

Análisis de la relación entre la calidad de vida profesional del personal de salud hospitalario y su compromiso con la calidad de la atención clínica

Analysis of the relationship between hospital staff quality of professional life and commitment to quality of clinical care

Ana Laura Cajigas-Magaña¹, Eduardo Leal-Beltrán², Jesús Santos-Guzmán²,
Guadalupe Reyna-Rodríguez³, Maricela González-Guzmán²

RESUMEN

Introducción. Los hospitales son organizaciones complejas que trabajan con y para seres humanos únicos e irrepetibles, con sentimientos, emociones y valores. El objetivo del estudio fue determinar la relación entre el índice de calidad de vida profesional del personal de salud y su compromiso con la calidad de la atención clínica.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, prospectivo y analítico, en un hospital regional de segundo nivel. Se aplicó la encuesta de "Calidad de vida profesional y compromiso con la calidad" propuesta por el Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD). Se analizaron los resultados mediante estadística descriptiva, prueba ANOVA, Bonferroni y regresión logística.

Resultados. La calificación global para la Calidad de Vida Profesional Global (CVPG) fue: alta 47%, baja 26% y regular 27%. Diez por ciento de los encuestados consideraron que su compromiso con la calidad de la atención clínica era nulo o deficiente, 26% regular y 64% bueno o excelente. Se encontró una correlación significativa ($p < 0.05$) entre la CVPG y el compromiso con la calidad de los servicios entregados, mediante las pruebas ANOVA, regresión lineal y tabulación.

Conclusiones. En este estudio se identificó una correlación directa en la cual, a mayor nivel de calidad de vida profesional, mayor es el compromiso con la calidad de los servicios entregados a los usuarios.

Palabras clave: calidad de vida profesional, compromiso profesional, calidad de la atención clínica, personal de salud.

ABSTRACT

Introduction. Hospitals are complex organizations that work with and for unique and unrepeatable human beings, who have feelings, emotions and values. The objective of this study was to determine the relationship between the professional quality of life of health personnel index and their commitment to clinical care quality.

Material and methods. An observational, transversal, prospective, descriptive and analytical study was performed in a second-level regional hospital. The questionnaire administered was the "Professional Quality of life and Commitment to quality Survey," provided by the Quality System (Sicalidad). The results were analyzed using descriptive statistics, ANOVA test, Bonferroni test and logistic regression.

Results. The overall rating for the Global Professional Quality of Life (CVPG) was: high 47% low 26% and 27% regular. Ten percent of respondents felt that their commitment to the quality of clinical care was null or poor, 26% regular and 64% good or excellent. We found a significant correlation ($p < 0.05$) between CVPG and commitment to the quality of services delivered by ANOVA test, linear regression and tabulation.

Conclusions. This study identified a direct correlation in which, higher quality of life is related to greater commitment to quality of services delivered to users.

Key words: professional quality of life, professional commitment, clinical care quality, health personnel.

¹ Residente de Calidad en Medicina, programa multicéntrico, Secretaría de Salud, Hospital San José Tec. de Monterrey.

² Profesor de Residencia de Calidad de la Atención Clínica de Escuela de Medicina del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.

³ Gestora de Calidad del Hospital Metropolitano, Dr. Bernardo Sepúlveda, Secretaría de Salud de Nuevo León.

Artículo recibido: 10 de enero de 2011;

Artículo aceptado: 26 de enero de 2011

Correspondencia: Dra. Ana Laura Cajigas Magaña. Calidad de la Atención Clínica. ITESM-Servicios de Salud de Nuevo León. Ave. López Mateos y Nogalar 4600. Col. Bosques de Nogalar. San Nicolás de los Garza. Nuevo León. Correo electrónico: anacajigas@gmail.com.

INTRODUCCIÓN

Las organizaciones son entidades sociales compuestas por individuos con objetivos comunes, que realizan funciones específicas y tienden a establecer sistemas de coordinación y dirección de carácter racional, con permanencia a través del tiempo y cierta delimitación espacial, tecnológica e instrumental.¹⁻²

De ahí que conseguir su objetivo, da sentido a su existencia y ayuda a las organizaciones a desarrollar componentes básicos que les permite configurarse como un sistema integrado. Estos componentes son el ambiente, la estrategia, la estructura, la tecnología, el sistema de trabajo, las funciones directivas, las políticas, las prácticas de dirección y los recursos humanos.³⁻⁷

Dependiendo del producto hacia el que dirigen sus procesos, las organizaciones pueden generar servicios o productos. Hasenfeld define a las organizaciones que prestan servicio a humanos, como aquellas cuyo objetivo fundamental es la preservación o modificación de atributos de las personas, que se encargan de proteger, mantener o modificar positivamente al individuo.⁸

Un ejemplo de estas organizaciones son los hospitales, que trabajan con y para seres humanos únicos e irrepetibles, con sentimientos, emociones y valores que particularizan la misión y visión de esas organizaciones.

Los hospitales mexicanos son organizaciones complejas que cuentan con diversas características y como instituciones públicas de atención a la salud, han instaurado modelos de atención del ejercicio de la medicina, que intentan consolidar la integración entre el ambiente, la estrategia, la estructura, la tecnología, el sistema de trabajo, las funciones directivas, las políticas, prácticas de dirección y los recursos humanos, pero que aún no han logrado generar las modificaciones deseadas en la calidad de la atención a los pacientes.⁹

La calidad de la atención se define como la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados).¹⁰ Por su parte, Avedis Donabedian define la calidad de atención como el grado en que los medios más deseables, la ciencia y la tecnología, se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud, con los menores riesgos para el paciente, a un costo razonable.¹¹

Algunas publicaciones refieren que el grado de calidad de los servicios de salud entregados a la población, está relacionado con la calidad de vida profesional y satisfacción de sus profesionales.¹²⁻¹³

García Sánchez refiere que: “una persona tiene una buena calidad de vida profesional cuando experimenta un bienestar derivado del equilibrio entre las demandas de un trabajo desafiante, complejo e intenso y la capacidad percibida para afrontarlas, de manera que a lo largo de su vida se consiga un desarrollo óptimo de la esfera profesional, familiar y de uno mismo”.¹⁴

De acuerdo con Locke, la satisfacción laboral es “un estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto, como la respuesta afectiva de una persona a su propio trabajo”.¹⁵

MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación es de tipo observacional, transversal, con análisis descriptivo y prospectivo, cuyo objetivo es conocer la calidad de vida laboral de los prestadores de servicios de salud. Incluye un estudio correlacional para conocer si existe relación entre el apoyo directivo, el trabajo de equipo, la carga de trabajo, las capacidades del personal, el compromiso de la dirección, el ambiente de la organización, la motivación intrínseca y la calidad de vida laboral percibida, con el compromiso para proporcionar atención clínica con calidad. El estudio se realizó en un centro hospitalario de segundo nivel de atención de 212 camas censables, de los Servicios de Salud del Estado de Nuevo León. La selección de la población para estudio se estimó de acuerdo a la instrucción 159 de SiCALIDAD, en la que se establece que debajo de 900 empleados, corresponde una muestra de 315 personas. El personal que participó en la muestra fue de carácter voluntario, estuvo compuesta por 90 médicos, 106 enfermeras y 71 de otras disciplinas, agregándose 30% más como margen de seguridad. En la muestra se incorporó personal de ambos sexos, sin restricción de edad, con contrato en la institución, estadía mayor a seis meses, que aceptaran contestar el cuestionario y de cualquier horario laboral. Se excluyó a personal de contrato externo, personal en vacaciones o de permiso. En la figura 1 se muestra la metodología de trabajo.

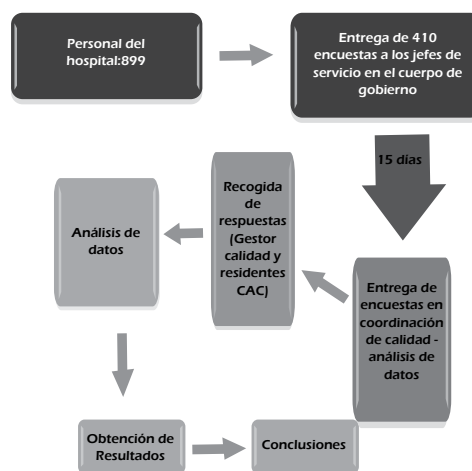


Figura 1. Metodología de trabajo.

La variable dependiente fue el “compromiso con la calidad de la atención clínica” y como variables independientes cuantitativas, el resto de las respuestas.

Las variables independientes cuantitativas fueron las siguientes: edad, sexo, profesión, “calidad de vida global percibida”, variables sociodemográficas y laborales.

Se solicitó el consentimiento informado al personal encuestado y se salvaguardó la confidencialidad de los datos aportados. Se aplicaron los lineamientos de la Instrucción 159 de SiCALIDAD, que conciernen al proyecto “Percepción de los profesionales de la Salud. Caminando con los trabajadores de la salud”, definidos por la dirección General de Calidad y Educación en Salud, que consiste en la aplicación de una

encuesta para diagnosticar la calidad de vida profesional y el compromiso con la calidad de los trabajadores de las unidades médicas de la Secretaría de Salud.

En el presente estudio se utilizó como herramienta una encuesta diseñada por la Dirección General De Calidad y Educación En Salud de SiCALIDAD en el 2009 denominado: "Caminando con los trabajadores de la salud".

El cuestionario originalmente contenía nueve apartados a los que se adicionaron dos más, uno de cultura de la organización y otro de compromiso con la calidad, por lo que en total la encuesta presentó once apartados con un número variable de ítems, de 1 a 19. Cada ítem se acompaña de una escala tipo Likert cuyas opciones de respuesta van de 1 a 5. Las categorías muy alta y alta se reagruparon en satisfacción alta y las correspondientes a baja y muy baja en satisfacción baja. Del total de reactivos, 9 tienen desenlace dicotómico, 14 son de priorización y 5 de marcaje libre.

Las dimensiones fueron las siguientes:

- I Identificación
- II Apoyo directivo, de equipo y compromiso de la dirección
- III Capacidades, carga laboral, ambiente y entorno organizacional
- IV Calidad de vida profesional percibida
- V Cultura de la organización
- VI Compromiso con la calidad (parte 1)
- VII Conocimientos de la estrategia SiCALIDAD
- VIII Impacto en la Acreditación
- IX Prioridades
- X Compromiso con la calidad (parte 2)
- XI Valoración de estrategias

Posteriormente se diseñó un formato de reporte de casos para concentrar los datos y los resultados de las encuestas realizadas se analizaron con estadística descriptiva, obteniendo el promedio, mediana, desviación estándar y rangos. El análisis se efectuó con ANOVA y regresión logística. Para los cálculos estadísticos se utilizó el programa de ordenador Excel ® de Microsoft ® versión 13.0 y Stata® para Windows versión 8.0. Se aceptó como significativo, valor alfa menor de 0.05 y el error beta de 80%.

El recurso humano para aplicar la encuesta fue del propio hospital. En la junta de gobierno se integró al proyecto a los jefes de cada departamento, quienes fungieron como prueba piloto y posteriormente, ellos se encargaron de aplicar o designar entre el personal a su cargo, a los responsables de aplicar las 410 encuestas. Se realizó una invitación general a los trabajadores del hospital, para que de forma voluntaria respondieran la encuesta, posteriormente se recopilaban las encuestas en la coordinación de calidad, se recabaron los datos, se analizaron y se obtuvieron los resultados.

RESULTADOS

La tasa de respuesta fue del 80%, es decir, de 410 encuestas se regresaron 337, de las que 267 tuvieron un llenado adecuado (tasa de respuesta efectiva 267/410), debido a que se extraviaron 73, no fueron contestadas 32, incompletas 28 (llenado menor al 50%) y 10 fueron alteradas. Figura 2

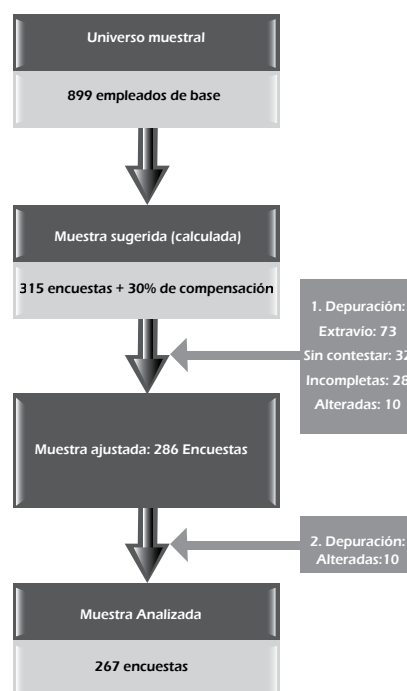


Figura 2. Proceso de ajuste de muestra.

Se eliminaron los siguientes cuatro apartados de la encuesta propuesta por SiCALIDAD: prioridades de la organización, segunda parte de compromiso con la calidad, impacto en la acreditación y valoración de estrategias; debido a que en el 70% de las encuestas se detectó error en el llenado de estos rubros, consideración de importancia para mantener la confiabilidad de los resultados.

Se realizaron rangos para clasificar las respuestas realizadas con la escala de Likert como bajo, medio y alto, con respecto al índice de bienestar de cada apartado siendo alto el mayor bienestar y el índice bajo se decretó como nulo a bajo bienestar.

En relación con el compromiso con la calidad de la atención clínica (CCC), el 10% (0.10) de los encuestados contestó nulo o deficiente, el 26% (0.26) que es regular y el 64% (0.64) que es bueno o excelente. Figura3

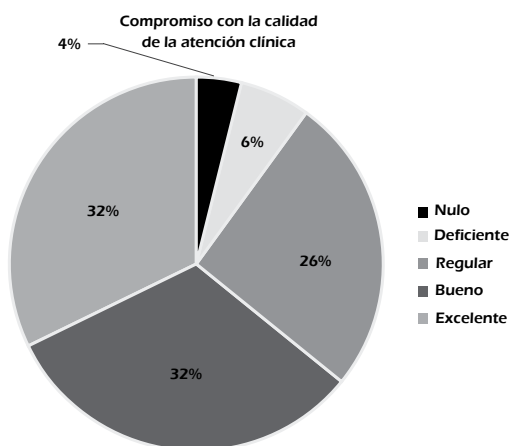


Figura 3. Porcentajes de respuesta del compromiso con la calidad de la atención clínica.

La calificación global del promedio de los ocho apartados o criterios para la medición de Calidad de Vida Profesional global (CVPG) fue alta (satisfactoria o muy satisfactoria) en 0.47 (47%) sobre una puntuación de 10 (100%), para el personal en general del hospital, un 0.26 (26%) puntuaba como CVPG baja (nula o poco satisfactorio) y un 27% refirió satisfacción regular. Figura 4

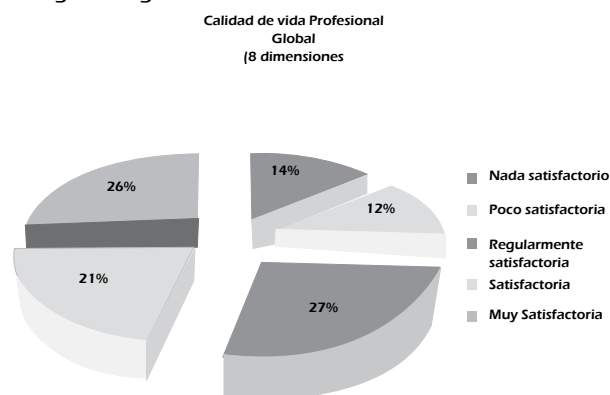


Figura 4. Porcentajes de la calidad de vida profesional global.

La distribución de las respuestas de los ocho criterios se describen en el cuadro 4, así también la distribución de encuestados según los 8 apartados descritos anteriormente

La CVPG analizada con Anova, regresión lineal y tabulación, presentó una diferencia significativa con una $p < 0.05$ por lo que se considera que esta variable tiene relación directa con el compromiso que expresan los profesionales de la salud con la calidad de atención, es decir, a mayor nivel de calidad de vida profesional global (CVPG), mayor es el compromiso con la calidad de los servicios entregados a los usuarios. Se mostró una mayor concentración de respuestas en el punto medio, es decir, a mediana CVPG se observó mediana calidad de atención, sin embargo en la prueba de Bonferroni

todas las variables comparadas presentan relación estadísticamente significativa.

La variable sexo comparada con la CVPG presenta diferencias estadísticamente significativas. En la tabulación de las variables mencionadas se demostró que el 60% de los hombres y el 56% de las mujeres expresaron un mediano nivel de la variable buscada, en el nivel alto de calidad, las mujeres dijeron tener 38% de índice y los hombres sólo un 25% de CVPG satisfactoria.

Un caso similar al mencionado anteriormente fue el resultado para la variable sexo y el compromiso expresado con la calidad asistencial, con una p estadísticamente significativa lo cual nos expresa que la relación no es al azar, un 47% de las mujeres expresaron un alto compromiso con la calidad en contraste con los hombres que declararon un 28%, así como mediano índice en un 46% y 49% respectivamente.

La edad de los participantes no mostró relación con la calidad de vida profesional global y el compromiso con la calidad de la atención clínica.

Aparentemente la profesión mostraba diferencias con la variable de CCC, sin embargo en la regresión logística y la prueba de Bonferroni no se encontraron diferencias para la variable profesión y CVPG.

Las ocho dimensiones valoradas que se englobaron en calidad de vida profesional global se muestran en el cuadro 4. La calificación más alta y que indica mayor bienestar, según los rangos descritos, correspondía la calidad de vida profesional percibida, que se centra en la motivación intrínseca con 0.89 (89%), regular en un 0.07 (7%) y bajo en 0.04 (4%); seguida del apoyo de equipo con 0.64 (64%) de percepción de bueno-excelente, 0.26 (26%) regular y 0.10 (10%) como rango bajo; la cultura de la organización es percibida como alta identificación en 0.51 (51%), 0.31 (31%) medio y 0.18 (18%) de los empleados desconocen la existencia de cultura de la organización; el ambiente de la organización se percibe como buena – excelente por el 46% (0.46) de los empleados, regular el 33% (0.33) y baja por el 21% (0.21).

Cuadro 1. Variables: sexo y profesión

	VARIABLE	CANTIDAD	PORCENTAJE
SEXO	Hombres	65	24%
	Mujeres	202	76%
PROFESIÓN	Medicina	90	34%
	Enfermería	106	40%
	Odontología	1	0.3%
	Trabajo social	10	4%
	Nutrición	6	2%
	Psicología	2	0.7%
	Administración	52	19%

Cuadro 2. Variables: Edad y factores culturales.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA				
VARIABLE	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	MIN	MAX
Edad	45.59	7.03	20	76
Maestría	0.05	-	-	1
Doctorado	0.01	-	-	1
Especialidad	0.29	-	-	1
Antigüedad en el hospital	17.05	8.00	1	36
Antigüedad SSA	18.85	7.46	-	45
Libros por año	3.43	-	-	50
Cine visitas por año	0.77	-	-	2
Asistencia a obras de Teatro	0.37	-	-	1
Asistencia a exposiciones de arte	0.24	-	-	1
Visitas a museos	0.41	-	-	1
Asistencia a conciertos	0.40	-	-	1

Cuadro 3. Percentiles de edad y antigüedad

	10%	25%	50%	75%	90%
Edad	36	42	46	50	54
Antigüedad en el hospital	4	12	19	25	25
Antigüedad en la SA	8	14	20	25	25

Cuadro 4. Respuestas de Calidad de Vida Profesional Global

BAJO	MEDIO	ALTO	DIMENSIONES
0.04	0.07	0.89	Calidad de vida profesional percibida
0.10	0.26	0.64	Apoyo de equipo
0.18	0.31	0.51	Cultura organizacional
0.21	0.33	0.46	Ambiente organizacional
0.26	0.30	0.44	Compromiso de la dirección
0.27	0.31	0.42	Apoyo directivo
0.22	0.39	0.39	Carga laboral
0.37	0.25	0.38	Capacidades

El compromiso con la dirección se considera alto en 0.44 (44%), regular en 0.30 (30%) y bajo en 0.26 (26%); el apoyo de la dirección se percibe alto por el 42% (0.42) de los empleados, medio por el 31% (0.31) y bajo por el 27% (0.27); la carga laboral no presenta diferencia entre media y alta con 0.39 (39%) en ambos casos y baja en 0.22 (22%). La dimensión con el rango favorable más bajo fue la de capacidades obtenidas, ya que sólo el 38% (0.38%) expresa estar altamente capacitado, el 25% (0.25) medianamente y el 37% (0.37) dice tener bajo nivel de capacidades para el puesto que desempeña.

Los valores intrínsecos de la organización, se identifican en su totalidad por debajo del 50%, es decir, la responsabilidad se destacó en 42% (112 personas) de los encuestados, el respeto se expresó en 36% (96) y la generosidad con el 22%. Por otra parte, la forma en que los profesionales toman las decisiones en su trabajo con respecto a la atención que impacta en el paciente, el 72% expresó tomar decisiones por experiencia, en menor porcentaje con un 36% consultan a sus colegas y compañeros de trabajo, sólo el 35% consulta Guías de práctica clínica y protocolos, el 26% utiliza Normas Oficiales, el 16% realiza revisión de artículos, revistas y publicaciones, así como el 12% de los profesionales toman decisiones basadas en libros de texto.

El 69% de la población encuestada, expresó que sus ingresos no concuerdan con las exigencias de su trabajo. El 45 % de los encuestados refiere conocer la estrategia de SiCALIDAD y el 55% la desconoce.

DISCUSIÓN

Se han analizado otros trabajos que utilizaron una estrategia similar para evaluar la calidad de vida de los profesionales y la satisfacción laboral de los trabajadores de servicios de salud, sin embargo, los trabajos que destacan la relación entre esta variable y el compromiso con la calidad de la atención clínica, son escasos.

La interpretación de los resultados de las encuestas, nos indica que existe una puntuación aceptable en la Calidad de Vida Global percibida por los profesionales. Se desconocen las causas por las cuales algunos apartados de la encuesta se contestaron de manera equívoca o no se contestaron. Es complejo realizar la investigación de esta pregunta, ya que la encuesta tiene carácter anónimo.

Un área de oportunidad para la investigación, es la de medir expectativas y no sólo percepciones, para conocer lo que esperan los empleados de la organización y en función de este rubro, tomar decisiones que favorezcan la calidad de vida de los trabajadores.

Por otra parte, este trabajo es el primer paso para conocer el terreno en el que se intenta sembrar una cultura de calidad de la atención clínica y seguridad del paciente, diagnosticar aquellos factores que restringen o colaboran para que se implementen medidas correctivas y preventivas con la finalidad de que los profesionales alcancen un buen nivel de calidad de vida laboral y con esto se impacte en la calidad asistencial, tanto en su esfera técnica como en la calidez.

Cabe enfatizar que el personal médico participó en una proporción similar a las enfermeras, siendo estas últimas las que manifestaron peor percepción de calidad de vida profesional,

contrario a lo que se ha documentado.¹⁶

En un estudio realizado en un centro de atención primaria en España, se cita la calidad de vida laboral percibida de buena a excelente con una media de 0.56, en comparación con el presente estudio que tiene una media de 0.46. Aunque cabe desatacar la diferencia en el nivel de atención, se encuentran diferencias en la satisfacción de vida laboral en ambos estudios.¹⁷

Por otra parte en una investigación realizada en el hospital de Gineco-Obstetricia. No. 3 CMN La Raza, IMSS, con el tópico de satisfacción laboral en enfermería, dicho personal presentó 3.42 de satisfacción laboral; siendo los hombres los más satisfechos. Dicho estudio concluye que "la satisfacción laboral tiene relación con aspectos de desarrollo, capacitación y actualización para el desempeño; así como con las condiciones laborales".¹⁸

También afirma que a mayor satisfacción laboral existe mayor calidad de atención por parte del personal de enfermería y por lo tanto satisfacción del paciente". Lo que concuerda con los resultados obtenidos en el hospital estudiado con la encuesta de "Calidad de vida profesional percibida y compromiso con la calidad".¹⁸

REFERENCIAS

1. Porter L, Lawler E, Hackman Jr. Behavior in organization. New York: Mc Graw-Hill; 1975.
2. Peiró JM. Desencadenantes del estrés laboral. Eudema 1993; 5-15.
3. Peiró JM. Psicología social aplicada. Madrid: Mc Graw Hill/Interamericana; 1996; 155-96.
4. Mintzberg HL. La estructura de las organizaciones. Barcelona: Ariel; 1988.
5. Peiró JM. Organizaciones. Nuevas perspectivas psicológicas. Barcelona: PPU 1990.
6. Peiró JM, Salvador A. Control del estrés laboral. Madrid: Eudema; 1993. p. 5-36.
7. Ruelas E. Organización y dirección de los servicios de salud en contextos turbulentos. Salud cambio social y política: perspectivas de América latina. En: Brofman M, Castro R. México: Edamex; 1999. p. 323-332.
8. Hasenfeld Y. Organizaciones al servicio del hombre. México: Fondo de Cultura Económica; 1990.
9. Ramírez AM, García JE, Fraustro SR. A scientific approach to the definition of quality in medical care: a model for Mexican reality. Cad Saúde Públ. 1995; 11 (3): 456-462.
10. Worthington H. Physician and Patient. New York: Baker and Scribner; 1849. p. 357-382.
11. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment, 1980; Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.
12. Pólit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed. México: Interamericana. McGraw-Hill, 1994.
13. Arriaga Piñero E, De la Torre Fernández-Trujillo J, Alberdi Castell RM, Artigas Lelong B, Moreno Peralta J, García Mena JM. La participación en la gestión como elemento de satisfacción de los profesionales: un análisis.

lisis de la experiencia andaluza. Enfermería Global. [en línea] 2003; 2 (3) [Acceso 29-03-2011] Disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/627/653>.

14. García Sánchez S. La qualitat de vida profesional como a avantatge competitiv. Rev Qualitat. 1993; 11:4-9.
15. Locke EA. The nature and causes of job satisfaction. En: Dunnette MD. Handbook of industrial and organizational psychology. Chicago: Rand McNally College Ed.; 1976. p. 1247-1291.

16. Olivar C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la insatisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. Aten Prim. 1999; 24: 352-9.
17. Galobart A, Grau J, Sicras A, García G. Satisfacción profesional. Med Clin. 1995; 105: 76.
18. Villagómez-Amezcu M, Hernández-Castañón E, Villarreal-Ríos E. Satisfacción laboral en médicos a 6 años de distancia. Rev Med IMSS. 2003;4(5):399-405.

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES DE LA REVISTA CONAMED

La Revista CONAMED es la publicación oficial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Se publica con una periodicidad trimestral. Publica artículos en idiomas español e inglés, que favorezcan un mejor entendimiento de la Medicina, Enfermería, Derecho y profesiones afines, para la prevención y atención del conflicto derivado del acto médico: seguridad del paciente, calidad de la atención médica, ética profesional, formación de profesionales de la salud y el derecho, 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.

Los textos propuestos a la Revista deberán cumplir con los lineamientos establecidos en las Instrucciones para Autores, cuya versión detallada se encuentra disponible en <http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/instrucciones.pdf> serán sometidos al proceso de revisión por pares y a la aprobación del Consejo y Comité Editoriales, que evaluarán el contenido de cada material, dictaminarán en un periodo no mayor a 45 días y se notificará al autor.

Todos los artículos deberán incluir una página inicial, la cual consta de:

- Título en español e inglés con una extensión máxima de 15 palabras; título en español corto, no mayor a 7 palabras.
- Nombre del autor(es) y cargos institucionales
- Nombre, descripción, teléfono, dirección postal y correo electrónico del autor responsable de la correspondencia (Autor de contacto).
- Las fuentes de financiamiento de la investigación y los posibles conflictos de interés de los autores, cuando aplique.
- Palabras clave en español e inglés. Para ello se recomienda emplear los términos de la versión más reciente del Medical Subject Headings del Index Medicus.
- Las referencias bibliográficas deben cumplir los Requisitos Uniformes para Manuscritos enviados a las Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas).

Secciones de la Revista CONAMED:

Editorial, Artículos Originales, Artículos de Revisión, Artículos de Opinión, Cartas al Editor, El caso CONAMED, Recomendaciones, Noticias CONAMED.

Presentación y entrega del manuscrito, cuadros y figuras.

Los trabajos remitidos deberán ser mecanografiados con el procesador de textos Word, a uno y medio espacios (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. Las páginas deberán numerarse consecutivamente. Los trabajos deberán enviarse en documento impreso y en formato digital, por vía correo electrónico, en disquete de 3 1/2 o CD. Los cuadros y las figuras deberán enviarse en archivos separados del texto, en los formatos originales en que se crearon (Word™, Excel™, Powerpoint™, Photoshop™, Illustrator™, etc.) y cumplir las especificaciones de las Instrucciones para Autores, disponibles en la página web de CONAMED.

Los trabajos deberán enviarse a:

Revista CONAMED

Mitla 250, Esq. Eje 5 Sur (Eugenia), piso 8.
Col. Vértiz Narvarte, Delegación Benito Juárez,
C.P. 03020 México, D.F.
Tels: (55)5420-7143, (55)5420-7106, (55)5420-7032
o (55)5420-7103.
Fax: (55)5420-7109.
revista@conamed.gob.mx

TIPO DE PUBLICACIÓN	Ejemplo
Revistas	Rodríguez-Suárez J, Mata-Miranda R. Calidad de la práctica médica y medicina basada en evidencia. Rev CONAMED. 2007 Abr-Jun; 12: 8-12.
Libros	Luna-Ballina M. Los diez principios básicos de las relaciones interpersonales en la atención médica. México: CONAMED; 2008. 187 p.
Capítulos de libros	García-Torices LM, Martínez-López S. Comunicación educativa: enfoques. En: Tena Tamayo C, Hernández Orozco F. La comunicación humana en la relación médico-paciente. 2ª ed. México: Prado; 2007. p. 257-272.
Documentos con formato electrónico	Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Consentimiento válidamente informado. Conclusiones. [Acceso 30-08-2010]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/cvi_conclusiones.zip .
Normas y leyes (Dos ejemplos)	a) Norma Oficial del Expediente Clínico. NOM 168 SSA2. México: Secretaría de Salud; 1998. Disponible en [Acceso 30-08-2010]: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/norma_oficial.pdf . b) Secretaría del Medio Ambiente. Ley de Protección Ambiental. Diario Oficial de la Federación, 15 de mayo de 1999. México.

Consulte las Instrucciones para Autores en extenso:

<http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/instrucciones.pdf>