido el objetivo de la XIII Reunión Anual de la Red, celebrada en la Ciudad de Panamá del 31 de marzo al 3 de abril de 2014, con la asistencia de los delegados de la gran mayoría de centros colaboradores de la red. La próxima reunión se celebrará en mayo de 2015 en Montevideo (Uruguay). Aquella reunión iberoamericana se complementó con un simposio más orientado al público centroamericano que llevaba por título: 'Sistema de salud centrado en el paciente. El reto del siglo XXI'. Destacaron los siguientes temas: judicialización del derecho a la salud y evidencia científica; influencia de la industria farmacéutica; pacientes y profesionales de la salud: compartiendo información; herramientas para utilizar mejor la información clínica.

En paralelo, en los mismos días y lugar, se celebró la Mid-term Meeting internacional de la Colaboración Cochrane, con asistencia de los principales responsables internacionales de los distintos grupos de la organización. Se trata de un encuentro periódico para perfilar los objetivos del año en curso y preparar el congreso mundial que se celebra cada otoño (este año, a finales de setiembre en la India).

#### *Conclusiones*

En sus primeros 20 años de vida Cochrane ha hecho contribuciones muy importantes en forma de revisiones sistemáticas publicadas, renovaciones metodológicas, programas de formación, desarrollos tecnológicos y revalorización de los aspectos éticos de la investigación y la comunicación, entre otros. Ha demostrado que la cooperación mundial entre personas y entidades muy diversas no solo es necesaria sino que es posible y todo ello, junto con su transparencia e independencia, la hace única en el mundo. En Iberoamérica, a otra escala, también ha calado el espíritu Cochrane y se han hecho contribuciones relevantes a este proyecto global aunque será preciso adaptarse a las circunstancias de cada momento y lugar para seguir facilitando una toma de decisiones clínicas y sanitarias más informadas.



Sr. Dr. José Meljem Moctezuma  
Editor de la Revista CONAMED

Estimado Dr. Meljem:

En la Revista CONAMED, volumen 18, número 1 de enero-marzo de 2013, se publica en las páginas 14 a 20 el artículo titulado: "Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto". Lo firman 4 autoras que después de sus nombres sólo mencionan: "Centro de investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México".

Hemos creído conveniente hacer las siguientes observaciones a dicho escrito:

1. Desde la "Introducción", se da por probado lo que es materia de estudio en el trabajo: ***"Nos interesa explorar lo que sucede en la atención obstétrica en instituciones de atención pública, para tratar de desarticular el complejo entramado social donde el abuso de las mujeres durante la atención obstétrica se ha naturalizado e institucionalizado"***.

Creemos que un investigador nunca debe generalizar de esa manera y menos sin tener pruebas fehacientes. Decir que el maltrato a la mujer se ha "institucionalizado" en la atención obstétrica es falso e injusto. Los abajo firmantes y muchos médicos que conocemos hemos atendido miles de partos, en muchas Instituciones, siempre con la intención de lograr la salud y el bienestar del binomio madre-hijo.

2. Las autoras del artículo realizaron una encuesta entre pacientes en el puerperio, acerca de si el personal que las atendió las había agredido verbalmente, actitud que es y será siempre altamente condenable; pero luego mezclan con estas evidentes y lamentables agresiones verbales, la práctica de amniotomía, episiotomía, número de tactos vaginales, sondeo vesical y administración de oxitócicos, procedimientos que difícilmente puede relatar con precisión una paciente durante la encuesta, y si lo hiciera es evidente lo dudoso de su testimonio. Si los datos se recogieron mediante revisión de los expedientes clínicos, no se menciona en el trabajo, y es claro que si así fue, la revisión es incompleta y sesgada, al nunca mencionarse el momento, las condiciones y las indicaciones que motivaron los procedimientos obstétricos arriba mencionados, lo que permitiría formarse una idea real del asunto.
3. Pero lo más criticable en el artículo es que las verdaderas y condenables agresiones, como las verbales que se documentan, se mezclan arbitrariamente con los procedimientos obstétricos que se practicaron en el grupo de pacientes estudiado, como si todo fuera agresivo para la mujer. La amniotomía, la episiotomía y la administración de oxitócicos, cuando se realizan de manera indicada y en la forma debida, son procedimientos útiles y benéficos para la madre y para el niño.
4. El número de tactos vaginales que se practican en un trabajo de parto es muy variable, depende de cada caso, y nunca, en más de 40 años de experiencia hemos visto a nadie practicarlos con ánimo de ofender o agredir a la parturienta.

Mencionan las autoras que ... ***"Esta maniobra debe monitorearse (sic) por personal médico responsable y no dejarlo en manos de personal que está aprendiendo."***

Esta afirmación cancela las posibilidades de aprendizaje para las nuevas generaciones médicas y de buena atención obstétrica para las futuras madres mexicanas. Es evidente que ese personal "responsable" que mencionan las autoras aprendió alguna vez a hacer tactos vaginales, y también es evidente que aprendió haciéndolos, puesto que no hay otra manera. ¿Cómo aprenderán quienes atenderán los partos dentro de 10 ó 20 años?

5. El penúltimo párrafo del artículo condena el hecho de que ***"...se seguirá usando el cuerpo de la mujer para aprender..."***.

Durante toda la historia del mundo se ha usado el cuerpo humano, de mujeres y de hombres, para aprender. Si no hubiera sido así, posiblemente ya no existiría nuestra especie. La finalidad de usar el cuerpo humano para aprender es tener recursos para preservar la salud y salvar la vida de otros seres humanos. Recibido: 10-04-2014.



Dr. Norberto Plascencia Moncayo  
Comisionado de Arbitraje Médico del  
Estado de Querétaro

Dr. Jaime Murillo Delgado  
Comisionado Estatal de Arbitraje Médico de  
Michoacán

Sr. Dr. José Meljem Moctezuma  
Editor de la Revista CONAMED

Respuesta a la carta al editor con relación al artículo: "Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto"

Valoramos y agradecemos los comentarios a nuestro artículo ya que esto permite generar un debate entre posturas discordantes, pero que tienen como objetivo garantizar la calidad de los servicios de salud ofrecidos a las mujeres en instituciones públicas y privadas de nuestro país. Las autoras somos Investigadoras en Ciencias Médicas adscritas al Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud

Pública (INSP), integrantes del Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud (OMS / OPS) para la Investigación de Lesiones y Violencia. Durante casi dos décadas hemos consolidado un equipo de trabajo en el INSP, que se preocupa por generar investigación de vanguardia a nivel nacional e internacional, en materia de violencia contra las mujeres, jóvenes, entre otros grupos poblacionales.

Sin embargo, consideramos que la mejor recomendación de nuestra calidad científica es el impacto que nuestros estudios y publicaciones han tenido en políticas públicas a nivel nacional. Esto se debe a una postura frente a los problemas que estudiamos, es decir, nuestra postura como investigadoras se adscribe a una tradición fenomenológica, centrada en la experiencia de quien estudia, es decir la persona obrando en relación a los demás y no el equipo de investigación separado de la realidad que estudia. Aunado a lo anterior, asumimos una conciencia de género, como mujeres formadas en la academia y abocadas a la investigación con perspectiva de género, por lo que no excluimos nuestra conciencia social y, sobre todo nuestras experiencias como sujetos sociales. En este sentido no compartimos la idea de neutralidad científica que los médicos firmantes señalan como una limitante que se expresa desde la introducción del trabajo.

Con relación a las observaciones al contenido del artículo, queremos expresar lo siguiente:

a) Reconocemos que en las diversas instituciones de salud pública prevalece una intención generalizada por lograr la salud y el bienestar del binomio madre-hijo, lo cierto es que la intención no es suficiente para garantizar el objetivo antes mencionado, si así fuera no tendríamos los problemas de salud perinatal que tenemos en nuestro país (por citar sólo dos ejemplos: los altos índices de muertes maternas y el abuso sistemático de la cesárea como método de resolución de los nacimientos). Queda claro que no podemos apelar a las buenas intenciones a nivel individual del personal médico, ni del personal directivo, ni de los secretarios de salud, falta algo más. En nuestra opinión tenemos que generar una sinergia entre academia, los tomadores de decisión, el personal de salud y la sociedad civil para incidir, diseñar y monitorear las políticas públicas que se implementan con fondos federales y estatales (que se recaudan vía diversos impuestos) para lograr que nuestras dolorosas realidades se transformen. En el caso de la academia nuestra función social es generar evidencia empírica que permita entender los problemas de salud que aquejan a la población y en este caso, a las mujeres que se atienden en las salas de maternidad en los servicios públicos y privados de salud.

Es una realidad ampliamente documentada que durante la atención del embarazo, parto y puerperio se ejercen malos tratos hacia las mujeres, comentarios denigrantes, malas prácticas clínicas, maniobras innecesarias o decisiones erróneas, muchas de ellas llegan a convertirse en denuncias, pero la mayoría suceden sin que nadie se entere. Por ello afirmamos que se han institucionalizado, es decir son parte de la cultura institucional, pero no hay registro en ningún lado que permita visibilizarlas y monitorearlas. En este sentido nos manifestamos a favor de que se realicen más estudios de este tipo en diferentes instituciones del país, de manera que tengamos un diagnóstico nacional, para identificar las singularidades y regularidades del problema del abuso o violencia obstétrica en el contexto nacional y por institución.

Para quienes tenemos una formación médica en diferentes Facultades de Medicina del país y fuera del mismo, coincidimos en que la formación médica establece como práctica común una distancia entre el conocimiento médico y del paciente, y en consecuencia una jerarquización entre ambos actores sociales, lo cual es el medio idóneo para abusos de poder médico y descalificaciones del saber del paciente. Este poder médico también se expresa en la fuerte jerarquización en el medio médico y entre los diferentes profesionales del equipo de salud, lo cual constituye un problema ampliamente abordado por la antropología médica (Good, 1994).

b) En relación al punto que los médicos firmantes consideran como más criticable, la mezcla "arbitraria" de fuentes de información. Cabe señalar que esto obedece a una intencionalidad metodológica, la cual pretende analizar la práctica médica de manera más abarcativa, lo que incluye el análisis de las maniobras obstétricas, las decisiones que el personal de salud toma, la información que ofrece a las mujeres, los testimonios de las mujeres y las propia experiencia del personal de salud que labora en los hospitales donde se realizó el estudio (grupo focal de

ginecoobstetras y de enfermeras). Es decir lo que parece arbitrario es en realidad una estrategia metodológica de uso de métodos mixtos, el cual se utiliza ante problemas y preguntas complejas (Hamui-Sutton, 2013) Aclaremos que no se utilizó en el estudio la revisión de expedientes, ya que el interés nuestro fue conocer la experiencia de las mujeres. En este sentido discrepamos de los médicos firmantes respecto a considerar el testimonio de las mujeres como "dudosos", ya que implicaría menospreciar la capacidad y derecho de los "sujetos" de estudio para expresar y significar su experiencia. Las autoras disintimos con su comentario, dado que de esta manera se anula la posibilidad de tomar en cuenta la perspectiva de las mujeres en su rol de pacientes y usuarias de los servicios de salud e implicaría asumirlas como "objetos" sin derechos y pleno ejercicio de su ciudadanía.

- c) Aclaremos que en el estudio fue importante explorar las maniobras no como indicador de maltrato, sino como parte del contexto de la atención obstétrica. Está documentado que la amniotomía y la administración de oxitócicos son prácticas que no aportan beneficios y contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad materna y del recién nacido. Por otro lado, se describe que la episiotomía en caso de que exista alguna indicación justificada para practicarla, debe hacerla personal capacitado y la mujer debe ser informada previamente (NOM-007-SSA2-1993, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio). Estas y otras prácticas como la tricotomía y el enema evacuante, consideradas de poca utilidad, no deben ser rutinarias y de hacerlo se debe obtener la aceptación de la mujer. Respetamos el desacuerdo de los médicos firmantes, en relación a que las prácticas se consideran agresivas en sí mismas; sin embargo, siempre que se realizan procedimientos de forma rutinaria sin que se demuestre el beneficio para la mujer (y su hijo o hija) y sin su consentimiento y/o aceptación se están violentando sus derechos.
- d) Tanto las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud como lo establecido en la NOM-007-SSA2-1993, insisten en que la realización del tacto vaginal durante el trabajo de parto debe limitarse al mínimo necesario. Más específicamente la Guía de Práctica Clínica "Vigilancia y manejo del parto" (IMSS-052-08), describe que el tacto vaginal debe realizarse cuando hay evidencia de que la mujer está en la fase de labor y luego cada 4 horas o antes en caso necesario. Esta misma guía describe que el tacto vaginal se realizará en condiciones de privacidad, dignidad y confort para la mujer. Nuevamente nos remitimos a los estudios citados en el artículo y al reporte que presenta *Bowser y Hill*. En estas investigaciones se presentan evidencias que dan cuenta de que desafortunadamente durante la exploración mediante tacto vaginal, el personal médico puede violentar a la mujer en sus derechos en salud.
- e) Nuestra postura sobre el aprendizaje en el cuerpo humano, es la siguiente: Se entiende que los estudiantes de pre y posgrado que se encuentran en proceso de formación necesitan aprender; sin embargo para que sea una enseñanza de calidad, el personal en entrenamiento no debería estar sin el acompañamiento y monitoreo del personal calificado y con alta experiencia. Por tanto, consideramos que basar el aprendizaje en el cuerpo humano sin monitoreo y seguimiento por expertos, tiene aristas vinculadas con la ética y los derechos humanos de los y las pacientes. Cuernavaca, Morelos 10 de Abril 2014



Rosario Valdez Santiago  
Investigadora en Ciencias Médicas D  
Lic. En Psicología  
Mtra. en Antropología  
Dra. en Ciencias de la Salud Pública-Sistemas de Salud.  
SNI 1

María de la Luz Arenas Monreal  
Investigadora en Ciencias Médicas D  
Médica Cirujana  
Especialista en Medicina Familiar  
Maestra en Salud Pública  
Dra. en Antropología Médica  
SNI 1

Elisa Hidalgo Solórzano  
Investigadora en Ciencias Médicas C  
Médica Cirujana  
Maestra en Salud Pública  
Maestra en Ciencias de la Salud-Epidemiología  
SNI 1

Mariana Mojarro Íñiguez  
Investigadora  
Médica Cirujana  
Maestra en Ciencias de la Salud-Salud Reproductiva

## Generalidades

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

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

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

## Presentación y entrega del original

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

Los trabajos remitidos deberán ser mecanografiados con procesador de textos: Word u OpenOffice.org, con letra Arial de 12 puntos, a uno y medio espacio (uno y medio renglón) en todo su contenido (incluyendo página inicial, resúmenes, texto, referencias, cuadros y pies de figuras), en tamaño carta, con márgenes de 3 cm. El formato del archivo digital que contiene el texto del artículo deberá ser .DOC o .TXT. Las páginas deberán numerarse consecutivamente.

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

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

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

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

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

- Los trabajos deberán entregarse en formato digital a través de:
- correo electrónico
  - en forma personal, o
  - por vía postal en disquete de 3 ½, disco compacto o unidad de memoria USB.

Los trabajos deberán enviarse a:

Revista CONAMED.  
Mitla 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Piso 8  
Colonia Vértiz Narvarte  
Delegación Benito Juárez  
C. P. 03020, México, D. F.  
México.  
Teléfonos: +52 (55) 5420-7143,  
+52 (55) 5420-7106  
+52 (55) 5420-7103.  
Correo electrónico: [revista@conamed.gob.mx](mailto:revista@conamed.gob.mx).

## Secciones de la Revista CONAMED

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

### 1. Editorial.

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

### 2. Artículos Originales.

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

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

El contenido de un artículo original debe incluir:

- a) Título en español e inglés. No mayor de 15 palabras.
- b) Resumen estructurado en español e inglés. Los resúmenes estructurados deben construirse con los siguientes apartados, en un máximo de 250 palabras: Introducción (la razón del estudio), Material y métodos (que reflejen cómo se efectuó el estudio), Resultados (los hallazgos principales) y Conclusiones (la interpretación contrastada de los resultados).
- c) Palabras clave en español y en inglés. Al final de los resúmenes se anotarán 3 a 10 palabras o frases clave (Key words en el resumen en inglés) para facilitar su inclusión en los índices; se recomienda emplear los términos más recientes de los *Descriptores en Ciencias de la Salud* (DECS, <http://decs.bus.br/E/homepage.htm>) y del *Medical Subject Headings del Index Medicus* (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/>).

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

- d) Introducción. Incluir los antecedentes, el planteamiento del problema y el objetivo del estudio.
- e) Material y métodos. Señalar el enfoque epistemológico de la investigación, el tipo de estudio, la población en estudio, las características de la muestra (en su caso, los métodos cualitativos o las pruebas estadísticas utilizadas), la metodología y los instrumentos de recolección de la información. Cuando se realice experimentación en sujetos humanos o animales, deberán incluirse los formatos de consentimiento informado correspondientes; así como, los mecanismos para resguardar la confidencialidad de los datos personales de los pacientes o sujetos de investigación.<sup>iv</sup>
- f) Resultados. Incluir los hallazgos del estudio, señalando los cuadros y figuras necesarios para ampliar la información contenida en el texto. No repetir en el texto los datos contenidos en los cuadros o figuras.
- g) Discusión. Contrastar los resultados con lo informado en la literatura y con los objetivos del estudio.
- h) Referencias. Los números de las referencias bibliográficas se indicarán con números arábigos dentro del texto, como superíndices; deberán numerarse progresivamente según aparezcan en el texto. La bibliografía pertinente a cada artículo deberá ser referenciada de acuerdo a los Requisitos Uniformes para Manuscritos enviados a las Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas), conocida como formato Vancouver, que se encuentran disponibles en línea en la siguiente dirección: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Cuadro 1.

### 3. Artículos de Revisión.

Esta sección comprende artículos de revisión de temas relacionados con los contenidos de la Revista. Los documentos sometidos a publicación, no deberán exceder de 2500 palabras y contendrán resúmenes de formato libre, en español e inglés, de extensión no mayor de 250 palabras.

Se anotarán, al final de los resúmenes, de 3 a 10 palabras clave en español e inglés. Se deberá incluir al menos 10 referencias, en el formato internacional descrito en el apartado 2h.

### 4. Artículos de Opinión.

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

### 5. Cartas al Editor.

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

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

### 6. Caso CONAMED.

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

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

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

- b) Casos Externos. Se aceptarán aquellos casos que en forma voluntaria, un profesional de la salud o una organización pública o privada de salud, desee(n) presentar con el objeto de estimular la cultura de la prevención del conflicto y mejorar la calidad en la práctica de la medicina. En todos los casos se garantizará la absoluta confidencialidad por parte de los editores.
- c) El texto no excederá las 2500 palabras y se acompañará hasta por 20 referencias. La estructura de la presentación seguirá el siguiente orden: 1) Resumen del caso; 2) Análisis Médico; 3) Análisis Jurídico; 4) Conclusión. Se recomienda todo material clínico (v. gr. imágenes radiológicas) que ilustre o auxilie la presentación y comprensión del caso.

### 7. Recomendaciones.

Son publicaciones institucionales de la CONAMED, que presentan acciones sencillas, al alcance de cualquier profesional de la salud, que son sugeridas para contribuir en la seguridad del paciente y a la prevención de un conflicto o una demanda. Están fundamentadas en el análisis

detallado de las inconformidades que se presentaron ante la CONAMED y han sido avaladas por un grupo de médicos especialistas certificados, representantes de asociaciones médicas nacionales. Se basan en los problemas que ya sucedieron, con la intención de que no vuelvan a ocurrir, o al menos reducir su frecuencia o su efecto.

Esta sección no es fija y se presentará preferentemente por funcionarios de la CONAMED o por autoridades de instituciones reconocidas, locales, nacionales o internacionales, incluyendo en su totalidad al grupo de trabajo que participó en su desarrollo.

### 8. Comunicaciones breves.

Esta sección no es fija e incluirá reportes de investigación, reseñas de documentos normativos o académicos y otras publicaciones relacionadas con el perfil editorial de la Revista CONAMED. También se considerarán informes de instituciones y agrupaciones académicas o profesionales que sean de interés general, siempre que sean aprobados por el Consejo Editorial. Los informes deberán ser breves (no mayores de 500 palabras), deberán proponer entre una y tres palabras clave, podrán incluir una figura o

un cuadro como máximo y la inclusión de referencias (en los formatos descritos en la sección 2h de estas instrucciones) será opcional.

#### 9. Ejemplo de página inicial

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

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

Título breve: Sistemas de notificación de eventos adversos.

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

Autores: José Meljem Moctezuma<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

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

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

Conflictos de interés de los autores: Los autores declaramos no tener intereses personales, comerciales, financieros o económicos directos o indirectos, ni conflictos de interés de cualquier índole que pudieran presentar un sesgo para la información presentada en este artículo.

Palabras clave. Incidentes. Eventos adversos, seguridad del paciente, software para la seguridad del paciente, sistemas de reporte, Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente.

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

#### NOTAS

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

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

#### Proceso de arbitraje editorial

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

Una vez establecido el dictamen definitivo para cada artículo, se envía al autor de contacto la Carta de Aceptación o de No Aceptación y se incorporan los comentarios pertinentes.

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

#### ii. Responsabilidad de autoría.

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

#### iii. Declaración pública de conflictos de intereses de los autores

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

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

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

#### iv. Declaración de Consentimiento Informado

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

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

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

## Recomendaciones para mejorar la atención a pacientes con

# Dengue

## Servicios de Salud

- 1** Capacitar al personal de salud para que se identifiquen rápidamente los casos de dengue y puedan ser notificados.



- 2** Difundir a todas las unidades médicas de sus ámbitos de competencia, la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; la Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA-2010, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector; la Norma Oficial Mexicana NOM 017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica; y las guías de práctica clínica para la atención de pacientes con dengue grave y no grave. Se deberá verificar que el personal operativo las tenga disponibles las conozca y las aplique.



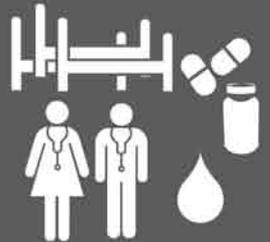
**NOM-004-SSA3-2012**  
**NOM-032-SSA-2010**  
**NOM 017-SSA2-2012**

- 3** Disponer de laboratorios para el diagnóstico serológico del dengue y la identificación de los diferentes serotipos.



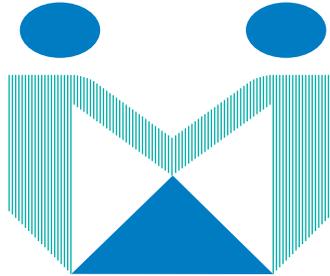
- 4** Contar con un sistema de referencia y contrarreferencia aplicable, funcional y respetado por las unidades receptoras.

- 5** Garantizar la disponibilidad de camas en las unidades de cuidados intensivos, urgencias y hospitalización; equipo médico, especialmente ventiladores mecánicos; insumos, en particular medicamentos y reservas de sangre y hemoderivados.



- 6** En zonas endémicas o con epidemia vigente, coordinar con las autoridades municipales y civiles:
- la eliminación de aguas estancadas
  - la fumigación exhaustiva con insecticidas eficaces.





**COMISION NACIONAL  
DE ARBITRAJE MEDICO**

Atención y asesoría CONAMED  
Teléfono (55) 5420-7000  
Lada sin costo: 01 800 711 0658  
[orientacion@conamed.gob.mx](mailto:orientacion@conamed.gob.mx)

**Agradecemos la distribución de este ejemplar a:**



Salud con Innovación  
y Transparencia