

31261 3



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

***La evaluación de la calidad
de la práctica médica:
Perspectiva del paciente y
perspectiva del médico***

T E S I S

Que para obtener el grado de
Maestro en Investigación de Servicios de Salud

PRESENTA:

Gabriel Eugenio Sotelo Monroy

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**Director de Tesis:
Mtro. Héctor González Díaz**

**Dictaminadores:
Dr. Héctor Fernández Varela Mejía
Mtra. María Salomé Grajeda López**



Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Edo. de México, 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“Uno es el hombre que anda por la tierra
y descubre la luz y dice: es buena,
la realiza en los ojos y la entrega
a la rama del árbol, al río, a la ciudad,
al sueño, a la esperanza y a la espera”

Jaime Sabines

DEDICATORIA A:

Mis padres Paula y Felipe,
por el amor, los valores y herramientas que me proporcionaron.

Gusy,
por el respeto y lealtad ante los días difíciles y las satisfacciones.

Mis hijos Iván, Fernanda y Mane,
por la gracia, el asombro y el júbilo ante un nuevo día.

Mis hermanos Héctor, Felipe, Gilberto y Pablo,
por lo compartido y tolerado.

Mis parientes y amigos,
que siempre están a pesar del tiempo y la distancia.

AGRADECIMIENTOS A:

Dr. Héctor Fernández Varela Mejía. La oportunidad de colaborar con usted en la CONAMED, que al final de cuentas motivó el tema de esta tesis, el apoyo y consejos.

Dr. Gabriel Manuel Lee. Por las facilidades para realizar este trabajo, el intercambio de opiniones y tu amistad.

Mtro. Héctor González Díaz. Por las largas horas dedicadas a la asesoría del proyecto, las sugerencias y nuestra amistad.

Mtra. Claudia Infante Castañeda. Por el empujoncito que me faltaba para iniciar este proyecto, especialmente por la amistad.

Mtra. Salomé Grajeda López. Por el tiempo dedicado en la revisión de este proyecto, tus comentarios y disposición para escuchar.

Mtra. Pilar Castillo Nava. Por las orientaciones sobre el laberinto administrativo para culminar este trabajo, por el aprecio sincero.

Dr. José Luis Ortega Gómez. Por el apoyo profesional en la primera etapa de este proyecto, las constantes charlas, y el gran don de entrega que tienes.

A mis excompañeros de la CONAMED y amigos, **Lic. Octavio CasaMadrid, Dra. Beatriz Sosa, Dr. Humberto Luján, Dra. María del Carmen Dubón, Lic. Leonardo Rodríguez.**

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	I
INTRODUCCION.....	II
1. MARCO DE REFERENCIA.....	1
1.1. La calidad de la práctica médica.....	1
1.1.1. El entorno del problema de la calidad.....	1
1.1.2. El concepto de calidad en salud.....	4
1.2. Principios legales y éticos de la profesión médica.....	8
1.2.1. El derecho a la protección de la salud.....	8
1.2.2. Los principios éticos del médico.....	14
1.2.3. La responsabilidad profesional del médico.....	17
1.3. Estudios sobre la calidad de la atención médica.....	23
1.3.1. Métodos para evaluar la calidad.....	23
1.3.2. Estudios internacionales sobre la calidad de la atención.....	24
1.3.3. Estudios nacionales sobre la calidad de la atención médica.....	28
1.4. Mecanismos de atención de las quejas médicas.....	34
1.4.1. Vías gubernamentales para la atención de quejas médicas.....	34
1.4.2. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico.....	35
2. DELIMITACION DEL PROBLEMA DE ESTUDIO.....	41
2.1. Planteamiento del problema.....	41
2.2. Justificación.....	44
2.3. Preguntas de investigación.....	46
3. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO.....	48
3.1. Objetivos.....	48
3.1.1. Objetivos generales.....	48
3.1.2. Objetivos Específicos.....	48
3.2. Diseño y tamaño muestral.....	49
3.2.1. Tipo de estudio.....	49
3.2.2. Población de estudio.....	49
3.2.3. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	49
3.2.4. Tamaño de la muestra.....	50
3.3. Recolección de datos.....	51
3.4. Definición operacional de las variables.....	51
3.4.1. Variable dependiente.....	52
3.4.2. Variable independiente.....	52
3.4.3. Variable antecedente.....	52
3.5. Plan de análisis de los resultados.....	53
3.5.1. Transformación de variables.....	53
3.5.2. Análisis univariado.....	53
3.5.3. Análisis bivariado.....	53
3.5.4. Análisis multivariante.....	54
3.6. Implicaciones éticas.....	54

4. MODELO CONCEPTUAL PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA PRACTICA MEDICA.....	56
4.1. Características generales del modelo conceptual.....	56
4.2. Resolución médico-legal de la práctica médica.....	58
4.2.1. Concepto de buena práctica médica.....	60
4.2.2. Concepto de mala práctica médica.....	62
4.2.3. Tipología de la práctica médica.....	68
4.3. Características del paciente.....	70
4.4. Características de la institución de salud.....	71
4.5. El problema de salud.....	74
4.6. Evaluación de la calidad de la práctica médica.....	76
4.6.1. Perspectiva del paciente.....	79
4.6.2. Perspectiva del médico.....	82
4.7. Las consecuencias al paciente.....	86
5. RESULTADOS.....	88
5.1. Pacientes.....	88
5.2. Institución de salud.....	90
5.3. Problema de salud.....	93
5.4. Evaluación de la calidad de la práctica médica.....	97
5.5. Consecuencias al paciente.....	103
5.6. Resolución médico-legal.....	107
6. DISCUSIÓN.....	115
6.1. Los problemas de la calidad desde la perspectiva del paciente.....	115
6.2. Las similitudes y discrepancias entre los médicos y los pacientes.....	119
6.3. La mala práctica médica.....	121
7. CONCLUSIONES.....	124
8. RECOMENDACIONES.....	126
BIBLIOGRAFIA.....	127

INDICE DE TABLAS

Tabla	Descripción	Página
5.1.	Tipo de quejoso	89
5.2.	Frecuencias sobre el régimen y tipo de atención con variables antecedente	91
5.3.	Tipo de rama médica	92
5.4.	Asociación de enfermedad aguda con variables antecedente	94
5.5.	Asociación de enfermedad crónica con variables antecedente	95
5.6.	Asociación de accidentes y lesiones con variables antecedente	96
5.7.	Asociación de los atributos deficientes según el médico y el paciente	100
5.8.	Frecuencias del problema de salud y atributo deficiente según el paciente	102
5.9.	Frecuencias de las consecuencias a la salud y variables antecedente	103
5.10.	Asociación de consecuencias a la salud y el problema de salud	104
5.11.	Asociación de las consecuencias a la salud y atributos deficientes según el paciente	105
5.12.	Asociación de otras consecuencias al paciente y el problema de salud	107
5.13.	Resolución médico-legal de los dictámenes médicos	108
5.14.	Asociación de mala práctica con variables antecedente	109
5.15.	Asociación entre mala práctica con nexo causal y el problema de salud	109
5.16.	Frecuencia de tipo de práctica médica y atributos deficientes según el paciente	110
5.17.	Asociación de mala práctica sin nexo causal y atributos deficientes según el médico	111
5.18.	Asociación de práctica médica con nexo causal y atributos deficientes según el médico	112
5.19.	Modelos de regresión logística para predecir la mala práctica según el médico	113
5.20.	Asociación de mala práctica y las consecuencias al paciente	114

INDICE DE FIGURAS

Figura	Descripción	Página
1.1.	Retos y objetivos del Programa Nacional de Salud, 2001-2006	3
1.2.	Modelo de atención de quejas médicas, CONAMED	38
1.3.	Tendencias de los dictámenes médicos, CONAMED	40
4.1.	Modelo conceptual para la evaluación de la calidad de la práctica médica: Perspectiva del paciente y perspectiva del médico	58
4.2.	Tipología de la práctica médica	69
4.3.	Sistema Nacional de Salud	73
5.1.	Pacientes según edad y sexo	88
5.2.	Tipo de problema de salud	93
5.3.	Atributos técnicos deficientes según paciente y el médico	97
5.4.	Atributos interpersonales y administrativos deficientes según el paciente y el médico	99
5.5.	Duplicación de servicios médicos	106

“Necesitamos atender a la naturaleza de la calidad misma...
Ello requiere de someter a rigurosa comprobación todas
las supuestas relaciones entre procesos y resultados,
en tanto que nuestras preocupaciones técnicas cedan el paso
de nuestra atención a las dimensiones interpersonales,
sociales y aun morales de la calidad”

Adevis Donabedian

RESUMEN

La evaluación de la calidad de la atención médica se ha caracterizado por la medición del aspecto técnico. Ahora, es imprescindible el estudio de las valoraciones que los pacientes y los médicos hacen sobre el proceso técnico, la relación interpersonal y los aspectos administrativos. El objetivo de este estudio fue coadyuvar en el estudio de la calidad desde la perspectiva del paciente y la perspectiva del médico. El diseño del estudio fue transversal, retrospectivo, observacional y bajo un nivel de análisis exploratorio. Se estimó una muestra de 167 dictámenes médicos emitidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Los principales resultados fueron: La resolución médico-legal fue en 32.3% de buena práctica, 30.0% de mala práctica sin daño y 37.7% mala práctica relacionada con daño al paciente; los pacientes percibieron mayor deficiencia en los atributos de la relación interpersonal, mientras los médicos en la dimensión técnica; se encontró asociación significativa entre la percepción del paciente y del médico en las deficiencias del tratamiento quirúrgico, obligaciones de seguridad y/o resultado, diagnóstico y tratamiento médico, así como en la deficiencia de recursos materiales, la falta de oportunidad de la atención, y la falta de expediente clínico; se mostraron diferentes factores predictivos para cada tipo de mala práctica médica. Recomendación, desarrollar este tipo de estudios a partir de problemas específicos de salud, tales como el infarto agudo del miocardio, la apendicitis aguda, diabetes, la atención del embarazo y parto.

Palabras clave: Calidad de la práctica médica, mala práctica médica, dimensiones de la calidad.

ABSTRACT

The quality of care evaluations has been characterized for the mensuration of the technical aspect. Now, it is indispensable the study of the valuations that the patients and the doctors make the technical process, the relationship and the administrative aspects. The objective of this study was cooperate in the quality of study from the perspective of the patient and the perspective of the doctor. The design of the study was traverse, retrospective, observational and under a level of exploratory analysis. It was considered a sample of 167 medical opinion emitted by the National Commission of Medical Arbitration. The main results were: The medical-legal resolution was in 32.3% of good practice, 30.0% of medical malpractice without damage and 37.7% malpractice with damage to the patient; the patients perceived major deficiency in the interpersonal aspects of care, while the doctors in the technical aspects of care; it was significant association between the perception of the patient and of the doctor in the deficiencies of the surgical treatment, obligations of security and/or result, diagnosis and medical treatment, as well as in the deficiency of material resources, the lack of opportunity to the medical attention and the lack of clinical file; several factors were shown predicts for each type of bad medical practice. Recommendation, develop this type of studies starting from specific problems of health, such like the myocardial infarction, the acute appendicitis, diabetes, pregnancy and childbirth.

Keys words: Quality medical care, medical malpractice, quality of dimension.

INTRODUCCION

En la actualidad, se ha aumentado el interés por la calidad de los servicios de salud, también se han incrementado las quejas y demandas por presunta mala práctica, debido a diversos factores: Los derechos humanos, el avance de la ciencia y tecnología médica, la socialización de la medicina, el alto costo de los servicios, la evolución de los principios de la bioética médica, la globalización ideológica y comercial, la actitud crítica de la sociedad.

Esta situación se puede entender, si consideramos que la definición de calidad ha pasado de la preocupación por las especificaciones del producto o servicio, hacia una virtual deificación de los derechos, deseos y expectativas del cliente, a la cual le siguen algunas medidas para incluir los costos y la producción exacta y correcta (Donabedian A. 1993). Sin embargo, en la medicina prevalece una conducta paternalista del médico, que considera al paciente incapaz para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención (Donabedian A. 1989), y por lo tanto, poco tiene que aportar a la calidad de los servicios médicos.

En la medicina, la evaluación de la calidad se ha caracterizado por la medición del aspecto técnico, a través de auditorías médicas, monitoría, comités de calidad, y con la utilización de estándares y criterios definidos por grupo de expertos. Así como, encuestas de opinión del usuario de servicios de salud.

Ahora, es imprescindible aprovechar como referencia las experiencias y expectativas de los pacientes para configurar lo bueno de los servicios, lo recomendable y lo propio, y luego entonces darle un significado técnico a lo correcto y justo del sistema de salud. La ponderación de lo social y lo técnico en la medicina, es factor nodal de la legitimación del médico y de las instituciones de salud.

El presente trabajo, utiliza la información contenida en la relatoría de hechos que hacen los pacientes, sobre la forma y el resultado del proceso de la atención, contenidos en las quejas, demandas o denuncias. De tal manera, que es posible la descripción de los

atributos deficientes percibidos por el paciente durante el proceso terapéutico, ante un problema de salud y las consecuencias de la atención. Además, analiza la reconstrucción de la calidad de la práctica médica de los casos concretos y la resolución médico-legal que realizan los médicos-peritos de la CONAMED. Que para fines de este trabajo, representa la valoración u opinión del médico.

Este estudio está organizado en ocho capítulos. El primero, establece el marco de referencia sobre la evaluación de la calidad de la práctica médica. Considera el entorno y el concepto de la calidad de la práctica médica; los principios legales y bioéticos que guían el ejercicio de la medicina; los principales estudios sobre la evaluación de la calidad; y los mecanismos de atención de quejas médicas. En el segundo capítulo, presenta la delimitación del problema del estudio. En el tercero, presenta la metodología del estudio. En el quinto y sexto capítulos, se presentan los resultados del análisis estadístico de la muestra y la discusión de los mismos.

En el cuarto capítulo, el marco conceptual del modelo para la evaluación de la calidad de la práctica médica, que incluye las variables siguientes: Los factores determinantes como las características del paciente y el entorno de la práctica médica; la reconstrucción de la práctica médica que incluye el tipo de problema de salud, la evaluación de la calidad desde la perspectiva del paciente y la perspectiva del médico-perito de la CONAMED, y las consecuencias en el estado de salud, económicas y de duplicación de servicios; y la resolución médico-legal del dictamen médico sobre el caso en controversia. En los capítulos séptimo y octavo, describe las principales conclusiones del estudio y las recomendaciones.

Finalmente, el estudio sobre el conocimiento, creencias y expectativas de los pacientes sobre la calidad de la atención médica, significa una fuente inagotable para el desarrollo de programas de mejoría de la calidad, y por ende, prevenir la mala práctica médica.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1. La calidad de la práctica médica

1.1.1. El entorno del problema de la calidad

En la actualidad los países latinoamericanos presentan un crecimiento poblacional que se combina con el estancamiento del crecimiento económico, el aumento del desempleo, el crecimiento de la economía informal, el recrudecimiento de la pobreza en términos absolutos y relativos y la profundización de las disparidades en la distribución del ingreso. Asimismo, enfrentan un gran desafío de proporciones crecientes: garantizar a todos sus ciudadanos un grado básico de protección social en materia de salud, que contribuya a eliminar las desigualdades en el acceso a servicios de calidad y que proporcione a grupos sociales hasta ahora excluidos la oportunidad de recibir atención integral congruente a sus necesidades y expectativas, sin que su capacidad de pago sea un factor restrictivo.

Al respecto, en la "I Cumbre de las Américas" celebrada en Miami a mediados de la década pasada (OPS. 1994), los gobiernos afiliados se comprometieron dentro de sus procesos de reforma del sector, a incorporar mecanismos para garantizar el acceso equitativo a servicios básicos y de mejorar la calidad. Un año después, la OPS con la participación del Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo, patrocinó una Reunión Especial sobre la Reforma del Sector Salud (OPS. 1995), en la cual se establecieron cinco principios rectores: equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social.

En una reciente publicación de la OPS¹ (López Acuña D, et al. 2000), se resumen los resultados siguientes:

¹ OPS. Organización Panamericana de la Salud.

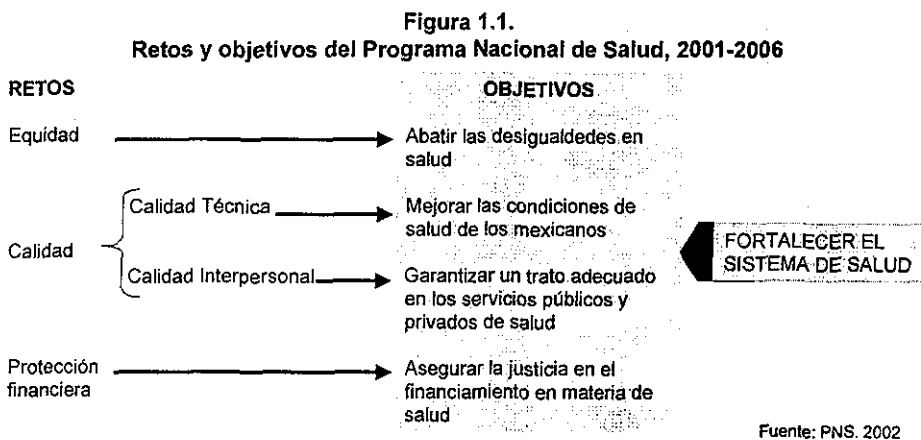
- En equidad, la mayoría de los países no están contribuyendo a la reducción de las disparidades injustificadas en la distribución de los recursos y servicios.
- En calidad, se ha avanzado poco en la mejora global del sistema y en el cumplimiento del objetivo de calidad de la atención y satisfacción de los usuarios.
- En eficiencia, se ha avanzado más en la productividad y el proceso de adquisición de insumos que en el reordenamiento de la asignación de los recursos.
- Sostenibilidad, se ha tratado de ceñir los gastos a los ingresos del sistema, pero muy poco se ha hecho para incrementar la generación de recursos financieros a mediano plazo. Esta situación se agrava con la gran dependencia del financiamiento externo y en la falta de previsión de mecanismos para sustituir este tipo de recursos.
- Participación social, se observa mayor receptividad de los gobiernos en los planes de reforma, pero todavía queda por ver si ello influirá en la reorientación del curso de las reformas

Las motivaciones que han impulsado las reformas se han centrado hasta ahora en algunos aspectos de gestión y en otros relacionados con la eficiencia económica. En concreto, la calidad de la atención y el modelo de atención han sido temas marginales en los debates sobre las reformas en la mayoría de los países. Las reformas tampoco presentan convergencia suficiente con los procesos de cambio de la seguridad social, situación que ha dificultado cubrir a los grupos sociales más desfavorecidos.

En este contexto, el actual Gobierno Mexicano reconoce a la calidad como uno de los grandes retos del sistema de salud, y señala que debe esforzarse por responder de manera adecuada a las expectativas del paciente (PNS. 2001). Asimismo, establece como parte de sus objetivos el "mejorar las condiciones de salud de los mexicanos", como dimensión técnica de la calidad, y "garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud", como dimensión interpersonal (Figura 1.1).

En este sentido, el programa de gobierno determina como una de las estrategias el "desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud", la cual incluye las líneas de acción siguientes:

- Definir códigos de ética para los profesionales de la salud.
- Definir y hacer explícitos los derechos de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de servicios médicos.
- Establecer un sistema de seguimiento y respuesta a quejas y sugerencias.
- Establecer sistemas de reconocimiento del buen desempeño.
- Desarrollar un sistema de información por productos hospitalarios y tarjetas de indicadores.
- Promover el uso de guías clínicas.
- Promover la certificación de profesionales y establecimientos de salud.
- Reforzar el arbitraje médico.



Con lo anterior, el Gobierno Mexicano ubica a la calidad como una importante política sanitaria y otorga un papel preponderante a la participación de los pacientes y usuarios de los servicios de salud, a través de un sistema de quejas y sugerencias y del fortalecimiento de la CONAMED².

Situación que compromete a incorporar al desarrollo del Sistema Nacional de Salud, con mayor ahínco, las necesidades y expectativas de los usuarios.

² CONAMED. Comisión Nacional de Arbitraje Médico

1.1.2. El concepto de calidad en salud

En la actualidad, es común recurrir al término de calidad. Tanto autores como lectores de la creciente literatura sobre el tema parecen satisfechos al apelar a la noción de calidad, que el consumismo moderno consagró como referencia para la producción como la adquisición de productos en el mercado. Pero a pesar de ser un término extendido en nuestra sociedad, el concepto de calidad continúa siendo algo vago como polémico. Situación que es aún más compleja cuando se trata de la calidad de los servicios de salud.

La mayor diferencia entre la calidad de los bienes de consumo cotidiano y la calidad de la prestación de servicios médicos es:

- La calidad en bienes de consumo llega a las manos del consumidor como un producto terminado con todos sus atributos y es el consumidor quien los interpretará según sus necesidades y percepciones.
- La calidad en salud no llega al paciente como un producto terminado, sino que se construye y su resultado depende de la compleja relación establecida entre el productor (médico-conocedor) y el consumidor (paciente-lego), en esa dinámica, ambos la interpretan de acuerdo a sus necesidades, preferencias y percepciones.

El concepto de calidad en salud, no es un tema fácil de abordar. Por ello, se recurre a revisar varias propuestas sobre el concepto para después tratar de llegar a un concepto aceptable. Una de las mayores referencias sobre calidad en salud es la propuesta por Donabedian, con los siete pilares de la calidad (Donabedian A. 1990). Postulados que se refieren a la:

- Eficacia. La capacidad del cuidado, asumiendo su forma más perfecta de contribuir a la mejoría de las condiciones de salud.
- Efectividad. En cuanto a que las mejorías posibles en las condiciones de salud son de hecho obtenidas.

- **Eficiencia.** La capacidad de obtener la mayor mejoría posible en las condiciones de salud al menor costo posible.
- **Optimización.** La más favorable relación entre costos y beneficios.
- **Aceptabilidad.** Conformidad con las preferencias del paciente en lo que concierne a la accesibilidad, relación médico-paciente, las comodidades, los efectos y el costo del cuidado prestado.
- **Legitimidad.** Conformidad con preferencias sociales con relación a todo lo anteriormente mencionado.
- **Equidad.** Igualdad en la distribución del cuidado y de sus efectos sobre la salud.

De acuerdo a lo anterior, varias instituciones han retomado esta forma de definir la calidad. Por ejemplo, la OMS³ considera a la calidad como un concepto clave para los servicios de salud y la define a través de cinco aspectos (Gilmore CM, Moraes H. 1996):

- Alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Mínimo de riesgos para el paciente.
- Alto grado de satisfacción por parte del paciente.
- Impacto final en la salud.

Estos propósitos están muy relacionados con el concepto de desempeño profesional postulado por la Comisión Conjunta de los Estados Unidos, que a su vez, lo consideran como un concepto más preciso que al de calidad (Gilmore CM, Moraes H. 1996). El concepto de desempeño lo construyen a través de los criterios siguientes:

- La eficacia para lograr el resultado deseado.
- La adecuación a las necesidades clínicas del paciente, dado el nivel actual de la ciencia y tecnología.
- La disponibilidad de la intervención para satisfacer las necesidades del paciente.
- La puntualidad, como el momento más beneficioso o necesario.

³ OMS. Organización Mundial de la Salud.

- La efectividad, determinada por la coordinación entre los médicos, servicios o instituciones, con el tiempo.
- La seguridad, al reducir los riesgos de una intervención y del entorno de la atención.
- La eficiencia, como la relación entre los resultados de la intervención y los recursos utilizados.
- El respeto y cuidado, entendidos como la participación del paciente en las decisiones terapéuticas.

Coincidentemente con lo anterior, el Comité sobre la Calidad de la Atención a la Salud en los Estados Unidos para el siglo XXI (Institute of Medicine. 2000), propuso que el sistema de salud deberá mostrar las dimensiones siguientes:

- Seguridad. Evitar lesiones a los pacientes.
- Efectividad. Proporcionar servicios basados en el conocimiento científico a quienes podrían beneficiar y frenar el otorgamiento de servicios no benéficos.
- Centrado en el paciente. Proporcionar atención respetuosa y sensible a las preferencias, necesidades y valores individuales de los pacientes, así como asegurar que esos valores guíen toda decisión clínica.
- Oportunidad. Reducir los tiempos de espera en la atención médica.
- Eficiencia. Evitar el desperdicio y dispendio, incluso en los gastos de equipo, suministros, ideas y energía.
- Equidad. Proporcionar atención de calidad, sin que esta varíe debido a las características personales como el género, raza, situación geográfica y nivel socio-económico.

De ellos, destaca la importancia de centrar en el paciente la provisión de los servicios, a fin de responder sus preferencias, necesidades y valores, y asegurando que los valores del paciente sean la guía de todas las decisiones clínicas. De tal manera, que los pacientes experimentarían un cuidado más seguro, más fiable, más sensible, más íntegro y más disponible. Tal sistema de salud sería mejor para los clínicos y el grupo de salud, quienes experimentarían la satisfacción de brindar una mejor atención al paciente y mejor coordinación que la actual. El otro aspecto importante es la equidad,

relativo a que la provisión de cuidados no debe variar de calidad ante las características étnicas, socio-económicas, de género de los pacientes.

La diferencia entre las ideas de "respeto y cuidado del paciente" y "la atención centrada en el paciente", es que la segunda va más allá de la mera libertad terapéutica del paciente, al considerarse la alineación de la libertad prescriptiva del médico con los aspectos subjetivos del paciente. En este sentido, es una convocatoria al médico para que vea en el paciente como una fuente de retroalimentación de la forma en que se prestan los servicios, que va más allá su mera dimensión humana. Asimismo, invita a visualizar a la relación terapéutica como un proceso social de negociación gradual. También, para el paciente implica nuevos roles y responsabilidades, quien deberá ser más vigilante, más participativo y más demandante para que el sistema de salud sea más congruente a sus necesidades y expectativas (Institute of Medicine. 2000).

Con estas ideas sobre la calidad, se puede afirmar, que para valorar la calidad en salud es necesaria la confluencia de las perspectivas del prestador, de los usuarios y de la sociedad en general, tal como lo propuso Donabedian. Aunque estos tres planos puedan coincidir o discrepar entre sí con relación a ciertos actos de salud concretos, debido al peso atribuido a cada atributo de la atención médica en el momento de la evaluación.

La mayoría de estos conceptos sobre calidad, tienen en común, que ésta no se limita a un solo aspecto, sino que incluye satisfacer o superar las expectativas de los pacientes, de manera congruente al conocimiento y tecnología médicas, y a los principios éticos y legales, a fin de aumentar la probabilidad de lograr los resultados deseados, reducir los indeseados y a un costo socialmente soportable. Es decir, el concepto de calidad contempla el cumplimiento cabal del deber de cuidado que tienen los médicos con sus pacientes.

Al respecto, la calidad no solamente depende de un diagnóstico preciso y de un procedimiento terapéutico impecable, sino también de que el médico logre un adecuado nivel de confianza y motivación en el paciente, para que éste, se adhiera al tratamiento

propuesto (Rodríguez G. 2000). Es decir, depende del equilibrio entre las capacidades y habilidades del médico para desarrollar el proceso técnico de la atención y la relación interpersonal con el paciente.

Ahora no sólo es importante prolongar la vida, sino mejorar la calidad de vida, reducir el dolor y la minusvalía, buscando reincorporar a los pacientes a su medio social, laboral y familiar, y lograr satisfacción durante el proceso de la atención médica (Ross A, Cevallos JL, Infante A. 2000).

1.2. Principios legales y éticos de la profesión médica

1.2.1. El derecho a la protección de la salud

El derecho a la salud tiene como antecedente internacional la constitución de la Organización Mundial de la Salud, en donde se establece que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social" (OMS. 1946). Así como en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, establece el derecho a la salud en su artículo 25º como: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios..." (ONU. 1948).

Es necesario aclarar que este pronunciamiento es una mezcla asistemática de derechos y aspectos específicos de ellos; los derechos son la salud, vivienda y vestido. La alimentación y la asistencia médica son aspectos de esos derechos, y "el derecho a un nivel de vida adecuado...", no es un derecho distinto a los mencionados, sino una fórmula para resumirlos y es correlativo al grado de desarrollo económico y social de un pueblo (Hervada J, Zumaquero J. 1978). En el contenido de la declaración referida, se señala que el derecho a la vida es fundamental y de él dependen los demás, por ello, está íntimamente relacionado con el derecho a la salud y a la integridad personal.

En México, con la reforma del artículo cuarto Constitucional se reconoció este derecho relativo a la salud, 1983, la cual consistió en la adición del párrafo tercero que dice a la letra: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución" (CPEUM. 1917). Con esta acción se puede decir que el Estado mexicano siguió la sentencia de Cicerón: "salus populi, suprema lex est", la salud del pueblo es ley suprema (Moctezuma G. 1991).

El Estado asumió un papel regulador con la expedición de la Ley General de Salud en 1984, que derogó el Código Sanitario. En la Ley se asume, que el derecho a la protección de la salud es fundamental para el desarrollo integral del ser humano y de la sociedad, señalando como finalidades el fomento en la población de actitudes racionales, responsables y solidarias que, basadas en el conocimiento de los efectos de la salud sobre la vida individual y social, coadyuven al mejoramiento de la calidad de vida (LGS. 1984).

La Ley establece funciones generales y específicas para garantizar el derecho a la protección de la salud, tales como:

- **Funciones generales:** Actuar como elemento moderador entre los intereses de la sociedad y los del individuo; ser el medio por el cual el gobierno adopta las medidas necesarias para responder al progreso de la ciencia y la tecnología; y garantizar la equidad en la prestación de servicios.
- **Funciones específicas:** Sancionar toda conducta perjudicial para la salud; ejecutar programas y servicios para fomentar la salud; regular la asignación de los recursos; sistematizar la participación de la sociedad; y vigilar la calidad de la atención, así mismo de los productos para uso y consumo humano.

Por ello, en el sistema sanitario mexicano se establecieron disposiciones encaminadas al ejercicio del derecho a la protección de la salud:

- A obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los prestadores (LGS. 1984: Art. 51).
- Orientación y asesoría a los usuarios que presenten quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud (LGS. 1984: Art. 54).
- La sociedad podrá participar en los sectores público, social y privado en acciones de promoción de conductas saludables; la prevención o tratamiento de problemas ambientales vinculados a la salud; la incorporación como voluntarios en la realización de tareas sencillas de atención médica o asistencia social; la notificación de personas que requieran de servicios de salud; la formulación de sugerencias para mejorar los servicios; la información ante autoridades sanitarias relativas a efectos secundarios y reacciones adversas por medicamentos y otros insumos, así como, de irregularidades o deficiencias que se adviertan en la prestación de servicios de salud (LGS. 1984: Art. 58).
- Se concede acción popular⁴ para denunciar ante las autoridades sanitarias todo hecho, acto u omisión que represente un riesgo provoque un daño a la salud de la población (LGS. 1984: Art. 60)
- Establece las reglas de acceso a los servicios de salud, con las modalidades de servicios: Públicos a la población en general, bajo criterios de universalidad y gratuidad según las condiciones socio-económicas del usuario; seguridad social, a personas que cotizan y sus beneficiarios de conformidad a las leyes institucionales; privados contratados directamente por el usuario o a través de seguros individuales o colectivos; y sociales, (LGS.1984: Art. 35, 36, 37, 38, 39)
- La obligación de todo profesional para proporcionar al usuario, o representante, información completa sobre el diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico del padecimiento (RPSAM, 1986: Art. 29).
- Que en caso de investigación debe prevalecer la protección de los derechos y el bienestar de las personas (RIS, 1986: Art. 13).
- Definición del consentimiento informado y características en objeto, sujeto, forma y tiempo para su obtención sin vicios ni presiones⁵ (RIS, 1986: Art. 14, 20, 21, 23;

LGS, 1984: Art. 100, 315, 316, 324; RPSAM, 1986: Art. 80, 81, 82, 83, 119; RDOTCSH, 1985: 24, 26, 27; y NOM. 1998).

Se puede decir, que estas disposiciones enfatizan la autonomía del paciente en los procesos de atención médica, planeación y organización de los servicios, mejoramiento y evaluación de la calidad de los servicios, así como en la denuncia, demanda o queja de irregularidades o desviaciones. Este último, podría ser entendido como un mecanismo de retroalimentación que permita ajustes del sistema nacional de salud.

No obstante, el ejercicio del derecho a la protección de la salud suele tener tres dimensiones de conflicto: Primero, las políticas y programas pueden poner en riesgo a ciertos derechos humanos como los de libertad, privacidad y de no discriminación; segundo, los problemas de responsabilidad profesional o institucional por impericia y negligencia constituyen una amenaza al derecho a la protección de la salud; y tercero, los derechos humanos deben jugar una papel fundamental en la definición de las bases para el acceso a los servicios, así como en la formulación de políticas sanitarias (Frenk J, Knaul F. 1995), para evitar afectación en los principios de justicia y equidad.

En este contexto, surgen los derechos del paciente, que tienen como antecedentes la Declaración de Filadelfia, 1774, donde se estableció "el derecho de las personas a la vida, a la libertad y a la propiedad"; en 1803 la *Ética Médica* de Thomas Percival, señala que el médico debe asegurarse de que el paciente y sus allegados tengan la información suficiente sobre el estado del enfermo, a fin de proteger los mejores intereses del mismo (Galán JC, 1997).

Después de la Segunda Guerra Mundial, se inició un gran movimiento a favor de los derechos fundamentales del hombre que, en el campo de la medicina tuvo dos grandes fuentes de contribución: La Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948); y el Código de Nuremberg (1947). Luego, la Declaración de Helsinki (1964,

⁴ La acción popular podrá ejercitarse por cualquier persona, bastando para darle curso el señalamiento de los datos que permitan localizar la causa del riesgo.

1975, 1983, y 1989), dan relevancia al sujeto humano como agente autónomo, libre y responsable para decidir participar en experimentos médicos (Fernández Varela H, Sotelo G. 2000).

Siguiendo este principio, en el seno de la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, se aprobó la Declaración sobre los Derechos del Paciente⁶ (AMM. 1981, 1995), la cual se plantea ante los cambios morales sufridos en la relación médico, paciente y sociedad, reconociendo que el médico debe actuar siempre según su conciencia y ciencia a favor del paciente, además de hacer esfuerzos para garantizar la justicia y autonomía del paciente, aun cuando la leyes, el gobierno o las instituciones de salud contravengan esos principios. Los derechos establecidos son:

- La asistencia médica de buena calidad.
- La libre elección.
- La autodeterminación.
- Los del paciente inconsciente.
- Los del paciente legalmente incompetente.
- Procedimientos en contra de la voluntad del paciente.
- La información.
- La confidencialidad.
- La educación de la salud.
- La dignidad.
- La asistencia religiosa.

En resumen, esta declaración hace énfasis en que el paciente debe recibir una atención médica de calidad, con pleno respeto de su dignidad e intimidad, recibir información suficiente y necesaria para basar sus decisiones terapéuticas, y que los datos sobre su persona serán tratados de manera confidencial.

⁵ El consentimiento informado tiene sus referencias en el Código Civil en el marco de la teoría del contrato (Art. 1794, 1795, 1903 y 1812. Código Civil. 1932).

⁶ Iniciativa que fue precedida por el Código Internacional de Ética Médica (Londres 1949, Sidney 1968); y la Declaración de Ginebra relativa al Juramento de Fidelidad Profesional del Médico (Ginebra 1948, Sidney 1968);

Posteriormente, en el marco de la Declaración sobre la Negligencia Médica (AMM. 1992), se propusieron actividades dirigidas para que el paciente reciba un tratamiento equitativo y justo, tales como:

- Campañas de información sobre los riesgos inherentes a ciertos tratamientos médicos y cirugía avanzada.
- Campañas de sensibilidad pública para mostrar los problemas en medicina y la prestación de atención médica, según la estricta necesidad del control de los costos.
- Información sobre el peligro del desarrollo de la medicina defensiva.
- Información sobre la posibilidad de accidentes durante un tratamiento médico, que son imprevisibles y no son responsabilidad del médico.
- Participar en la creación de leyes o procedimientos aplicables a las demandas por negligencia médica.
- Explorar procedimientos innovativos para tratar las demandas por negligencia médica, como acuerdos entre las partes, en lugar de un proceso judicial.

En este contexto, y de acuerdo a las disposiciones sanitarias mexicanas, la CONAMED con el consenso de las instituciones de salud, agrupaciones y asociaciones médicas, y el público en general, emitió la Carta de los Derechos del Paciente (CONAMED. 2001), con el decálogo siguiente:

- Atención médica adecuada.
- Atención médica de urgencia.
- Segunda opinión.
- Decidir libremente sobre su atención.
- Consentimiento válidamente informado.
- Información.
- Confidencialidad.
- Expediente clínico.
- Trato digno y respetuoso.
- Atención en inconformidad por la atención.

Por lo anterior, la práctica médica de calidad se logra dentro de los límites del derecho a la protección a la salud, y con pleno respeto de los derechos del paciente.

1.2.2. Los principios éticos del médico

La ética, se ha entendido tradicionalmente, como la disciplina que estudia o reflexiona sobre lo que es bueno o malo, correcto o incorrecto, desde un punto de vista moral (EH. 1993). Por ello la moral médica, puede entenderse como los valores, principios y reglas que guían la actuación del galeno.

Con el surgimiento de la bioética, término acuñado por el Dr. Potter en 1970 (Sgreccia E, 1996; Llano A, 1990), se ha enriquecido la ética médica con un enfoque predominantemente bio-ecológico, es decir, la ética no solo debe referirse al hombre sino extenderse al conjunto de la biósfera, en donde la bioética es el puente entre el saber científico y el saber humanístico para la supervivencia del ecosistema en su conjunto.

La bioética es entendida como "el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizando a la luz de los valores y principios morales (Reich W. 1982). Ante este nuevo enfoque de la bioética médica, es conveniente adecuar la "deontología", concepto que viene del griego *deontos*, los deberes. La deontología médica es pues el conjunto de normas morales que regulan la actuación profesional en la medicina y por lo tanto, solo la propia conciencia es su juez (Acosta CB, Roux I, 1980).

Hacia mediados del siglo XX, apareció una significativa revisión del Juramento de Hipócrates, cuando la recién constituida Asociación Médica Mundial, adoptó la Declaración de Ginebra, también conocida como el Juramento de Fidelidad del Médico (AMM. 1948 y 1968). El documento representa el intento de hacer aplicable el juramento original a las modernas condiciones de la práctica médica y a los distintos grupos culturales y religiosos en la comunidad mundial. Sin embargo, es un documento secular que no contiene referencias a dogmas religiosos, ya que su contenido lo hace

más aceptable a la pluralidad religiosa y moral, así también para evitar hacer de la religión una fuente de discordia profesional (Konold D, Veatch R. 1996).

De tal forma, que los principios de la ética médica han evolucionando del tradicional enfoque hipocrático y paternalista del médico, al reconocimiento de los derechos humanos y específicamente del paciente, así como el de justicia (Sgreccia E, 1996). Ya que hacia la primera mitad del siglo XX, los médicos dirigían su atención más hacia el tratamiento técnico de los pacientes y menos a las formalidades entre médicos o las relaciones con el paciente (Konold D, Veatch R. 1996).

Para 1949, se adoptó el primer Código Internacional de Ética Médica (AMM. 1949, 1968), el cual se conforma de tres partes:

- Los deberes de los médicos en general. En él se destaca que el médico debe dedicarse a proporcionar servicio competente, con plena independencia técnica y moral, y con compasión y respeto de la dignidad humana; mantener el nivel más alto de conducta profesional.
- Los deberes de los médicos hacia los pacientes. Señala que el médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana, dando a sus pacientes toda su ciencia y su lealtad, y cuando un procedimiento sobrepase su capacidad, deberá llamar a otro médico calificado; a mantener el secreto profesional aún después de la muerte del paciente; y la obligación de proporcionar atención en caso de urgencias como deber humanitario.
- Los deberes de los médicos entre sí. Resalta que el médico se debe comportar con sus colegas, como él desearía que ellos se comportasen con él; no atraer hacia sí los pacientes de otros; y se recomienda la observación de la Declaración de Ginebra.

La ética médica ha debido encontrar tanto respuestas propias a los progresos modernos de la medicina como a las nuevas expectativas de los hombres y a las relaciones sociales que han cambiado, debiendo tenerse presente al efecto la indispensable necesidad de contar con una adecuada fundamentación de dicha ética,

dado que el simple establecimiento de deberes no es ninguna fundamentación y de ningún modo garantiza su realización y cumplimiento (Engelhardt D. 1995).

Como un intento de fundamentar a la bioética médica, en 1974, se integró la *National Comisión for the Protection of Human Subjects of Biological and Behavioral Research*, que presentó el conocido *Informe Belmont*. La Comisión no ofreció fundamentación metaética o metafísica de sus principios, pero su aplicación se mostró operativamente para responder a los interrogantes éticos concretos. En el informe se establecieron los principios de "respeto por las personas", de "beneficencia" y de "justicia", derivándose de cada uno de ellos un procedimiento práctico: el consentimiento informado, la evaluación de riesgos y beneficios y la selección equitativa de los sujetos de experimentación (Blanco LG. 2000). Los principios se comprendieron como:

- **Autonomía.** La capacidad de actuar con conocimiento de causa y sin coacción externa. Las personas cuya autonomía está disminuida deben ser objeto de protección.
- **Beneficencia.** El no hacer daño y extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos.
- **Justicia.** La imparcialidad en la distribución de los riesgos y los beneficios.

Posteriormente, Beauchamp y Childress, en 1979, llevaron el enfoque principialista del referido informe, al ámbito de la medicina (Blanco LG. 2000), Retomando los principios del Informe Belmont, pero quedando en cuatro, entendidos como:

- **Beneficencia.** Procurar el bien del paciente en las intervenciones biomédicas, y más allá de la clínica, el de la sociedad toda.
- **No-maleficencia.** No dañar al paciente, respetando su integridad psicofísica.
- **Autonomía.** Prescribe que todo ser humano debe ser considerado y respetado como un agente moral autónomo, ordenando el respeto a la dignidad y a la autodeterminación de las personas, debiendo acatarse la decisión del paciente competente adecuadamente informado, cuya libertad no puede ser coartada;

también preceptúa la protección de todas aquellas personas cuya capacidad de autodeterminación no es completa o se encuentra restringida.

- Justicia. Prima la justicia distributiva en materia social, principalmente en cuanto a la asignación de recursos sanitarios y a la competencia entre los distintos reclamos que es necesario atender⁷, evitándose todo proceder discriminatorio. En la relación médico-paciente (de naturaleza jurídica prioritariamente contractual), prima la justicia conmutativa, con su impronta biomédica y bioética⁸.

Se trata de principios *prima facie*, esto es, que se obligan siempre y cuando no entren en conflicto entre sí (Atieza M. 1999); como suelen entrar en conflicto, por ejemplo, el de autonomía y el de beneficencia, cuando un paciente rechaza un tratamiento -máxime si no existen alternativas terapéuticas idóneas-. En tales casos, se puede optar por jerarquizar los principios a la luz de la situación concreta, pero ante la falta de reglas que den prioridad a un principio sobre otro, se recurre al consenso entre los actores involucrados en el caso, lo que constituye el objeto fundamental de los comités de ética institucionales.

Una atención médica de buena calidad comprende el cumplimiento de los principios y reglas de la ética y deontología médica.

1.2.3. La responsabilidad profesional del médico

En el derecho mexicano se establece que el profesionista está obligado a poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio de su cliente, así como al desempeño del trabajo convenido (LEP. 1945). Planteamiento congruente con las disposiciones sanitarias, al establecer que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y

⁷ V. gr. para proteger la igualdad de acceso a todos los servicios de salud y, en su caso, conceder la primacía en la adjudicación y utilización de determinados recursos.

⁸ V. gr. prestar al paciente el tratamiento convenido y en las condiciones acordadas, y no otro, salvo razones médicas justificadas que aconsejen variar el plan terapéutico establecido, como ser la posibilidad de tratar una alteración inesperada en el seno de otra intervención programada, que además de ser jurídicamente lícito -al igual que en caso de necesidad y/o urgencia o emergencia-, bioéticamente importa una excepción a la regla del consentimiento informado.

éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno por parte de los profesionales, técnicos y auxiliares (LGS. 1984: Art. 51). Este derecho para los pacientes es indiscutiblemente una obligación para el personal de salud, el cual hace énfasis en aspectos tan importantes de la práctica médica como la oportunidad y calidad de la atención, y a los aspectos morales de la profesión.

El profesional de la salud adquiere una obligación fundamental denominada "el deber de cuidado", que tiene un doble origen: Los principios éticos, y las exigencias científicas y técnicas inherentes a la profesión médica. En el primero, a pesar de que existen diferencias claras entre lo ético y lo jurídico, en el ámbito de la medicina se ha llegado a decir que el derecho tiene por finalidad el cumplimiento de aquellos deberes impuestos por la moral profesional.

Las exigencias científicas y técnicas se traducen en la denominada *lex artis*⁹, la cual exige determinados procedimientos, e implica la posibilidad de contar con ciertos medios necesarios para un tratamiento benéfico para el paciente. Una será la solución cuando el médico tenga a la mano esos medios adecuados y otra cuando carezca de ellos y no pueda obtenerlos oportunamente. En este último caso, hará cuanto su capacidad profesional le permita, pero no tendrá que responder de los efectos causados por la falta de aquellos. La falta de apego a la *lex artis* significa que el médico actuó sin apego a la buena práctica médica (mala práctica).

Sin embargo, sería inadmisibles que el profesional de la medicina incurra en indolencia y abandono al brindar el tratamiento que efectivamente corresponde, y pretenda quedar exento de responsabilidad.

⁹ Lex, legis; artis, ars: arte. En: Mateo, A. Compendio de etimologías grecolatinas del español. Ed. Esfinge, S.A. México. 1966. Es decir, "las reglas o procedimientos que el avance de las respectivas disciplinas profesionales o técnicas pone al alcance de sus practicantes para la atención de los casos en que éstos intervengan" (García Ramírez S. 1997). También, en el contexto de las disposiciones jurídicas figuran las Normas Oficiales Mexicanas: "Conjunto de reglas científicas o tecnológicas de carácter obligatorio, emitidas por la Secretaría de Salud, ... con el propósito de uniformar principios, criterios, políticas y estrategias". En: Ley General de Salud. 1984: Art. 14.

La responsabilidad profesional se legitima en el cumplimiento de las obligaciones de medios, seguridad y resultado. El profesional de la medicina está obligado a aplicar los medios diagnósticos y terapéuticos a su alcance de acuerdo a las normas aplicables y con la calidad deseada; a no someter a riesgos innecesarios al paciente; y en algunos casos, a obtener un resultado deseado y posible. Pero nadie está obligado a lo imposible.

Cabe aclarar que el tratadista Demogue introdujo la clasificación de obligaciones de medios y resultado, con base en el objeto de cada contrato (Guzmán F. 2000). Por ejemplo, si el objeto del contrato es brindar las medidas necesarias de cuidado al paciente, porque no depende de la voluntad y acción directa del deudor, sino que todo o parte está condicionada por el azar, se estaría frente a lo que los romanos llamaban la "emptio spei" (compra de esperanza), como ocurre cuando un paciente acude al médico con la esperanza de curarse. En cambio, si el objeto existe o se espera que exista, el deudor puede obligarse a un resultado determinado, como en algunos procedimientos dentales o de cirugía plástica.

El concepto de obligación, es desde luego, el que soporta la estructura jurídica de la responsabilidad del médico, por ello se impone proporcionar un concepto de la misma en sentido amplio y llevarlo a nuestro campo de interés. Una obligación es un vínculo por el que una persona llamada acreedor constriñe a otra llamada deudora a una conducta consistente en un dar, hacer (acción) o no hacer (omisión) en orden a la finalidad de la relación jurídica establecida. El médico frente al paciente puede tener tres tipos de obligaciones jurídicas (Achaval A. 1983):

- **Obligaciones de medios o de diligencia:** El médico se compromete a proporcionar atención médica¹⁰ como tal, sin más. Su intención es proporcionar un beneficio, el mayor posible a su paciente, pero ese beneficio no está garantizado, es incierto.

¹⁰ Este tipo de obligaciones genera confusión frecuente en los pacientes que a raíz de ellas pretenden exigir al médico beneficios concretos a los que aquel, por su parte nunca se comprometió. El beneficio que busca le lleva a la búsqueda de los medios adecuados para obtenerlo, pero el resultado no se presenta con carácter de necesidad.

- Obligaciones de resultados o determinadas: El médico promete al usuario resultados determinados como consecuencia del servicio que proporciona, v.gr. la cirugía de resultados. En este caso el médico solo escapará de responder, si los resultados que ofreció no se obtienen, porque medió caso fortuito o fuerza mayor.
- Obligaciones de seguridad o debidas al riesgo de las cosas que utiliza: Su objetivo es evitar un siniestro, por lo tanto se orientan a minimizar riesgos, dada la complejidad creciente de los elementos técnicos empleados, tiene que ver con el correcto funcionamiento y mantenimiento de los equipos utilizados, así como lo relativo a la conservación de la infraestructura y al control de calidad de los insumos para la salud.

En la mayoría de los casos la obligación que asume el médico es de medios, v.gr. el médico que es contratado para la atención de un paciente puede prometer cuidado y competencia, pero no salvarle la vida o curarlo por completo (Achaval A. 1983).

El desempeño de los profesionales de la salud, tanto en la prestación de los servicios como en la investigación científica, pone en acción un concepto jurídico: La responsabilidad por las consecuencias de la conducta propia y en ocasiones por la conducta ajena. Esto último, no es remoto en la medicina, debido a la participación de equipos de salud y a las instituciones de salud¹¹. De acuerdo a la naturaleza y a los efectos normativos, hay diversas formas de responsabilidad: La administrativa, civil y penal.

Para que exista responsabilidad, es preciso que la conducta del profesional sea indebida, que ocasione una consecuencia perjudicial y que entre esa conducta activa u omisiva y el resultado dañoso exista cierta relación: El nexo causal (Baudouin JL. 1991). Este es la parte externa del acto, pero también es necesario esclarecer la parte interna del mismo, tal como: ¿Cuál fue el contenido o la dirección de la conducta? Es decir, la imperiosa necesidad de precisar si el sujeto actuó con ánimo de causar daño o con

¹¹ "... los médicos, cirujanos y demás profesionistas similares y auxiliares... estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus ayudantes, enfermeros o practicantes, cuando

descuido que produce ciertas consecuencias que el autor no ha deseado. Cabe también que una persona cree condiciones de riesgo por las que deba responder objetivamente¹². Los dos primeros supuestos interesan al derecho penal, que se eleva sobre las nociones del dolo¹³, y de la culpa¹⁴, a la que anteriormente se denominó imprudencia¹⁵.

Se considera, que existe culpa cuando no se prevé el cuidado posible y adecuado para no producir, o en su caso evitar, la lesión del bien jurídico, previsible y provisible, se haya o no previsto (Islas O. 1982). Esta noción de culpa se basa en el supuesto de quien realiza cierta conducta está sujeto a determinado "deber de cuidado", para que su comportamiento alcance los resultados legítimos queridos y evite las consecuencias ilegítimas prohibidas. Se dice que "el deber de cuidado tiene por objeto evitar el resultado típico cuya posibilidad debía prever el autor" (Maurach R. 1962). En síntesis, la medida de las exigencias se definirá por la esfera concreta de deberes y por las *circunstancias de la situación respectiva*.

Sin embargo, el ejercicio de la medicina conlleva siempre una suerte de riesgos, y a medida que se han incorporado nuevas tecnologías, dichos riesgos se ven incrementados (Berro G. 2000). Esto implica que siempre existe un margen de error o fracaso aceptable, el cual sólo ha de ser admitido cuando se refiera a puntos oscuros y discutidos por la ciencia médica (Moctezuma G. 1995). Cuando se trate de un error

éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquellos". En: Código Penal para la Federación y el Distrito Federal, Artículo 228, Fracción II.

¹² El artículo 1913 del Código Civil ordena: "Cuando una persona hace uso de mecanismos, instrumentos, aparatos o sustancias peligrosas por sí mismos, por la velocidad que desarrollen, por su naturaleza explosiva o inflamable, por la energía de la corriente eléctrica que conduzcan o por otras causas análogas, está obligada a responder del daño que cause, aunque no obre ilícitamente, a no ser que demuestre que ese daño se produjo por culpa o negligencia inexcusable de la víctima".

¹³ Primer párrafo del artículo 9 del Código Penal: "Obra dolosamente el que, conociendo los elementos del tipo penal, o previendo como posible el resultado típico, quiere o acepta la realización del hecho descrito por la ley ..."

¹⁴ Segundo párrafo del artículo 9 del Código Penal: "Obre culposamente el que produce el resultado típico, que no previó siendo previsible o previó confiando en que no se produciría, en virtud de la violación de un deber de cuidado, que debía y podía observar según las circunstancias y condiciones personales".

¹⁵ En la reforma del Código Penal en 1983, se revisó el régimen de los delitos llamados intencionales (dolosos), y no intencionales (culposos); el anterior texto definía: "Se entiende por imprudencia toda imprevisión, negligencia, impericia, falta de reflexión o de cuidado que causa igual daño que un delito intencional".

inadmisible hablamos de culpa, que adquiere jurídicamente las formas siguientes (Guzmán F. 2000; Daza C. 1998; Riera LA. 1999; Código Civil. 1934: Art. 2615):

- Impericia. Vocablo del latín *imperitia*, que significa falta de experiencia. Culpa por insuficiencia de conocimientos que se presuponen en una persona que ha efectuado estudios en el ámbito de la medicina, además la falta de práctica a pesar de tener los conocimientos necesarios. Ejemplos son: No realizar un examen de laboratorio indispensable, no establecer un diagnóstico o hacerlo equivocadamente, no aplicar un tratamiento o indicar uno inadecuado, realizar una intervención quirúrgica innecesaria o no indicada o impracticable, llevar a cabo un acto quirúrgico adecuado pero de forma inoportuna, ejecutar una técnica quirúrgica deficiente.
- Negligencia. Palabra latín *neglectio* que significa olvido. Culpa facultativa pasiva o por omisión. Incumplimiento de un deber, en una falta de precaución, una omisión de atención, pereza volitiva. Ejemplos: Abandono de objetos quirúrgicos en cavidades, falta de exámenes clínicos o de laboratorio, abandono del paciente, falta de diagnóstico, falta de tratamiento médico o quirúrgico adecuado.
- Imprudencia. Palabra del latín *imprudens* que significa ignorancia o inconsideración. Culpa al no obrar con la precaución que la ciencia médica hace aconsejable para evitar el riesgo a que puede llevar el acto médico ejecutado sin mayor reflexión. Falta de precaución. Afrontamiento del riesgo, temeridad o ligereza. Ejemplos: Ensayar medicamentos o procedimientos peligrosos o insuficientemente experimentados, forzar dosis terapéuticas, ejecutar intervenciones graves con el objeto de atender lesiones insignificantes, o intervenciones sin el consentimiento informado.

Por ello, en una buena práctica médica está inmersa el cumplimiento de los deberes de cuidado que tiene el médico hacia sus pacientes. Es decir, el médico esta obligado fundamentalmente a aplicar los medios diagnóstico y terapéuticos a su alcance, a no someter al paciente a riesgos innecesarios, y a brindar un trato respetuoso y digno a los pacientes.

1.3. Estudios sobre la calidad de la atención médica

1.3.1. Métodos para evaluar la calidad

Hasta hace algunas décadas, se consideraba al estudio sistematizado de las historias clínicas, como uno de los métodos más prácticos y confiables para evaluar a la calidad de la atención médica. Uno de los problemas que planteaba este tipo de estudios, era que se enfocaba casi exclusivamente a la atención hospitalaria.

Posteriormente, se destacó la importancia de incluir los servicios ambulatorios, por considerar que "la conciencia que fomenta a los estudiantes y los médicos de que la atención detallada al evaluar y registrar los datos clínicos es parte de su responsabilidad como médicos" (Huntley R, et. al. 1961). En ambas aportaciones, se centraron en los aspectos técnicos de la atención y en el juicio de expertos médicos.

Otros métodos empleados para evaluar la calidad han sido los círculos de calidad (Ruelas E, et. al. 1990), los sistemas de monitoria (Vidal LM, Reyes H. 1993), los comités de mortalidad, y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios de los servicios de salud.

Durante la década pasada, se intensificó el interés por el estudio y prevención de los errores médicos en las habilidades, en los procesos de atención y en el conocimiento científico; en beneficio al paciente garantizando la mayor seguridad posible en el proceso terapéutico, y reduciendo los costos de la mala práctica en términos de daños, invalidez, o angustia (Moss F. 1995).

Se han hecho revisiones teóricas sobre la contribución del manejo del riesgo con las diferentes iniciativas para mejorar la calidad, como garantía de calidad, auditoría médica, mejoramiento continuo de la calidad (Moss F. 1995), sobre el conocimiento de los médicos sobre el error y su registro (Gálvez E, et. al. 1998), incluso sobre la percepción del riesgo y el error de parte del paciente y su consiguiente estimación de parte del experto (Treanor H. 2000).

En ese contexto se formó un Comité sobre la Calidad de la Atención a finales de los noventa, en los Estados Unidos, con el propósito de desarrollar el área de estudio del error médico (Institute of Medicine. 2000a).

1.3.2. Estudios internacionales sobre la calidad de la atención

Donabedian realizó una revisión de estudios empíricos sobre calidad, que organizó en tres grupos: El punto de vista de los pacientes, el punto de vista de los proveedores y la comparación de las opiniones de los pacientes y los proveedores (Donabedian A. 1984). De esta revisión se presentan algunos de ellos, por su importancia en el campo de la calidad y por el análisis atinado de ese mismo autor.

En los trabajos de Coser en 1956 y 1962, y de Shiloh en 1965, sus resultados mostraron preferencias distintas en dos grupos de pacientes, con definiciones individualizadas sobre lo que es calidad, que en la práctica redundaría en estilos diferentes de relación terapéutica. Por ejemplo, unos pacientes definían al médico en términos técnicos, mientras otras en términos de cordialidad e interés personal.

En un estudio clásico, se entrevistaron a 36 familias, por varios meses, que pertenecían a un grupo de atención de prepago de un hospital del Bronx, Nueva York (Friedson E. 1961). La conclusión de Friedson fue que la gente quería tanto el interés personal y la competencia del médico, y aunque ambos atributos siendo propiedades distintas, podían analizarse por separado, los pacientes insistían en que no podía existir una sin la otra. Según este estudio, el interés personal significa que el doctor:

- Trata al paciente como una persona con identidad y respeto
- Muestra empeño en sus problemas individuales
- Dedicar tiempo suficiente
- Tiene disposición a escuchar y explicar al paciente.
- Establece la relación médico-paciente con base de igualdad.

En relación con la competencia, el autor refiere que los pacientes suponen que todos los médicos poseen una competencia mínima y lo que les preocupa es el grado de competencia. La competencia fue vista por los pacientes desde distintas expectativas:

- Para algunos, los indicadores eran la minuciosidad de obtener la historia clínica o al hacer la exploración física.
- Para otros, según sus experiencias en enfermedades y de atención, apreciaban la presencia de preguntas, exámenes o procedimientos específicos;
- Para los conocedores de los procedimientos incluidos en sus planes de salud, consideraban el mayor número de pruebas clínicas y de laboratorio.

El autor indica que un buen doctor admitirá incertidumbre, pero también dará pasos para precisar el verdadero estado de las cosas mediante futuras observaciones, más pruebas y consultas con especialistas. El énfasis que se da al interés personal o a la competencia, es reflejo de su mayor vulnerabilidad ante cualquier situación dada.

Estos atributos de la buena práctica identificados por Friedson fueron abordados por varios estudios, pero su conclusión de que el interés personal y competencia son inseparables no ha mermado el interés en separarlas y encontrar sus diferencias para un cierto tipo de pacientes. Por ejemplo, en un estudio sobre la medicina general en Inglaterra y Gales (Cartwrith A. 1967), se mostró que:

- El 84% de los entrevistados apreciaban atributos sobre la personalidad del médico (relación interpersonal),.
- El 67% sobre la forma cómo se ocupaba del paciente (proceso técnico).
- El 14% ambos grupos de atributos.

Ello no significa que el aspecto técnico es de menor importancia para la gente, sino que la mayoría de las personas dan por hecho que la competencia técnica está generalmente presente. Asimismo, los entrevistados mostraron en 89% una satisfacción global por la atención y el 11% como insatisfechos.

En una encuesta realizada en Estados Unidos por la Robert Wood Johnson Foundation, en 1978, se informó lo siguiente:

- El 88% de los respondientes estaban satisfechos con la última consulta al doctor.
- El 87% estaban satisfechos con la calidad de la atención recibida.
- Paradójicamente, el 61% coincidían en que había una crisis en la atención a la salud en USA. Los motivos de insatisfacción fueron en 72% por los tiempos de espera y 60% por el costo del servicio.

En un trabajo de Sussman y colaboradores en 1961, llevado a cabo en un grupo de pacientes con enfermedad crónica y mayores de 65 años, aplicaron a sus datos la regresión múltiple produciendo dos grupos que describían al buen médico:

- El primero se refería al medio clínico, incluía evaluaciones sobre las salas de espera, los baños, el tiempo de espera.
- El segundo, se refería a los aspectos terapéuticos, comprendía evaluaciones sobre el médico, su interés personal, la asignación de pacientes por médico, la calidad de la atención y el equipamiento médico.

Tal parece que los aspectos técnicos o de competencia y de relación interpersonal se juntaron en un grupo, mientras que las amenidades en otro grupo. Los dos grupos se asociaron significativamente con la satisfacción total, pero el grupo que atañe a lo terapéutico tuvo una mayor asociación. En otro estudio, Ware y Zinder en 1975, ordenaron los resultados en cuatro grupos a través del análisis factorial. Pero al igual que el trabajo de Sussman, dieron como resultado que los aspectos técnicos e interpersonales se integraron en un mismo grupo.

Hallazgos similares fueron reportados por Hulka y colaboradores, quienes emplearon una clasificación en tres categorías: Cualidades personales del médico, competencia profesional, y costo y conveniencia (Hulka BS. 1971). Lo interesante de estos últimos estudios es que incluyen al costo como un importante elemento de acceso a los servicios.

También se han realizado trabajos acerca de cómo los pacientes y los médicos perciben la calidad, en uno de ellos los hallazgos se resumen en: Los pacientes y los médicos presentaron gran acuerdo de lo que significa una buena atención, y de que lo más importante para ambos es el alto nivel de competencia clínica; sin embargo, los pacientes dieron mayor importancia a la habilidad interpersonal y los médicos mayor importancia al trabajo entre colegas (Price PB, et. al. 1971). Este interés por el trabajo entre colegas, es explicable por el gran avance en la ciencia y tecnología de la medicina y por la proliferación de las subespecialidades médicas, que en esencia han propiciado una fragmentada atención al paciente, así como una compartida responsabilidad profesional del equipo de salud.

Otro estudio nos brinda información acerca de los diferentes puntos de vista sobre la calidad, realizado en un Hospital de Detroit (Smith DB, Metzner CA. 1970). Los cuestionarios se distribuyeron entre médicos, enfermeras y dos grupos de pacientes (hospitalizados y ambulatorios). El cuestionario tenía dos series de preguntas: La primera, conocimiento científico, interés personal y cooperación en el equipo médico; la segunda, habilidad técnica, comodidad del paciente y eficiencia en los servicios. En este estudio destaca el intento de que las dos tríadas fueran semejantes a las tres dimensiones de la calidad propuestas por Donabedian: El proceso técnico, la relación médico-paciente, y la efectividad organizacional del hospital. Los resultados se pueden resumir en lo siguiente (Figura 1.2):

- **Primera serie. *Por y para pacientes hospitalizados:*** Los médicos notoriamente dieron mayor puntuación al conocimiento científico, posiblemente por que la condición de un paciente hospitalizado lo exige; mientras los pacientes dieron mayor importancia al interés personal. *Por y para pacientes ambulatorios:* El interés personal fue el atributo más importante, dejando claramente en segunda posición al conocimiento científico; contrario a lo esperado los médicos y enfermeras ponían más énfasis al aspecto interpersonal que los pacientes.
- **Segunda Serie. *Por y para pacientes hospitalizados:*** Los médicos otorgaron mayor calificación a la habilidad técnica; mientras los tres respondientes dieron similar importancia a la eficiencia, dejando rezagado el interés por la comodidad del

paciente. *Por y para pacientes ambulatorios.* Muestra que los médicos y pacientes que están de acuerdo sobre la importancia de la habilidad técnica y la eficiencia; destacando entre las enfermeras el énfasis en la comodidad del paciente.

En resumen, los médicos dieron mayor importancia al conocimiento científico y a la habilidad técnica para los pacientes hospitalizados, mientras los pacientes al interés personal y a la eficiencia. Para los pacientes ambulatorios, los médicos destacan el interés personal y la eficiencia, por su parte los pacientes mostraron mayor importancia en la habilidad técnica y en el interés personal.

En otros estudios recientes, los autores propusieron la creación de un grupo multidisciplinario en la unidad de ancianos del Hospital General de Southampton y con la cooperación de la Universidad de Southampton. Este trabajo aprovechó la visión del paciente y la del profesional sobre la calidad, para luego incorporar esas percepciones a un círculo continuo de auditoría médica, y consecuentemente nutrir el proceso de planeación y la gerencia del servicio, permitiendo cambios en la práctica, y obteniendo mayor satisfacción entre sus usuarios y proveedores de servicios (Powell J, et. al. 1994). Esta combinación de recursos para la evaluación de la calidad, ya había sido referida por otros autores (Shaw PC, Costain D. 1989; Firth J, Venning P. 1991).

1.3.3. Estudios nacionales sobre la calidad de la atención médica

En México, a partir de los ochenta se han realizado varias encuestas sobre calidad y satisfacción por los servicios de salud. La primera Encuesta Nacional de Salud realizada en 1987, reportó a la atención inadecuada como la primera causa de insatisfacción, en segundo lugar a la lentitud del servicio, en tercero que no se alivió, y en cuarto al mal trato (Citado en: Infante C: 1998). La segunda Encuesta Nacional de Salud, levantada en cinco regiones del país, se entrevistaron a usuarios que acudieron a los servicios de atención médica en las dos últimas semanas previas a la encuesta (Ramírez T, et. al. 1998). Se obtuvieron los hallazgos siguientes:

- Percepción general de calidad de la atención (indicador principal). El 81.2% de los usuarios la percibió como buena y el 18.8% como mala; los motivos que definen la buena calidad están asociados al trato personal en 23.2%, a la mejoría en el estado de salud en 11.9%, y a la preparación técnica del personal 10.2%.
- Percepción de los cambios en el estado de salud (indicador complementario). En 20.7% de los usuarios manifestaron no haber sentido mejoría después de la consulta. De acuerdo a la institución de salud, este indicador fue del 13.4% de los que acudieron a la medicina privada, 20.6% a las de población abierta (SSA), y 27.1% en los de seguridad social.
- Motivos por los cuales el usuario no regresaría a solicitar atención en el mismo lugar (indicador complementario). Los usuarios de la seguridad social no regresarían por que los atendieron mal en 22%, y los hacen esperar mucho en 17%; los de población abierta por falta de medicamentos y material en 20.7% y que no les sirvieron los medicamentos en 19.5%; y en los de instituciones privadas por considerarlos caros en 33.8%, y 17.6% porque no estuvieron de acuerdo con el tratamiento recibido.

Con esos resultados, se aprecia una clara diferenciación entre los distintos escenarios de la atención. Los pacientes perciben deficiencias de las dimensiones interpersonal y administrativa en la seguridad social, claramente administrativas en las de población abierta, y de costos y competencia en la privada.

La Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud, 1994, se llevó a cabo con la finalidad de obtener un perfil de la opinión de la sociedad civil sobre los servicios de salud y de medir la satisfacción, utilización y acceso a los servicios de salud en México (Zurita B, Nigenda G, Ramírez T. 1996). En esta encuesta se estudio la percepción tanto de población enferma como sana, en lugar de sólo usuarios enfermos. Los resultados por cada uno de los tópicos de la encuesta fueron:

- La mayoría de los encuestados informa que gozan de buena salud (78%), el 13% auto-evalúa su salud como regular o pobre, y el 5% refiere una discapacidad.

- Cuatro encuestados de cada 10 cuentan con un médico que conoce su historia clínica y al que acuden en caso necesario; y solamente dos de cada 10 ha consultado a un médico especialista y el 5% fue hospitalizado en el último año. De los encuestados que acudieron a recibir atención médica: Cuatro de cada 10 consultaron a un médico en su consultorio particular, otros cuatro a consulta en instituciones de seguridad social y solamente dos a las de población abierta. En relación con la hospitalización, cinco de cada 10 encuestados ingresaron a la seguridad social, tres a hospitales privados y dos a las de población abierta. Las características de la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud utilizados en el último año, comparativamente con cifras de los EUA, los mexicanos utilizan menos de la mitad los servicios ambulatorios y de hospitalización.
- La percepción de los encuestados sobre la mayor calidad de los servicios de salud, es que el 44% asegura que son los servicios privados, 26% el IMSS, y 15% de la SSA. El 56% de los encuestados opinan que recibieron un adecuado trato personal, mientras el 38% que no. Seis de cada 10 encuestados opinaron que los servicios son excesivamente burocráticos. El 62% de los entrevistados opinan que el gobierno no gasta lo suficiente en salud. La opinión sobre sus preferencias entre seis posibles reformas del sector salud, fue: El 37% que toda la población cuente con seguridad social, el 33% acceso seguro a toda la población a servicios básicos de atención, el 15% que la población pueda pagar por la atención médica para su familia, el 5% sobre el control de costos, y otro 5%, la capacidad de seleccionar al médico o a la institución de su preferencia.

En la Fundación Mexicana para la Salud se ha realizado las Encuestas Nacionales de Satisfacción con los Servicios de Salud. En la primera, los encuestados respondieron que los servicios eran de mala calidad 44%, falta de recursos 30%, altos costos 9%; y en la segunda, refirieron 35% altos costos, 29% falta de recursos y 24% mala calidad (Funsalud. 1994, 2000).

Es notorio el cambio proporcional del aspecto de mala calidad y altos costos, tratándose de que en México la mayoría de los ciudadanos cuentan con algún tipo de seguridad social y otra parte importante accede a servicios por pago de cuotas de recuperación.

Quizá una explicación, de esta observación sobre los altos costos y falta de recursos, es que la población considere que se gasta más de lo que se recibe, o que la insatisfacción por los servicios predispone la duplicación de servicios por un mismo problema, y eso sea percibido como gastos adicionales (ineficiencia del sistema).

También se han realizado diagnósticos básicos de calidad en los servicios estatales de salud, en los que se ha detectado como principales problemas: Insuficiente abastecimiento de insumos, insuficiencia y obsolescencia de equipo médico, inobservancia de normas de programas, tanto en unidades médicas de consulta externa como hospitalarias. Uno de los hallazgos más sorprendentes es que sólo el 40% del personal está satisfecho por su entorno laboral (SSA. 1997, 1999).

La inclusión de esta información en encuestas de salud es en sí un beneficio, en especial porque abarcan una muestra de representación nacional, las prevalencias de demanda de servicios de salud y sus opiniones al respecto. Sin embargo, como analizan Locker y Dunt, "las evaluaciones globales son mediciones inadecuadas de la opinión de los consumidores ya que la mayoría de los estudios indican que el nivel de satisfacción expresada varía según los diferentes aspectos de la atención médica". En otras palabras, sus fallas tienen que ver con la insensibilidad de la medida global para identificar los tipos de problemas por tipo de servicio (Infante C. 1998), o por el tipo de problema a la salud.

El decir que cerca del 80% de la población está satisfecha con la atención no se tiene como una evaluación sino como una observación. Esto no tiene que ver con el hecho de que el estudio se realice bajo la perspectiva del usuario o consumidor, sino con el hecho de que, para evaluar es necesario tener un estándar de referencia, una definición de calidad a partir de la cual las observaciones de los usuarios se puedan comparar (Donabedian A. 1990a).

Un verdadero estudio de evaluación de la calidad de la atención de los consumidores necesitaría identificar y emplear criterios para los estándares definidos por los mismos consumidores (Infante C. 1998), y no sólo definidos por expertos.

En un estudio sobre las denuncias por responsabilidad médica (Carrillo LM. 1998), se revisaron 283 dictámenes médicos periciales emitidos por la Procuraduría General de la República, de los cuales se encontró que el 47.8% no existió falta médica, el 20.8% no se dictaminó por falta de elementos, y en 31.4% se dictaminó que existió algún tipo de falta médica (negligencia o impericia). El estudio no especifica el universo o tipo de muestra, sino que refiere que analizaron los 89 dictámenes concluyentes de falta médica.

El estudio presentó información sobre la edad y sexo del paciente, la consecuencia en el paciente, la institución de salud y rama médica involucrada, y la etapa de la atención donde se cometió la presunta falta médica, en cifras absolutas y relativas. Asimismo, refirió que la negligencia se dictaminó en el 78.6% de los casos y la impericia en el 21.4%.

Este estudio se centró en el análisis médico-legal de los casos en querrela, es decir, en la evaluación técnica. Sin embargo, se considera que las resoluciones de los dictámenes se presentaron en términos de deducciones de derecho, negligencia e impericia, situación que pudiera cuestionarse toda vez de que se trata de un documento técnico especializado (Gozairi OA. 2000). El aspecto más importante, es que estas deducciones globales encubrieron y evitaron el análisis de los atributos de la calidad deficientes por acción u omisión y relacionados con el daño o perjuicio al paciente, que fueron identificados por los peritos. Lo cual representa una oportunidad desaprovechada para el conocimiento de la calidad. Sin embargo, el estudio es un avance por rescatar a los dictámenes médicos como fuente de información sobre la calidad de la práctica médica.

En un estudio realizado sobre los problemas de calidad de la atención médica que reflejan las quejas de los usuarios de la CONAMED (Infante C, Abreu LF, Reyes I. 1999), se estimó una muestra de 3622 casos de las 7909 quejas recibidas entre junio de 1996 y mayo de 1998. El objeto del trabajo fue identificar y documentar los aspectos relevantes de la percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención médica. Se utilizaron como variables: El tipo de servicio de salud, que constituye el contexto de la

atención y determina el tipo de práctica médica; el motivo principal de la queja, originalmente desglosados de una lista de 101 causas, que posteriormente por consenso de expertos fue reducida a 9 motivos (impericia, incidentes, complicaciones, procedimientos innecesarios, insatisfacción de paciente, maltrato, problemas de comunicación, problemas de oportunidad, otros); la fase de la atención donde se ubica la queja (diagnóstico, tratamiento médico, tratamiento quirúrgico, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, relación médico-paciente, y otros). Dentro de sus resultados, se señala que los motivos principales de queja se refieren:

- En 30.9% impericia.
- En 24.7% se relaciona con problemas de oportunidad de la atención
- En 15.9% insatisfacción del paciente
- En 12.2% complicaciones de los tratamientos.
- En menores proporciones por incidentes, comunicación, maltrato, procedimientos innecesarios y otros motivos.

En relación con la fase de atención, el 67.2% de los usuarios ubican la queja en el tratamiento (mitad durante el tratamiento médico y la otra mitad en tratamiento quirúrgico), en 18.9% en el diagnóstico, 7.5% en otros (que no son especificados en el reporte), 4.1% en la relación médico-paciente, y 2.3% en auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

De acuerdo con el contexto en donde los pacientes recibieron la atención y los motivos de quejas, se identificaron distintos riesgos de motivos de queja:

- El 71.2% de las quejas correspondieron a instituciones de seguridad social, y predominaron los motivos relacionados con la impericia en 31.4% y con problemas de oportunidad de la atención en 30.4%.
- En 21.2% a instituciones privadas, con motivos de impericia en 31.7% e insatisfacción del paciente en 27.9%.

- En 7.6% a instituciones para población abierta, con mayor frecuencia por problemas de oportunidad de tiempo de 21.3% y por complicaciones en el tratamiento en 18.1%.

Este estudio, al igual que en los otros revisados clasifica los motivos principales de queja en tres grupos, pero con la siguiente proporción:

- En 51.9% los problemas técnicos
- En 20.8% los problemas interpersonales.
- En 27.3% los problemas de oportunidad de la atención.

Estos resultados, son similares con los obtenidos por Smith y Metzner en lo que respecta a los pacientes hospitalizados, los cuales dieron mayor énfasis al conocimiento científico sobre el interés personal.

De los estudios revisados, la calidad es definida en términos de los atributos deseables o indeseables de los médicos y su comportamiento durante el proceso de la atención médica. No incluyen la asociación de esos atributos con las consecuencias a la salud de los pacientes, y en algunos se considera implícitamente las características de los pacientes y la naturaleza de su problema de salud.

1.4. Mecanismos de atención de las quejas médicas

1.4.1. Vías gubernamentales para la atención de quejas médicas

En el contexto de las funciones sanitarias y en materia de quejas médicas, el Estado actúa como un moderador entre los prestadores de salud y los usuarios o derechohabientes; vigila la calidad de la atención médica; y en su caso, sanciona toda conducta perjudicial para la salud. Por ello, se han creado diversas instituciones judiciales y extrajudiciales para garantizar el goce pleno de los derechos humanos y específicamente el de la protección de la salud.

Los usuarios inconformes por los servicios médicos que recibían, pueden acudir a una serie de vías para manifestar su inconformidad:

- Sistema administrativo, a través de los Órganos Internos de Control de la Administración Pública, cuando se trate de conflictos entre el paciente y las instituciones públicas de salud, sustentado en la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos, tanto de seguridad social como para población abierta;
- Sistema civil y sistema penal como instancias judiciales, a través de denuncias y demandas sustentadas en la Ley de Profesiones, Código Civil y Código Penal, ante los tribunales ordinarios y ministerios públicos. A ellos pueden acudir los usuarios de cualquier régimen de servicios de atención a la salud (seguridad social, asistencial y privado), pero con los inconvenientes de que son procedimientos costosos, implican la contratación de abogados, suelen concluir de 3 a 5 años en promedio, la valoración del acto médico en cuestión puede carecer de un suficiente fundamento científico y ético, sus resoluciones no necesariamente influyen en evitar la repetición de los conflictos ni en la mejoría de la calidad de la atención, y en muchas ocasiones son generadores de mayor desconfianza y frustración de los quejosos;
- Derechos humanos, los usuarios también pueden interponer sus quejas en las Comisiones de Derechos Humanos. Aunque cabe aclarar, que en la mayoría de las ocasiones las faltas médicas no representaban un atentado al derecho relativo a la salud, y estas instancias no contaban con expertos médicos y jurídicos en valorar la calidad de la atención médica, además de que no son procedentes las quejas interpuestas a profesionales de la medicina privada (Fernández Varela H, Sotelo G. 2000-a).

1.4.2. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Con el objeto de satisfacer a la población con servicios de salud con altos estándares de calidad y la aplicación estricta de los principios de la bioética, que signifiquen el cabal cumplimiento del derecho a la protección de la salud, en el marco de la Reforma del Sector Salud se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), como un órgano desconcentrado que tiene como misión contribuir a tutelar el derecho a la

protección a la salud y a mejorar la calidad de los servicios médicos, a través de la resolución extrajudicial de los conflictos entre los usuarios y prestadores (CONAMED, 1996).

Con ese propósito, goza de plena autonomía técnica para recibir quejas, investigar las presuntas irregularidades o negativas en la prestación de servicios médicos y emitir sus opiniones técnicas, convenios y acuerdos, laudos y dictámenes. Su actuación se sustenta en los principios de imparcialidad, equidad y buena fe. En su Decreto de Creación se establecen como principales atribuciones a las siguientes:

- Brindar asesoría e información a los usuarios y prestadores de servicios médicos.
- Intervenir a través de la mediación y conciliación en la resolución de conflictos.
- Fungir como árbitro y pronunciar los laudos.
- Elaborar los dictámenes o peritajes médicos.
- Emitir opiniones técnicas.
- Intervenir de oficio en cualquier cuestión de interés general.
- Asesorar a los gobiernos estatales para la constitución de instituciones análogas.

Como se puede apreciar todas estas atribuciones no tienen el carácter de autoridad, sino de un cuerpo que interviene a petición de las partes o en su carácter de *Ombudsman*¹⁶. La CONAMED ofrece a la población diversas alternativas extrajudiciales para la resolución de conflictos que se susciten en la prestación de servicios médicos de los sectores público, social y privado.

En congruencia a sus atribuciones se propone un modelo de atención de quejas, para fines explicativos de este estudio (Figura 1.2). El usuario o quejoso de los servicios médicos ante la desconfianza, rechazo de atención, supuesta mala práctica y hasta el probable daño y perjuicio, tiene dos opciones para resolver su inconformidad: Acudir a

¹⁶ Ombudsman (voz sueca), que significa representante, delegado o mandatario. Esta figura surgió en la ley constitucional sueca de junio de 1809, como un funcionario designado por el parlamento con el objeto de vigilar la actividad de los tribunales, más tarde se extendió su acción a las autoridades administrativas. En: Padilla M (1972). La institución del comisionado parlamentario (ombudsman), Plus Ultra. Buenos Aires.

la CONAMED a presentar su queja o, acudir a instancias administrativas o judiciales para presentar su queja, demanda o denuncia: En esos casos, las instancias judiciales o administrativas sólo pueden ser peticionarias de dictámenes médicos a la CONAMED, o sea, los pacientes no pueden solicitarlos.

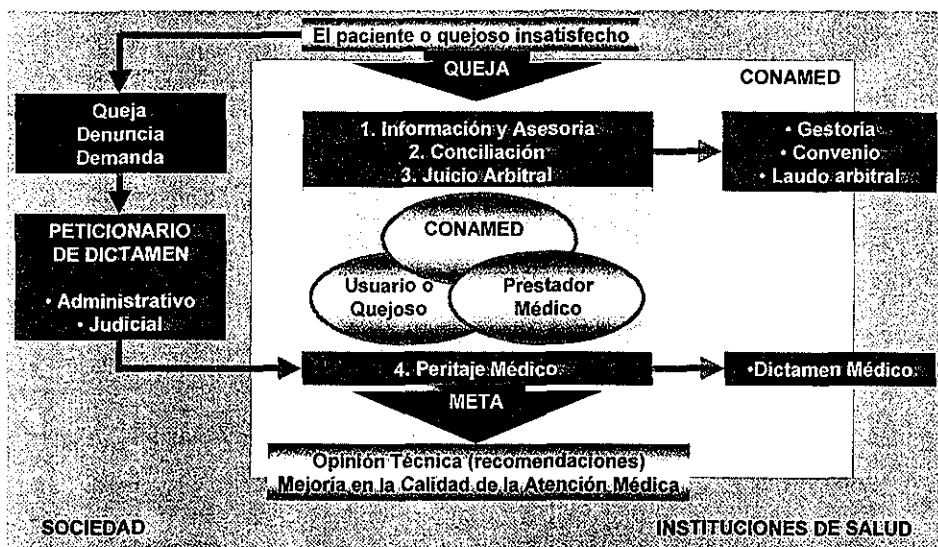
Los procesos que realiza la CONAMED son desarrollados por un médico y un abogado especializados y en ocasiones, como en los procesos de arbitraje y dictamen médico, cuentan con el apoyo de asesores externos (médicos especialistas en el caso concreto y propuestos por los consejos médicos). En la primera opción, que es la más común, la CONAMED ofrece procesos extrajudiciales de información y asesoría, de conciliación y de juicios arbitrales, que se describen enseguida:

- **Proceso de Información y Asesoría.** Los quejosos acuden personalmente o por medio de teléfono, Internet o correo; en este proceso los asuntos pueden ser resueltos en forma inmediata, o a través de gestiones de la CONAMED con los prestadores de servicio correspondientes. Los asuntos que no son resueltos en esta forma, son admitidos como quejas que inician su desahogo con la apertura de un expediente.
- **Proceso de Conciliación.** Se integra el expediente de queja y se analiza de manera puntual la documentación aportada por los quejosos, a la que se adiciona toda aquella información y pruebas que sean presentadas por los prestadores de servicios, con el propósito de contar con los elementos suficientes para valorar el cumplimiento de las obligaciones del profesional o de la institución. Se elabora una valoración integral que sirve, tanto para conducir con equidad el proceso de conciliación, y en los casos que existen deficiencias, se determina en que consisten éstas, a que se deben y como pueden ser evitadas. Se convoca a las audiencias de conciliación al quejoso y el prestador de servicios. Se propone el arreglo y se expresan los puntos de vista de las partes para encontrar un acuerdo justo, de conformidad al análisis de los hechos. Si se llega a la conciliación de la controversia en su aspecto civil, se firma el convenio correspondiente con la consiguiente solución del conflicto. En los casos en que no se acepta la conciliación se les propone el juicio arbitral o se dejan a salvo los derechos del paciente y del médico,

para que acudan a otra instancia a dirimir su conflicto. Adicionalmente cuando se detecta la probable comisión de un delito se da aviso a la representación social correspondiente.

- **Proceso Arbitral.** En primer lugar se formaliza la voluntad de las partes de acatar el laudo que resulte, lo cual queda establecido en el compromiso arbitral; después se desahoga el procedimiento jurídico correspondiente, que permita el análisis médico, jurídico y ético del asunto, que den sustento técnico y jurídico al laudo que se emita, documento que tiene el carácter de cosa juzgada. Durante esta etapa, las partes también pueden optar por la conciliación del conflicto a través de un convenio.

Figura 1.2.
Modelo de atención de quejas médicas. CONAMED



Basado en: Starfield B (1973); CONAMED (1996)

En la segunda opción, el usuario acude a las contralorías internas de las instituciones públicas de salud o a las agencias de la Procuraduría de Justicia, o a los juzgados ordinarios del Poder Judicial. En tales casos, estas instituciones son las que solicitan el peritaje médico:

- **Proceso de Peritaje Médico Especializado.** La CONAMED coadyuva en los procesos judiciales de las instancias de procuración e impartición de justicia y administrativas (peticionarios), pudiendo recurrir éstas a la CONAMED como un organismo facultado y altamente calificado para la elaboración de dictámenes médico periciales. En este proceso, se valora el acto médico de acuerdo al modo, tiempo y lugar del hecho concreto. El dictamen emitido contiene entre otros, el resumen del escrito de queja, demanda o denuncia del quejoso, las pruebas aportadas, el análisis del caso, la bibliografía consultada, los puntos de controversia y las conclusiones.

Cabe aclarar, que en el presente trabajo, estos instrumentos médico-legales son el interés de examen.

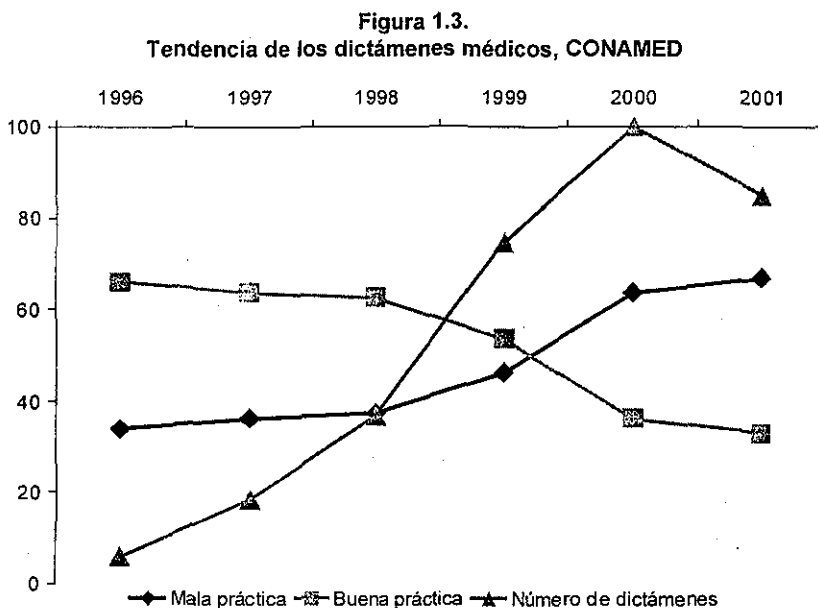
La CONAMED, basada en la casuística de las quejas o por intervención de oficio sobre cuestiones de interés general, emite recomendaciones en forma de Opinión Técnica. Por este medio se ha contribuido a la mejoría de la calidad de la atención, ya sea mediante la recomendación de medidas correctivas, la gestión ante las autoridades para la sanción, suspensión o cancelación de actividades, y la promoción en la actualización de instrumentos médico-jurídicos, como las normas y procedimientos médicos.

Durante el periodo de junio de 1996 a junio de 2000 (CONAMED, 2000; Fernández Varela H, Sotelo G. 2001a), se recibieron 18274 asuntos, de los cuales el 45.2% (8263) fueron atendidos a través de la información y asesoría, en 46.3% (8464) se admitió la queja y se canalizaron para conciliación, y el 8.5% (1547) correspondieron a solicitudes de dictamen médico-pericial. Adicionalmente se han emitido 132 opiniones técnicas.

En el caso de los dictámenes médicos (Figura 1.3), entre 1996 y 2001, se observan las tendencias siguientes:

- El número de dictámenes médicos se ha incrementado de 44 a 630 documentos emitidos por año, con un pico de 742 documentos en el 2000.

- La relación entre buena y mala práctica en las resoluciones se ha invertido al pasar de 2:1 a 1:2 casos con buena y mala práctica médica.
- Acorde al inciso anterior, la resolución de mala práctica se ha incrementado de 34.1% a 66.8% de los casos dictaminados.



Fuente: CONAMED, 2001.

Estas cifras sobre los dictámenes pueden sugerir varios supuestos: Que las instituciones peticionarias estén incrementando su confianza en la CONAMED como organismo especializado, y que los casos de queja, denuncia o demanda se sometan a una mejor depuración; o que, los quejosos estén adquiriendo una cultura litigiosa para la resolución de las querrelas. El supuesto menos probable sería que se están incrementando los actos de mala práctica. Sin embargo, cualquiera de estos supuestos es preocupación para el gremio médico y para la sociedad a la que sirven.

2. DELIMITACION DEL PROBLEMA DE ESTUDIO

2.1. Planteamiento del problema

Es preocupante en México como en casi todos los países del orbe, el incremento en las quejas y demandas médicas, así como el impacto social y económico que tienen los errores médicos, reportados en la literatura médica y difundidos en los medios masivos de comunicación. Los errores médicos pocas veces se deben a un factor humano aislado, sino que se asocian a un concurso de causas coincidentes y subyacentes (González F. 1999).

En este contexto, es necesario profundizar en el estudio sistemático e integral de las valoraciones que hacen los pacientes y los médicos sobre los atributos del proceso técnico, relación interpersonal y aspectos administrativos ante la presunta mala práctica médica. Así como en el grado de similitud y discrepancias entre las percepciones del médico y del paciente sobre la calidad de la atención médica, de la relación de esas *percepciones con el problema de salud y con las consecuencias o resultados del proceso terapéutico*, como un insumo indispensable para la modulación del sistema de salud. Seguramente, esto permita encontrar nuevos y distintos significados y explicaciones al problema de calidad de la atención médica, que contribuyan con mayor fuerza a su mejoramiento.

Al respecto, el actual gobierno mexicano tiene muy claro el gran reto sobre la calidad de la atención médica, que es una tarea difícil que requerirá de grandes esfuerzos de las autoridades sanitarias, de directivos de las instituciones de salud y educativas, de los prestadores de servicios y de la sociedad en su conjunto. El éxito de esta tarea necesitará, esencialmente, fomentar una verdadera cultura de la calidad, basada en la sistematización del estudio de la práctica médica desde la perspectiva del paciente y del médico, y de que esas preferencias, percepciones y valores sean debidamente incorporados en las políticas, programas y organización de los servicios, así como en la asignación de los recursos para la salud.

Afortunadamente, no todas las quejas sobre presunta mala práctica médica son resultado de la falta o del error médico, pero en una gran cantidad de ellas subyace una relación interpersonal deficiente y representan indicadores de insatisfacción de los pacientes. Estas quejas pueden aprovecharse para retroalimentar la planeación, organización y la toma de decisiones en la gerencia de los servicios de salud.

En nuestro país no contamos con cifras o estimaciones sobre la magnitud de este problema, pero podemos darnos una idea al revisar las cifras reportadas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico que recibe más de 4000 quejas en promedio al año y casi 350 solicitudes de dictámenes médicos (CONAMED. 2000). Mientras el IMSS recibe más de 86 mil quejas en promedio al año, que en su mayoría se refieren a aspectos administrativos, de las cuales el 88% se resolvieron inmediatamente en la propia unidad médica donde se generaron, y sólo el 12% su resolución fue emitida por el H. Consejo Técnico o por los H. Consejos Consultivos Regionales o Delegacionales (Diez de Bonilla. 1996),¹⁷

En contraste, en Estados Unidos se estima que diez de cada 1000 muertes al año fueron consecuentes del error médico (Institute of Medicine. 2000), es decir, el 1% de las defunciones. Esta cifra puede ser mayor al extrapolar los resultados de dos estudios americanos, según el estudio en Colorado y Utah se estima que el 1.9% de las defunciones al año pueden ser debidas al error médico, y puede ser aún mayor según el realizado en Nueva York con una estimación del 4.2% (Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et. al. 1991; Leape LL, Brennan TA, Laird NM, et. al. 1991).

En otras estimaciones, señalan que de los 40 millones de ingresos hospitalarios al año, 400 mil personas sufren algún daño por mala práctica (1%), pero sólo 15 mil de ellas entablan una demanda judicial (3.75% de los casos de mala práctica), las cuales representan una tercera parte de las 45000 demandas judiciales por presunta mala práctica (Aspinwall T. 1996).

¹⁷ Los índices de quejas por cada 100 mil servicios son: 86 por intervenciones quirúrgicas y partos, 80 por egresos hospitalarios, 56 por urgencias, 45 consultas por especialidad, 10-15 por estudios de rayos X, y una por estudios de laboratorio.

La falta de un conocimiento profundo y sistemático sobre los problemas de calidad de la práctica médica, limita la implementación de acciones proactivas para reducir su incidencia y prevalencia. Desgraciadamente los problemas de calidad no sólo generan insatisfacción y manifestación de quejas, sino que propician la desconfianza en el paciente y el descrédito de los médicos e instituciones de salud; además de los impactos negativos en la utilización y costo de los servicios (duplicación, sobre-demanda, dispendio y desperdicio de recursos, costos innecesarios). En consecuencia, se hace un clima proclive para la medicina defensiva, la cultura de litigio y mayor costo de la medicina. En este escenario ni el paciente ni el médico saldrán ganando, salvo los abogados y las compañías aseguradoras.

Paralelamente, se ha incrementado el interés por la evaluación de calidad de la práctica médica; los gremios profesionales, ante los avances de la ciencia y tecnología, someten a los médicos a un mayor escrutinio para certificar su ejercicio y medir su desempeño técnico; y los pacientes están más ávidos de exigir calidad en la atención y de exponer sus opiniones, en especial, cuando consideran que el médico actuó incorrectamente.

Sin embargo, el tema se ha abordado preferentemente desde la perspectiva técnica (médico-experto), y en menor frecuencia desde la perspectiva del usuario (paciente-lego). En estos últimos, se han incluido diversos y distintos atributos de la atención, que a juicio de cada uno denotan interés personal y competencia profesional del médico, asimismo del entorno organizacional de las instituciones y en algunos casos hasta de accesibilidad. Por ejemplo, para medir la competencia se incluyen atributos sobre las cualidades de un buen doctor, lo que definiría una buena práctica o una buena clínica, e incluso algunos más bien alusivos a un calificativo global de la conducta del médico como impericia o negligencia. Esta situación hace muy difícil cualquier tarea de evaluación comparativa y menos aun, de la monitoria sobre el problema.

También es claro, que la importancia relativa sobre los atributos de interés personal y competencia varía según el respondiente, ejemplificado por los resultados de Smith y Metzner. Al respecto, Donabedian refiere que el énfasis relativo depende de cuál de los dos atributos probablemente es más deficiente, y de qué deficiencia puede perjudicar

más al paciente, tomando en cuenta la naturaleza del problema (Donabedian A. 1984). Asimismo, si se considera que la gente supone un mínimo de competencia profesional (Friedson, E. 1961), es de esperar en esa dimensión una menor variación que en el caso del interés personal.

El hecho de que el médico anteponga el interés técnico y subestime el interpersonal (Donabedian A. 1992), sería explicable por la exigua formación médica en los campos de la ética médica y el derecho sanitario (López X. 1995), así como por la evidente falta de interacción y comunicación del médico con el paciente (Rodríguez G. 2000; Thomson B, Collins MJ, Hearn G. 1990), situaciones que conllevan a los accidentes y a la litigación consecuente (Vincent CA. 1990), por presunta mala práctica.

Los estudios revisados han buscado definir la calidad sólo en términos de los atributos deseables o indeseables de los médicos y de su comportamiento durante el proceso de la atención médica. Pero poco aportan sobre su relación con los resultados de la atención y con el tipo de problema de salud y su gravedad. Si se asume que la expectativa de resultados del paciente es la fuerza más poderosa que da forma y contexto a los atributos del proceso de atención, se reconoce que poco conocemos al respecto.

2.2. Justificación

El estudio sobre la evaluación de la calidad en la práctica médica desde las perspectivas del paciente y del médico, es acorde a las tendencias internacionales y nacionales sobre el tema calidad, ya que incluye las visiones de los principales actores del proceso de cuidado y curación de los problemas de salud.

Para ello, los dictámenes son una rica fuente de esas dos perspectivas, qué sin una sistematización o aprovechamiento de su contenido, poco aportan acerca de las relaciones entre los aspectos técnico, interpersonal y administrativo de la calidad de la atención médica.

El juicio pericial toma como "reina de pruebas" al expediente clínico, que en su mayoría no brinda un cuadro completo de las consideraciones que entran en la valoración médica de la calidad, es decir, es muy probable que se centre en el problema de salud, los aspectos técnicos de la atención y evolución del paciente, generalmente, con poca información acerca de la relación interpersonal o de la gestión administrativa; asimismo, es probable que la información clínica sea escasa o ambigua. Pero eso no es motivo de demérito por utilizar a los dictámenes como fuentes de estudio, al igual que se han apoyado muchos estudios epidemiológicos en los certificados de defunción.

La demanda del paciente es una fuente de información sobre los aspectos técnico, interpersonal y administrativo de la atención, así como de las consecuencias psicológicas y económicas al paciente (daños y perjuicios). Es decir, estos documentos representan la opinión del paciente con una visión integral de las dimensiones de la calidad pero con menos diferenciación de la importancia relativa de cada una, considerando importancia similar entre ellas (Donabedian A. 1984). Aunque en algunos estudios clásicos, han concluido que los pacientes quieren y esperan a la vez, una adecuada competencia técnica y buen trato del médico, no por ello, es menor el interés de medir por separado las dimensiones de la calidad. El predominio de atributos deficientes o de una dimensión de la calidad, orientará a prioridades y a alternativas de solución distintas.

La resolución de buena o mala práctica médica en los dictámenes, por sí sola, poco ayuda a la solución general del problema de calidad, a pesar de que contribuye a la solución de un caso concreto. Pero sí pueden tener una utilidad predictiva al estimar los riesgos de mala práctica por los atributos indeseables referidos por el paciente, o con los atributos más deficientes y sobre qué deficiencia perjudicó más al paciente, en consideración a la naturaleza del problema de salud (Donabedian A. 1984), en los aspectos de modo, tiempo y lugar de los casos concretos. También, tiene un valor predictivo el grado de incumplimiento de las obligaciones del profesional con relación al el objetivo de la atención del problema de salud, basado en la evaluación que realizan los médicos, abogados y asesores de la CONAMED.

Considerando que la medicina se ejerce corriendo riesgos, no es muy convincente la idea de valorar el acto médico sólo en términos de buena práctica y mala práctica, cuando en la realidad entre ellas pueden existir matices que al ser valorados podrían contribuir con mayor precisión a la prevención de la mala práctica y en la mejoría de la calidad de la atención. En ese sentido, es indispensable precisar una mayor diferenciación del tipo de práctica médica y en especial de la mala práctica, más allá del nexo causal que establece la diferencia entre un acto lícito y uno culposo o doloso, a fin de lograr una contribución expedita a la calidad de la atención.

2.3. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características de los pacientes referidos en los dictámenes médicos?
- ¿Cuáles son las características de las instituciones de salud involucradas en los dictámenes médicos (régimen, tipo de unidad médica, servicio, tipo de atención, rama médica y ubicación geográfica)?
- ¿Cuáles son los problemas de salud y las consecuencias al paciente referidas en los dictámenes médicos?
- ¿Cuáles son los atributos deficitarios de la calidad de la práctica médica, según la perspectiva de los pacientes y la perspectiva del médico-perito?
- ¿Cuál de las dimensiones de la calidad enfatiza más el paciente y el médico-perito (proceso técnico, relación interpersonal y administrativa)?
- ¿Existe relación entre los atributos deficitarios percibidos por el paciente y los percibidos por el médico-perito de la CONAMED? ¿Qué tan similares o discrepantes son?
- ¿Existe relación entre las características de los pacientes y la resolución médico-legal de mala práctica médica?
- ¿Existe relación entre las características de las instituciones de salud y la resolución médico-legal de mala práctica médica?
- ¿Existe relación entre el tipo de problema de salud y la resolución médico-legal de mala práctica médica?

- ¿Existe relación entre los atributos deficitarios percibidos por los pacientes y la resolución médico-legal de mala práctica médica?
- ¿Existe relación entre las consecuencias al paciente y la resolución médico-legal de mala práctica médica?
- ¿Es posible establecer categorías intermedias en la resolución médico-legal de mala práctica médica?
- ¿Es posible utilizar los atributos deficitarios de la calidad como factores predictivos de mala práctica?

3. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

3.1. Objetivos

3.1.1. Objetivos generales

- Coadyuvar en el estudio sistematizado de la calidad percibida (perspectiva del paciente) y la calidad técnica (perspectiva del médico-perito) en los dictámenes médicos de la CONAMED, a través de:
 - El diseño de un modelo para la evaluación de la calidad de la práctica médica.
 - La evaluación de la calidad de la práctica médica en los dictámenes médicos.

3.1.2. Objetivos Específicos

- Describir las características de los pacientes y quejosos, las características de las instituciones prestadoras de servicios médicos.
- Valorar la calidad de la práctica médica desde la perspectiva del paciente y del médico-perito.
- Determinar la similitud y discrepancia entre los atributos deficientes de la calidad percibidos por el paciente y por el médico-perito.
- Estimar la asociación estadística entre la resolución médico-legal de mala práctica y las características de los pacientes y de las instituciones de salud, el problema de salud, y las consecuencias al paciente.
- Describir las diferencias entre la mala práctica con y sin nexos causales.
- Estimar la asociación estadística entre la resolución médico-legal de mala práctica y los atributos deficientes de la calidad percibidos por el paciente y por el médico-perito.
- Determinar el valor predictivo de mala práctica médica con base en los atributos deficitarios de la calidad desde la perspectiva del paciente y del médico.

3.2. Diseño y tamaño muestral

3.2.1. Tipo de estudio

El diseño del estudio fue transversal, retrospectivo, observacional y bajo un nivel de análisis exploratorio. La investigación se basó en un enfoque combinado de metodología cualitativa y cuantitativa. El análisis cualitativo de los expedientes tiene como propósito construir un modelo conceptual al fenómeno de evaluación de la calidad de la práctica médica, desde la propia visión de los pacientes y/o sus familiares, a fin de identificar las variables, categorías y mecanismos involucrados en el proceso. La información se recabó mediante la técnica de análisis de contenido.

Por lo anterior, el estudio se basó en la revisión y análisis de los dictámenes en sus apartados de:

- Identificación del dictamen.
- Resumen de la queja, denuncia o demanda del paciente.
- Análisis del caso.
- Puntos de controversia.
- Conclusiones.

3.2.2. Población de estudio

El universo de la investigación constó de 630 dictámenes médicos emitidos en la CONAMED, durante el periodo de junio de 2000 a mayo de 2001, con una prevalencia de mala práctica de 66.8%. El listado de casos se obtuvo del SAQMED (sistema de atención de quejas médicas).

3.2.3. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Los criterios de inclusión de los dictámenes médicos fueron: Aquellos emitidos por primera ocasión para un caso concreto, durante el periodo determinando para el

estudio; los solicitados por las instancias de procuración e impartición de justicia y los órganos de control interno de la administración pública; los correspondientes a aquellas quejas, demandas o denuncias interpuestas por el paciente u otra persona (familiar o representante); aquellos cuya resolución haya sido tanto a favor del paciente porque se detectó irregularidad en la práctica médica, como a favor del prestador porque no se haya demostrado mala práctica.

Los criterios de exclusión de los dictámenes médicos fueron: Los solicitados por las Comisiones de Derechos Humanos, u otras diferentes a las descritas en los criterios de inclusión; las ampliaciones de dictamen, a fin de evitar la duplicación de casos.

Los criterios de eliminación de los dictámenes médicos fueron: Qué por alguna razón, no estuviera disponible el expediente del dictamen al momento de recabar los datos (que estuviera en revisión por una solicitud de ampliación); aquellos dictámenes no procedentes;

3.2.4. Tamaño de la muestra

La muestra fue de tipo proporcional y descriptiva, de acuerdo a la prevalencia de mala práctica médica contenida en la resolución de los dictámenes. El tamaño poblacional del estudio, previa aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se redujo de 630 a 566 casos, por la exclusión de 64 expedientes por tratarse de ampliaciones de dictamen. En los 566 casos, se observó una prevalencia de 66%¹⁸ para mala práctica médica.

El tamaño de la muestra se calculó utilizando el software EPI-INFO (versión 6.04), mediante los programas Stalcalc/muestras: Tamaño & poder/encuesta poblacional¹⁹. Con un nivel de confianza de 95%, una prevalencia de mala práctica de 66.0%, y con

¹⁸ Porcentaje estimado sobre la base de los 374 casos de mala práctica (resolución a favor del usuario), y los 192 casos de buena práctica (resolución a favor del prestador).

¹⁹ Fórmulas: Tamaño muestral = $n / (1 - (n/P))$; $n = Z * Z (P(1-P)) / D * D$.

un límite de 60.0% (peor resultado). Con ello, se obtuvo una muestra de 168 dictámenes.

Para el muestreo se aplicó el criterio aleatorio simple, con el software EPI-INFO (versión 6.04). De esta muestra se eliminó un caso por no estar disponible el expediente al momento de la recolección de datos (revisión por ampliación); no se consideró necesaria la sustitución por otro.

3.3. Recolección de datos

Para la recolección de los datos se diseñó una cédula de captura en el paquete epidemiológico EPI-INFO (versión 6.04), que permitió la generación de una base de datos. En la CONAMED, a pesar de contar con un sistema de información para los dictámenes médicos, no es posible su explotación específica de variables por consistir en la captura de textos por cada uno de los apartados que conforman al documento. Los apartados del instrumento de recolección de datos fueron los siguientes:

- Identificación del dictamen.
- Características del paciente.
- Características de la institución de salud.
- Problema de salud.
- Atributos deficientes de la calidad desde la perspectiva del paciente: Técnicos, interpersonales y administrativos.
- Consecuencias al paciente.
- Resolución médico-legal del dictamen: Buena y mala práctica, nexo causal.
- Atributos deficientes de la calidad desde la perspectiva del médico: Técnicos, interpersonales y administrativos.

3.4. Definición operacional de las variables

De acuerdo al modelo propuesto para evaluar la práctica médica, desde la perspectiva del paciente y la perspectiva del médico, se consideraron tres grupos variables del

estudio: La dependiente como resolución técnico-médica de la práctica médica; la independiente como la reconstrucción de la calidad de la atención; y la antecedente que incluye al paciente y la institución de salud.

3.4.1. Variable dependiente

La resolución técnico-médica del tipo de práctica médica, que fue determinada por el médico a través de los dictámenes y posteriormente, ajustada a la tipología propuesta, con las categorías siguientes: Buena práctica médica, mala práctica sin nexo causal y mala práctica con nexo causal.

3.4.2. Variable independiente

La calificación de la calidad de la práctica médica que incluyó cuatro grupos de variables: El tipo de problema de salud (enfermedad aguda, enfermedad crónica, accidentes y lesiones, y embarazo y parto); la valoración de la calidad desde la perspectiva del paciente; la valoración de la calidad desde la perspectiva del médico; y las consecuencias hacia el paciente (al estado de salud del paciente, económicas y duplicación de servicios).

Las relativas a las perspectivas del paciente y del médico, aunque cronológicamente, se presentaron en dos distintos momentos, para fines de comparación se ubicaron en uno mismo. Asimismo, los atributos de valoración se dividieron en tres grupos de variables o dimensiones de la calidad en salud: El proceso técnico, la relación interpersonal y los aspectos administrativos.

3.4.3. Variable antecedente

Se estructuró en dos grupos de variables: Las características de los pacientes (edad, sexo); y las características de la institución de salud involucrada (régimen, tipo de unidad, servicio médico, rama médica, tipo de atención, y nivel de bienestar de la entidad federativa).

3.5. Plan de análisis de los resultados

Para el análisis se convirtieron los archivos en una tabla tipo DBF, para analizar la información en el paquete estadístico SPSS (versión 10.0). La fase de análisis permitió agrupar, clasificar y resumir los datos. Los métodos utilizados para conocer las tendencias centrales de los datos, varianzas, diferencias y relaciones entre las variables, se describen enseguida.

3.5.1. Transformación de variables

Implicó la creación de variables adicionales a partir de las originales. Se utilizarán los siguientes métodos.

- **Recodificación:** En esta operación se cambiaron las etiquetas de las categorías. Se utilizó para disminuir el número de categorías de una variable.
- **Conteo:** Se consideran los puntajes originales de una variable.

3.5.2. Análisis univariado

Implicó evaluar la distribución de cada variable en forma individual mediante el cálculo de su distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión. Permitió conocer la composición de la muestra con respecto a las variables centrales de la investigación.

3.5.3. Análisis bivariado

Permitió el estudio de las relaciones entre pares de variables. Las técnicas se seleccionaron dependiendo del nivel de medición que las caracteriza: nominales, ordinales o de intervalo. La variable dependiente central del proyecto "práctica médica" se midió con dos niveles diferentes:

- Tipo de práctica médica, buena práctica y mala práctica.

- Existencia de mala práctica (malprac). Nivel de medición: Nominal binario, valores (1=SI y 2=NO).

También, las variables importantes del estudio se convirtieron en variables binarias, tales como: atributos deficientes, consecuencias al paciente, problema de salud, edad y sexo, servicio médico y tipo de atención médica.

Las principales variables se estimaron las prevalencias de los casos expuestos y no expuestos a los factores determinados. Con el objeto de determinar si esas prevalencias eran diferentes entre los casos expuestos y no expuestos, se aplicó la prueba de Chi² (X^2), previa agrupación de los pares de variables binarias en tablas de contingencia de 2X2, con un nivel de significancia igual o menor a 0.05.

Se estimó la asociación entre la variable principal (mala práctica) y las otras variables del estudio utilizando los "odds ratio" (OR), con un intervalo de confianza del 95%. En este caso, se utilizaron los criterios recomendados para tal efecto, si el intervalo de confianza: Contiene uno, no existe una diferencia significativa; cercano a uno, no existe asociación; y los límites no contienen uno, es significativamente diferente.

3.5.4. Análisis multivariable

Comprendió el estudio de las relaciones entre pares de variables controlando por terceras (estratificación). Esto permitió el refinamiento de las relaciones, así como descartar a las posibles relaciones confusoras. Con base en las variables que estén estadísticamente asociadas y del tipo de distribución que adopte la variable dependiente (tipo de práctica médica), se probaron modelos de regresión logística para conocer las variables que predicen este fenómeno.

3.6. Implicaciones éticas

Los dictámenes médicos no son documentos públicos, sino se trata de archivos reservados y para consulta de la autoridad peticionaria, por constituir pruebas en

valoraciones administrativas o en juicios civiles o penales, fue necesario guardar el secreto sobre las personas participantes en el conflicto, además como se presentan los resultados en proporciones no será posible identificar algún caso concreto.

No se omitió señalar el régimen de la institución de salud (seguridad social, población abierta o privada), ya que el señalamiento de los problemas detectados por cada una, representan un acto de gestión social, permitido por la Ley (LGS. 1984).

4. MODELO CONCEPTUAL PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA PRACTICA MEDICA

4.1. Características generales del modelo conceptual

Algunos factores de la atención médica son condicionantes de la calidad de los servicios médicos, tales como: la organización y disponibilidad de los recursos y servicios de salud; la pericia, diligencia y conducta ética de los médicos; las expectativas, preferencias y el papel que asumen los pacientes ante un determinado problema de salud.

La idea de esta propuesta es la necesidad de contar con un modelo para la evaluación sistematizada de la práctica médica, que utilice fuentes alternativas de información existentes como los peritajes médicos, los cuales contienen información del usuario (escrito de queja o demanda), el análisis del caso clínico y las conclusiones de un acto médico en querrela (opinión de pares). Es decir, esta fuente combina la visión del usuario y la visión médica sobre la valoración de calidad de un acto concreto. El análisis de esta información puede contribuir, de forma más precisa, en la mejora de calidad de la práctica médica.

El modelo conceptual fue sustentado en atributos de calidad indeseables para los pacientes, que luego son valorados a través de un juicio de pares (perito-médico). El diseño del modelo se fundamentó en la obra de Donabedian, según las premisas siguientes:

- La evaluación de la calidad que hace el paciente, expresada como satisfacción o insatisfacción, puede ser muy detallada: Incluir atributos de las tres dimensiones de la calidad (técnica, interpersonal y amenidades de los servicios médicos), así como el resultado de la atención o las consecuencias físicas, psicológicas o sociales del cuidado médico (Donabedian A. 1984; Donabedian A. 1980; Donabedian A. 1988).

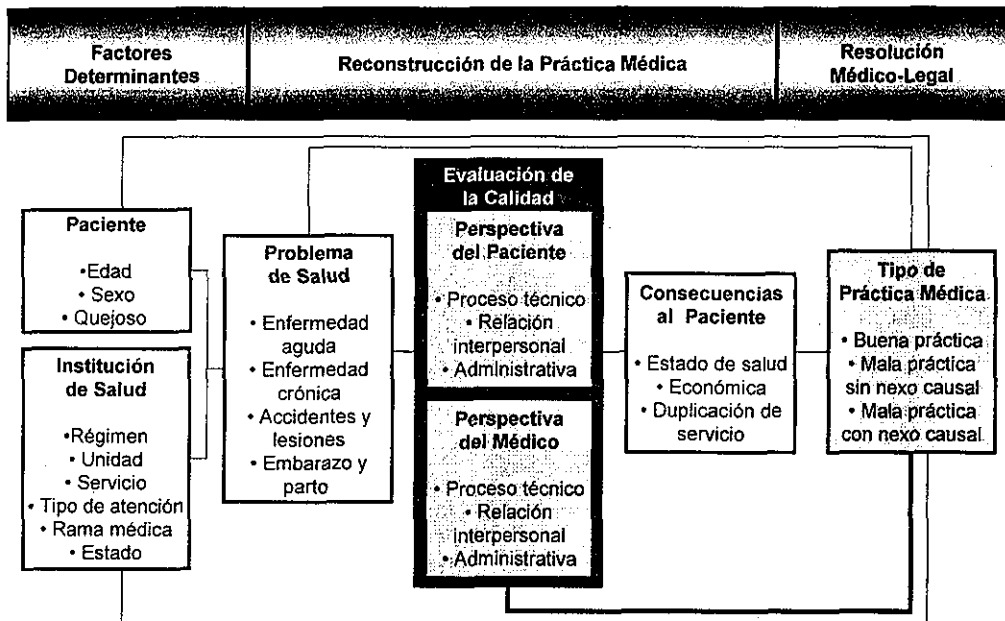
- La importancia relativa que se da a los diversos atributos de calidad varía no sólo de acuerdo con el papel del respondiente, sino también según la gravedad y exigencia técnicas de la enfermedad del paciente (Donabedian A. 1984), y con el tipo de servicio médico, hospitalario o ambulatorio, donde se brinda la atención (Smith DB, Metzner CA. 1970).
- El juicio de calidad toma en cuenta los deseos, expectativas, valoraciones y medios del paciente, la definición individualizada de los pacientes puede diferir entre uno y otro. (Donabedian A. 1984).
- Los médicos tienden a evaluar la calidad no en términos generales (como los pacientes), sino reconstruyen en detalle las actividades clínicas de la atención al paciente y se enfocan casi exclusivamente el manejo técnico (Donabedian A. 1984). Es decir, los médicos tienden a visualizar la calidad en términos de acciones que contribuyen a los objetivos deseados (Sanazaro PJ, Williamson JW. 1968).
- En las opiniones sobre calidad de los pacientes y de los médicos pueden existir similitudes y discrepancias (Donabedian A. 1984).
- La expectativa de resultados deseables es la fuerza más poderosa que da forma a la elección de los atributos deseables de los médicos (Donabedian A. 1984).

Con base a estas premisas obtenidas de la revisión bibliográfica sobre el tema, se diseñó el modelo conceptual para la evaluación de la calidad de la práctica médica, desde las perspectivas del paciente y del médico-perito (Figura 4.1). En el que destacan como ideas claves del modelo las siguientes:

- La buena o mala práctica médica es un constructo técnico-social.
- El concepto de enfermedad esta ligado a la edad y sexo del paciente, y determinado por factores sociales, culturales y creencias personales.
- El tipo de servicio médico esta vinculado con el contexto de la atención y su accesibilidad.
- El paciente refiere atributos poco diferenciados pero con una visión integral, cómo lo cuidaron, sí lo curaron y en que condiciones se dio la atención.

- El médico refiere atributos más diferenciados que el paciente, pero más enfocado al grado de cumplimiento técnico de las obligaciones, según el objetivo determinado por el tipo de problema de salud.
- En el grado de expectativa terapéutica del paciente (exigencia técnica) subyace el tipo y la gravedad del problema de salud.
- El paciente confronta sus expectativas terapéuticas con sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales de la atención médica.

Figura 4.1.
Modelo conceptual para la evaluación de la calidad de la práctica médica:
Perspectiva del paciente y perspectiva del médico



Sotelo G. 2002

4.2. Resolución médico-legal de la práctica médica

La resolución médico-legal es el resultado de la valoración del caso clínico en litigio por parte de los peritos médicos de la CONAMED. La resolución tiene como propósito brindar elementos para determinar si el médico actuó o no acorde a los principios científicos y bioéticos que guían la práctica médica, según las circunstancias de modo,

tiempo y lugar del caso, a fin de apoyar la toma de decisiones del juzgador o peticionario del dictamen. Dicha resolución está contenida al final de los dictámenes médicos.

Este resultado describe el grado de cumplimiento de las obligaciones del médico o en su caso, de la institución de salud; generalmente, se establece en términos de si la práctica médica fue buena o mala; además en los casos de mala práctica, si es posible establecer el nexo causal entre la acción médica y el daño o perjuicio reclamado por el paciente. De acuerdo a ello, el resultado supone tres categorías: Que el médico actuó bien; que el médico actuó mal pero sin causar un daño o perjuicio; y que la actuación del médico fue mala además de establecer el nexo causal entre la acción médica y el daño o perjuicio.

Esta clasificación no distingue en la categoría de mala práctica sin nexo causal, si la mala práctica fue debida, esencialmente, a aspectos técnicos de la atención o a aquellos de la relación interpersonal. Por ejemplo, el médico puede probar que su actuación fue intachable según la ciencia y tecnología médicas, pero descuidó los atributos de la relación terapéutica (no proporcionó información clínica, maltrató al paciente, no obtuvo debidamente el consentimiento informado); por el contrario, el médico fue muy atento con el paciente pero realizó un procedimiento sin la pericia o diligencia suficientes. En ambos casos, el médico actuó incorrectamente a pesar de no haber tenido consecuencias negativas en el paciente, pero el conocimiento de los elementos técnicos o interpersonales que configuraron la insatisfacción en el paciente y de aquellos detectados por el perito, llevaría a tomar distintas medidas preventivas y/o correctivas a fin de mejorar la calidad de la atención.

Se estableció una tipología que incluya tres categorías de la práctica médica, con el propósito de no caer con el ánimo de Ludwig Wittgenstein en su "tractatus logicus-philosophicus", de que lo que no puede expresarse bien, no debe ser dicho. Fue necesario esclarecer los términos empleados para la tipología de práctica médica propuesta en este modelo.

A la revisión de la literatura sobre el tema, se observó el uso indistinto de términos como yatropatogenia o enfermedad yatrogenica, mala práctica, negligencia, impericia, riesgo o error médico, que pueden crear confusión y no todos son sinónimos (Cerecedo V. 1997; Fonendo. 2000). Es menester aclarar, que no se pretendió hacer una disertación conceptual profunda, sino se revisaron las definiciones más convincentes y convenientes para este estudio, a fin de evitar la confusión al momento de hacer referencia a ellos.

4.2.1. Concepto de buena práctica médica

Para el estudio, el concepto de la buena práctica médica se estableció, a partir del término más antiguo: *Yatrogenia*²⁰. La idea de la yatrogenia clínica fue introducida por Plinio Segundo (Illich I. 1975); según la Real Academia, 1974, el termino es definido como "toda alteración en el estado del paciente producida por el médico". Durante el VIII Congreso Internacional de Medicina Interna, 1964, se manifestó que yatrogenia era "todo lo que por acción de presencia, palabra, por sus prescripciones o por los recursos farmacológicos, físicos o quirúrgicos, provocaba involuntariamente el médico" (Mazzei. 1970). Otro autor, trató con mayor precisión el término al referirlo como "un daño producido por una palabra, procedimiento médico o quirúrgico, pero que el médico administra con una indicación correcta, con un criterio justo; sin embargo, produce molestias o enfermedad secundaria, de lo cual el médico tiene conciencia y advierte al paciente y a su familia, que pueden escoger el procedimiento propuesto con todas sus ventajas o riesgos" (Cerecedo CV, 1997).

Lo interesante de estas ideas sobre yatrogenia es que no sólo consideran como daño a los anatómicos y funcionales, sino que la yatrogenia puede producir daños psicológicos en el paciente. De ahí que, éste concepto comprende tanto el proceso técnico de la atención como la relación interpersonal, que se establece entre el médico y su paciente. También es interesante lo señalado de que una intervención médica invasiva o no, puede producir una reacción psicológica, biológica e incluso social en el paciente, y ser

considerada como buena práctica médica incluso cuando un médico aplica un tratamiento que tiene el propósito de curar a sabiendas de ocasionar un daño secundario esperado. Un buen ejemplo, es el uso de las radiaciones o la quimioterapia en el tratamiento de ciertos tumores. Siguiendo estas ideas, es distintivo de la buena práctica que el médico proponga indicaciones correctas y advierta al paciente sobre los posibles riesgos y beneficios, a fin de que éste tome la decisión adecuada.

Todo acto médico esencialmente es iatrogénico, más no persigue el propósito de hacer daño al paciente, y el grado de calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre los beneficios y riesgos (Donabedian A. 1984), en congruencia con la ciencia, tecnología y costumbre médica, así como a los principios de la ética médica. Es decir, el beneficio debe ser superior al riesgo, el beneficio se debe alcanzar al menor riesgo posible, y no se debe someter al paciente a riesgos innecesarios.

La yatrogenia está inmersa en la buena práctica médica, aunque ello implique la presencia de riesgos que se manifiestan como la probabilidad de fracaso de una intervención médica. Por ejemplo, en el tratamiento trombolítico se estima la disolución del coágulo en el 60-90% y la normalización del flujo coronario en 30-60% de las arterias causantes del infarto al cabo de 90 minutos de su aplicación, las probabilidades de fracaso pueden estimarse en 10-40% y 40-70% respectivamente; aun con una adecuada dosificación y vigilancia del paciente existe el riesgo de hemorragia intracraneana en 0.7%, misma que puede duplicarse en caso de un paciente mayor de 65 años de edad (Carey C. 2000). Es decir, en éstos el daño es resultado del riesgo explícito o implícito en el propio acto médico, y no como consecuencia de una acción u omisión errónea del médico, ni del descuido del paciente.

La buena práctica médica se definió como el cuidado médico ante un problema de salud, sustentada en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas y en los valores de la ética médica y expectativas de los pacientes, de acuerdo a las circunstancias y

²⁰ Yatrogenia de las raíces griegas yatos y gennao, que significan la génesis de la curación, y la raíz

disponibilidad de medios terapéuticos y administrativos. Luego entonces, la buena práctica médica se sustenta en el equilibrio entre los aspectos técnicos, interpersonales y administrativos.

Esta definición no fue interpretada como una buena práctica ideal²¹, sino como la buena práctica real que correspondería al ajuste de la ideal (normas, estándares, pautas), y a las circunstancias de modo, tiempo y lugar del caso concreto.

La buena práctica médica conlleva a la yatrogenia, siempre y cuando esté sea resultado de los riesgos y no del error médico.

4.2.2. Concepto de mala práctica médica

En la década de los sesenta se acuñó otro término importante, la "enfermedad iatrogénica", también referido como yatropatogenia o daño iatrogénico. El daño iatrogénico, puede entenderse como "el efecto indeseable que puede evitarse si el médico es más cuidadoso y prudente y tiene mejores conocimientos" (Harrison TR. 1962). También como "cualquier reacción adversa que ocurre en el paciente, como resultado del tratamiento por un médico" (Dorland's Medical Dictionary: 1988).

Según Bonnet, clasificó a la enfermedad iatrogénica (Bonnet E. 1984), considerando su vínculo con la existencia de responsabilidad profesional, en siete categorías:

- Dolosa. En donde la responsabilidad del médico es plena y por tratarse de un acto expresamente prohibido y sancionado por la ley.
- Culposa. Cuando no se comete un acto con la intención criminal, pero el médico actuó con negligencia, impericia e imprudencia, determinándose responsabilidad del médico.

yatría significa la parte de la medicina que estudia la curación.

²¹ Práctica médica ideal es la pauta o estándar definida por los expertos, que representa la referencia del acto médico.

- Estado de necesidad. Cuando el médico causa un mal menor tratando de evitar el mal mayor. No configura responsabilidad profesional.
- Concausa. Cuando el médico con su intervención desencadena elementos patológicos latentes del paciente, no los crea, ya existen y por lo general los desconoce el galeno. No configura responsabilidad.
- Reagravada. Cuando aparecen hechos clínicos nuevos que modifican la evolución de la enfermedad. No configura responsabilidad.
- Falibilidad. Cuando surge un daño que surge del infortunio y a la falibilidad²², tanto de la ciencia médica como del ser humano. Considerada como los imponderables de la profesión médica, que aparecen aun observando los máximos cuidados. No configura responsabilidad.
- Falsa o pseudo enfermedad yatrogénica. Cuando el médico procura obtener un beneficio secundario a costa del acto médico. No configura responsabilidad.

En las primeras dos categorías podrían considerarse como enfermedad iatrogénica, pero en las 4 restantes podrían considerarse sólo como iatrogenias, ya que corresponderían a la presencia de riesgos previstos o imprevisibles (cuando se actúa causando un mal menor tratando de evitar un mal mayor; se presenta idiosincrasia del paciente; aparecen hechos clínicos nuevos que modifican el ciclo de la enfermedad; responde al infortunio tanto de la ciencia como del ser humano).

Al respecto, durante el simposio de la Academia Nacional de Medicina, en 1994, propusieron al daño iatrogénico como "aquellas equivocaciones cometidas por el personal de salud que resultan dañinas para la vida del paciente" (Guarner V. Lifshitz A, Salmeron P, Junich H. 1995). Asimismo, consideraron el daño iatrogénico como sinónimo de error médico, pero matizaron esta relación al clasificar el daño iatrogénico en:

- Imprevisto o no calculado. Cuando el efecto dañino se presenta inesperadamente, depende de la respuesta del paciente y de la tecnología empleada, por ejemplo, la

²² Falibilidad, que puede faltar o fallar.

indicación de talidomida que resultó un fármaco teratogeno y productor de malformaciones en los productos de la concepción; la tiacida que produce pancreatitis aguda²³.

- Previsto o calculado. Cuando el médico produce un daño en forma deliberada, como acontece en cirugía. En un enfermo de cáncer de recto, la resección abdomino-perineal constituye la única posibilidad de curar al enfermo, aunque ello implique una mutilación de un órgano, una colostomía permanente e impotencia sexual en el 50% de los casos; el uso de la quimioterapia en la terapia oncológica.
- Por omisión. Cuando el médico se abstiene de actuar, como la conducta conservadora ante un trabajo de parto con cesárea previa, la cual puede evolucionar hasta la ruptura uterina y compromiso en el producto.

Nuevamente, esta clasificación se plantea aspectos inherentes a los riesgos de la medicina, como en los denominados daños iatrogénicos imprevisto y previsto. En el primero, se refiere a un efecto secundario que en el momento de su uso extensivo no estaba previsto por la ciencia médica, ahora su indicación original sería a todas luces impericia o negligencia; en el segundo, correspondería a los dilemas cotidianos de la medicina, que son resueltos por el principio del mal menor y por el principio de la acción de doble efecto (Sgreccia E. 1996). Orientaciones que presuponen que el mal no puede ser el objeto de una acción directa y que el fin bueno no puede alcanzarse a través de acciones malas (Sgreccia E. 1996; Atieza M. 1999). Con relación en el daño iatrogénico por omisión, es compatible con las categorías de culpa y dolo propuesta por Bonnet.

Estas dos clasificaciones muestran dos grupos claramente distintos, uno relativo a las yatrogenias subsidiarias del riesgo; y otro, a los daños iatrogénicos subsidiarios del error. Considerando el concepto de yatrogenia citado por Cerecedo y Harrison, las clasificaciones de Bonnet y de la Academia Nacional de Medicina sobre el daño iatrogénico pueden resultar confusas, ya que no hacen una clara distinción entre los daños consecuentes al riesgo (aceptable) y al error (inaceptable), sino los consideran como sinónimos. Aunque en el criterio de Bonnet, se incluyó la vinculación del daño con

²³ En este tipo de daño, con las debidas reservas, cabría lo dicho por Plinio Segundo, "los médicos

la responsabilidad profesional, para diferenciar de una acción culposa y dolosa de las que no lo son.

Resulta incorrecto considerar a la mala práctica como sinónimo de negligencia o de impericia, que en el derecho civil mexicano son reconocidas como formas de culpa (Código Civil. 1934: Art. 2615). Al respecto, la Asociación Médica Mundial en su declaración sobre la negligencia médica, utiliza genéricamente este calificativo como mala práctica (AMM, 1992), situación que no ayuda a esclarecer los matices que pueden existir dentro de la mala práctica médica y que se buscaron en este estudio.

En la CONAMED se considera como "mala práctica a la omisión del médico de prestar adecuadamente los servicios, por culpa, negligencia o dolo, y que a consecuencia de ello, genere un daño y perjuicio al paciente" (CONAMED. 2002). Este concepto también es discutible por dos razones: La negligencia junto con la impericia corresponde a delitos culposos; y la mala práctica no necesariamente genera un daño o perjuicio en el paciente. Asimismo, con esta idea sobre la mala práctica da la impresión de que la práctica médica sólo puede resultar en buena y mala, aun cuando entre ambas categorías pueden existir actos erróneos desde el punto de vista técnico o interpersonal que no llegan a causar un daño o perjuicio probado, pero no por ello dejan de ser meritorias de valoración.

Con el propósito de ganar en precisión conceptual, se consideró que la frontera entre una práctica médica aceptable y otra inadmisible, no solo es la existencia del nexo causal entre la conducta del médico y el resultado perjudicial o dañino, ya que muchas conductas indebidas, representativas de mala práctica, pueden no haber ocasionado un daño, y sin embargo existir y contribuir al deterioro paulatino de la ética y la calidad con que se práctica la medicina moderna (Fernández Varela H, Sotelo G. 2000a).

Para ello, también es necesario revisar las reglas de decisión en medicina y para un mejor entendimiento se comparan con las del derecho. En la práctica cotidiana los

médicos y los abogados se enfrentan a la incertidumbre en sus decisiones y tratan de evitar la duda. Ante ello, se han desarrollado normas implícitas basadas en la premisa de los tipos de error en la prueba de hipótesis.²⁴

La regla de decisión legal es que un hombre es inocente mientras no se demuestre lo contrario. Su interpretación es que para el juzgador resulta más importante evitar condenar a un inocente (error tipo II) que absolver a un culpable (error tipo I). La razón de esta regla es que considera que son más graves las consecuencias por una condena errónea, que la absolución errónea (Scheff T. 1963).

Por el contrario, en medicina la regla de decisión es que ante la duda es necesario seguir sospechando que un paciente está enfermo (Scheff T. 1963). Esto puede interpretarse de dos formas:

- Para un médico es un error inaceptable abandonar o dejar sin atención a un enfermo (error tipo I), por ejemplo, dar de alta a un paciente con sospecha de infarto agudo del miocardio, que posteriormente fallece por esa causa.
- Para el médico es un error aceptable retener a un paciente cuando en realidad no está enfermo (error tipo II). Como cuando un médico retiene al paciente por sospecha de infarto agudo del miocardio y al final diagnosticó colitis crónica.

La mayoría de los médicos aprenden que hay más culpabilidad en despedir un paciente enfermo que retener a uno sano. Por ello, es más importante evitar el aceptar la hipótesis de enfermedad cuando es cierta, que evitar el aceptar la hipótesis de enfermedad cuando es falsa. Asimismo, según Rasmussen y Jensen (Leape LL. 1994), el error o falta médica se clasifica en:

- Error en las habilidades. Como el inadecuado proceso intelectual en el acto médico.
- Error en las reglas. Como la inadecuada elección o aplicación instrumental y de técnicas médicas de acuerdo con el problema de salud.

²⁴ Se cometerá error de tipo I (alfa) cuando la hipótesis nula es verdadera pero se rechaza; se cometerá

- Error en el conocimiento. Como la falta de conocimiento y experiencia.

Se consideró al error médico como aquel excusable y el inexcusable o inaceptable como la falta de previsión de un resultado desastroso. Tomando en consideración ésta idea del error médico como una constante durante el proceso de la atención médica y que puede estar presente en una mínima expresión hasta en el acto médico más impecable. Se debe aceptar que el ejercicio de la medicina no está exento de cierto porcentaje de fallo o error, a pesar que los médicos pongan todos los medios en la atención del paciente; también está claro que un acierto del 100% es imposible siempre que existe el factor humano, de ahí el refrán de que “el único cirujano que no comete errores es el que no opera”. El peligro es inherente al tratamiento médico, de manera que los conceptos de seguridad son relativos antes que absolutos; los beneficios se consiguen corriendo riesgos (Riss P. 1996)

Sin embargo, para que la mala práctica acarree responsabilidad profesional (García Ramírez S. 1997; Berro G. 2000), es necesario que ocurran los requisitos siguientes:

- Que se haya cometido un error o falta.
- Que el error haya provocado un daño o perjuicio en el paciente.
- Que exista relación causal entre el error y el daño.
- Que en lo ocurrido no haya posibilidad de justificación atendible.

El daño iatrogénico o yatropatogenia o enfermedad yatrogenica se consideraron como sinónimos de mala práctica. La yatropatogenia ya había sido asimilada como mala práctica, con sus equivalentes de “malpractice” de la doctrina anglosajona, a “inobservation des regles d’art” en la francesa y al “kunstfehler” de los alemanes (Guzmán F. 2000).

La mala práctica médica se entendió como todo error o falta del médico, en el proceso técnico o en la relación interpersonal, con un resultado que no previó o no anticipó y

que, sin embargo era anticipable, y objetivamente previsible; o como el acto médico prohibido y sancionado por ley, independientemente sí fue hecho con competencia y en complacencia al paciente.

La mala práctica médica conlleva al daño iatrogénico, y este es resultado del error o de la falta médica.

4.2.3. Tipología de la práctica médica

Para establecer la tipología de la práctica médica se utilizaron los términos referidos anteriormente, asimismo se consideraron las dimensiones de la calidad de la atención médica propuestas por Donabedian (Moss F. 1995):

- El proceso técnico
- La relación interpersonal.
- Los aspectos administrativos.

La dimensión administrativa, si bien puede ser ajena al médico, en la mayoría de los casos, cuando se traducen en faltas o errores contribuyen con mayor fuerza al fracaso de la atención médica que a su éxito (Donabedian A. 1984). Cuando este tipo de errores produce un daño o perjuicio, estaríamos hablando de culpa o dolo institucional, situación que exoneraría al médico de culpa, siempre y cuando haya puesto toda su ciencia y arte en la atención del paciente.

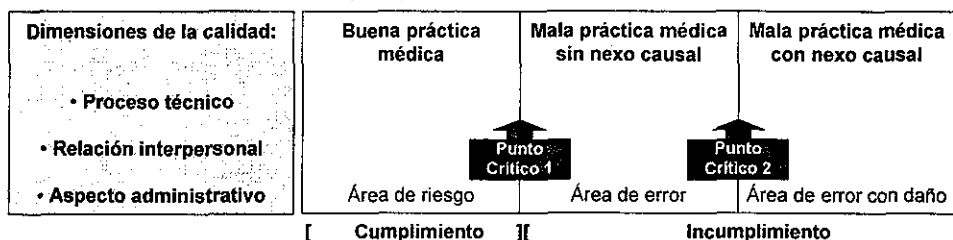
La tipología de la práctica médica adoptada para este estudio (Figura 4.2), es la siguiente:

- Buena práctica, cuando se cumplen los principios técnicos e interpersonales.
- Mala práctica sin nexo causal, cuando se presenta algún tipo de incumplimiento o error técnico o en la relación interpersonal, pero sin llegar a causar un daño o perjuicio tangibles al paciente o no atribuibles al acto médico

- Mala práctica con nexo causal, cuando se produce un daño o perjuicio como resultado del incumplimiento o errores en los aspectos técnicos y/o interpersonales, en la cual es posible presuponer culpa e incluso el dolo por la conducta del médico.

Cabe aclarar, que el cumplimiento o incumplimiento de los aspectos administrativos se pueden presentar en cualquier categoría de práctica médica. En consideración a lo anotado por Donabedian, que lo denomina amenidades y de que, para él no queda bien precisada la manera como ese aspecto debe manejarse dentro de un modelo de calidad (Donabedian A. 1984). Pero que es necesario medir en la evaluación de la calidad de la práctica médica. Tampoco, los aspectos administrativos se incluyeron dentro de la relación interpersonal como el mismo autor señaló, porque son atributos que dependen más de la organización y gerencia de la institución de salud que del médico, a pesar de tener un significado para la satisfacción del paciente. Estas características hacen difícil su clasificación dentro del proceso técnico o de la relación interpersonal.

Figura 4.2.
Tipología de la Práctica Médica



Sotelo G. 2002.

Asimismo, se muestran dos puntos críticos: El primero, cuando se presenta algún tipo de incumplimiento de las dimensiones de la calidad, es decir, la conducta del médico pasa de un área de riesgo a otra de error, pero sin llegar a ocasionar una consecuencia negativa en el paciente, la cual no traería mayores consecuencias si el médico actúa para evitar cualquier efecto nocivo en el paciente. El segundo punto crítico, es cuando ante el incumplimiento de alguna de las dimensiones de la calidad se produce un daño o perjuicio en el paciente, y existe relación entre ese error médico y la consecuencia al paciente.

Finalmente, en la resolución sobre la práctica médica sólo se consideró la determinada por los médicos-peritos de la CONAMED. No se tomó como tal, la opinión del paciente y sus familiares, porque significan juicios presuntivos más no una resolución. Las resoluciones de la CONAMED coadyuvan con el juzgador, cuya misión es definir la culpabilidad de mala práctica y la magnitud del resarcimiento del perjudicado con base a la resolución de expertos.

4.3. Características del paciente

Las características de edad y sexo de los pacientes están asociadas con las actitudes y creencias en torno al proceso salud-enfermedad y en la percepción de la gravedad de la enfermedad (Anderson RA. 1984).

Las personas dependiendo de su edad demandará distintos tipos de servicios de salud, asimismo, la edad es un factor que determina una diferenciación en el patrón de la mortalidad. El sexo marca, también diferencias importantes en la necesidad de cierto tipo de atención (Arredondo A, Meléndez V. 1992), por ejemplo, una mujer en edad reproductiva necesitará de la atención del embarazo, parto y puerperio, a pesar de que el grado de demanda dependerá de su conducta dentro de una sociedad determinada. Asimismo, para los prestadores de servicios médicos estos caracteres orientan al clínico para presuponer o descartar enfermedades; también son indicativos nosológicos, que suponen ciertos grados de confianza o de urgencia para actuar en la atención de un paciente. Por ejemplo, una mujer joven en trabajo de parto sin antecedentes patológicos de importancia y con buen control prenatal, puede presuponer una condición estable de la paciente e inducir cierta conducta conservadora en el médico, conducta que puede ser contemplativa ante un contexto de sobredemanda del servicio.

Las mismas creencias y actitudes asociadas con la edad y sexo, pueden determinar una diferenciación en la forma en que se percibe una consecuencia negativa en la salud de la persona enferma y en la explicación subjetiva de mala práctica.

En un estudio se encontraron diferencias en la percepción de calidad según el sexo y edad del paciente (Ramírez TJ, Najera P, Nigenda G. 1998), las cuales se resumen:

- Las mujeres refieren mala atención por los tiempos de espera, los tiempos cortos de consulta y el mal trato personal; mientras los hombres informan también largos tiempos de espera y los tiempos cortos de consulta, y refieren la falta de eficacia del medicamento.
- Los pacientes mayores de 65 años manifestaron mala calidad por considerar que los medicamentos recetados no los aliviaron, y en los otros grupos de edad, el patrón común fue el largo tiempo de espera para ser atendidos por el médico.

Poco se sabe sobre la percepción de la calidad según la edad y sexo de los pacientes. En un estudio sobre la calidad de los servicios de enfermería, fue mejor la atención en los jóvenes que en las jóvenes, y mejor en las mujeres mayores que en los hombres mayores (Janzen E. 1974). En otro estudio, se demostró que las mujeres eran más propensas a ser sometidas a la apendicetomía con apéndices sanos (Lichtner S, Pflanz M. 1971).

Los pacientes que consideraron que fueron víctimas de la mala práctica, no siempre son los que manifiestan la queja. Por razones obvias, no se quejan los pacientes fallecidos y los menores de edad, pero en algunos casos sin tener algún tipo de impedimento e incompetencia, la queja es presentada por otras personas en representación del paciente. Por ello, en el estudio se admitió que el quejoso no necesariamente es el paciente, y en cuyos casos, la evaluación de la calidad corresponde a la percepción de los parientes u otros representantes de los pacientes.

4.4. Características de la institución de salud

Las instituciones de salud se clasifican según la Ley General de Salud (LGS. 1984: Art. 34, 35, 37 y 38), se clasifican en tres grupos:

- Servicios públicos, como aquellas que prestan servicios a la población en general regidas por criterios de universalidad y de gratuidad fundadas en las condiciones socio-económicas de los usuarios.
- Seguridad social, como aquellas que prestan servicios a las personas que cotizan o las que hubieren cotizado conforme a sus leyes.
- Servicios privados, como aquellas personas físicas o morales que prestan servicios en las condiciones que convengan con los usuarios y sujetas a ordenamientos civiles y mercantiles

Esta clasificación del Sistema Nacional de Salud, corresponde a criterios de financiamiento, organización y provisión de servicios, y del tipo de acceso de usuarios a los servicios de salud (Figura 4.3).

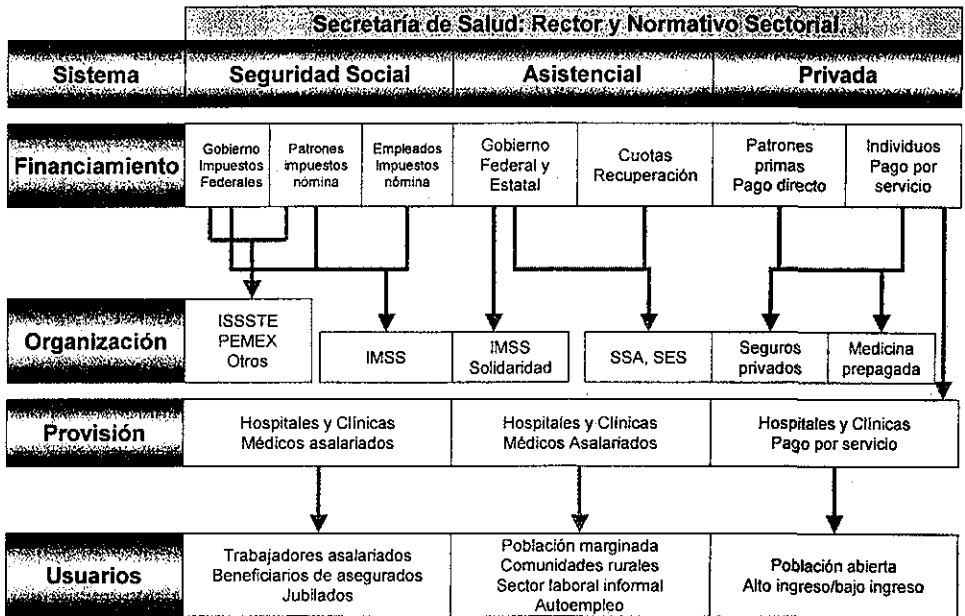
La distribución de las conductas que denotan calidad, revela un sorprendente grado de variabilidad entre los médicos, las instituciones de salud (régimen y tipo de servicios) y las áreas geográficas (Donabedian A. 1984). Asimismo, los pacientes tendrán distintas preferencias, en un momento dado, por un médico, cierto tipo de institución o servicio de salud. Desde luego determinará distintas expectativas sobre la atención médica en general. Las características de los servicios de salud y del problema de salud, también pueden determinar distintas preferencias de utilización en los pacientes.

La inserción de los médicos en una variedad de ambientes de trabajo genera una diversidad de prácticas profesionales que coexisten en el tiempo (sincrónicas) y aún el mismo médico puede tener simultáneamente una práctica en las instituciones públicas y otra en lo privado (Abreu LF, et. al. 2000). Como ejemplos de esto, se tienen los siguientes:

- La extirpación de tejidos normales en apendicetomías, varía sorprendentemente entre los médicos de un hospital y también entre el personal de hospitales distintos (Weeks HA. 1962)
- Los médicos que tienen mayores cargas de trabajo tienden a prestar una atención menos completa (Payne BC. 1971)

- Los médicos de un mismo hospital llegan a brindar una calidad de atención muy distinta (Brook RH. 1973)
- Algunos médicos han manifestado que trabajan bajo presión y con muchas limitaciones materiales para realizar su trabajo, incluso algunos, ponen a disposición de la atención pública el instrumental de su propiedad (Mora G, Nigenda G. 2000).

**Figura 4.3.
Sistema Nacional de Salud**



Fuente: PNS 2001-2006. SSA. México

La naturaleza legal de la institución de salud (régimen), así como el tipo de servicio médico, determinan distintos panoramas en relación con la dinámica de oferta-demanda, barreras de acceso, la calidad de la práctica médica, grados de satisfacción de usuarios, tolerancia de los pacientes a considerar adecuados o no los resultados de la atención, la disponibilidad de recursos, el nivel socio-económico de los usuarios, etc. Los usuarios de servicios con pago anticipado recibieron mayor asistencia prenatal y mostraron una tasa inferior de mortalidad neonatal que la ofrecida en una muestra de población general (Sahapiro S, Weiner L, Densen PM. 1985).

Para Mechanic, las características de los servicios son factores no sociológicos en el concepto de la conducta del enfermo (Bronfman M. 1997). Rosenstock, considera como una variable de la utilización a los beneficios y barreras de los servicios que son percibidas por los pacientes. También existen diferencias entre la atención ambulatoria y la hospitalaria, entre recibir atención de urgencia o programada, la atención por un médico general o un especialista (Solon J, Sep C, Lee S. 1969). Al respecto, se ha observado que la calidad de la atención ambulatoria para niños es mejor en la consulta externa de hospitales que en el consultorio privado (Riedel RL, Riedel DC. 1979).

Los segmentos de población más preparados ejercen mayor presión a favor de la tecnología de punta, mientras que los segmentos más débiles tienen menor capacidad de presión, situación que puede dar origen a una estratificación de la calidad (Menéndez E. 1990), también a una estratificación de la cultura de la demanda. Por ejemplo, en la CONAMED una pequeña proporción de las quejas corresponde a pacientes de instituciones de asistencia pública en relación con el gran número de quejas de derechohabientes de la seguridad social (CONAMED. 2000), eso no quiere decir que los pacientes de la asistencia pública reciban mayor calidad en su atención.

En un estudio se encontró que los asegurados se refieren tres veces más a la mala calidad que los no asegurados, cuando ambos grupos utilizaron servicios de seguridad social. Estas diferencias de percepción serían indicativas de que la condición de aseguramiento es factor discordante en el juicio de valor sobre la atención médica recibida (Ramírez TJ, Nájera P, Nigenda G. 1998).

4.5. El problema de salud

El problema de salud del paciente, entendido como el motivo de atención médica y de la controversia, se clasificó en cuatro tipos:

- Enfermedad aguda o transmisible.
- Enfermedad crónica que incluyó a las formas de exacerbación del padecimiento y a las enfermedades concomitantes.

- Accidentes y violencias.
- Embarazo, parto y puerperio.

En una enfermedad aguda que pone en peligro la vida, los pacientes se privan de muchos de los refinamientos de la atención médica, aun cuando retrospectivamente, resientan mucho haber tenido que hacerlo.

En enfermedades crónicas, cuando se no puede esperar mucha mejoría en la función física y el objetivo del cuidado es ayudar al paciente a adaptarse a su invalidez, los elementos relativos al manejo interpersonal cobran mucha importancia (Donabedian A. 1984).

En las enfermedades agudas y en los accidentes y lesiones, el comienzo es más claramente identificable, pero en las enfermedades crónicas no siempre es así (Carrada T. 2000). A medida que aumentan los conocimientos sobre las enfermedades crónicas y de las enfermedades emergentes como el SIDA, de origen multifactorial y con largos periodos de latencia, el concepto de inicio de la enfermedad se hace más difuso.

Para que un paciente asuma ese papel, es necesario que primero reconozca los síntomas o enfermedad como una desviación del modelo de normalidad variable cultural e históricamente establecido por la experiencia cotidiana (Friedson E. 1978). Saber que uno está enfermo, no lleva por sí mismo a utilizar los servicios médicos. Algunas personas se automedican antes de ver un médico; otros no intentan consultar a un médico, cuando creen tener una enfermedad en la que los médicos no creen (mal de ojo).

Esto es debido a los propios sistemas de referencia personales, que dependiendo de la similitud o discrepancia entre la cultura popular y la cultura profesional, pueden explicar la búsqueda temprana o tardía de atención médica. Esta noción de congruencia entre la cultura popular y cultura profesional incluye no sólo si las personas perciben o no el síntoma, sino también cómo definen sociológicamente a la enfermedad. Las

dimensiones para definir los tipos sociológicos de enfermedad (Friedson E. 1978), son las siguientes:

- La legitimidad
- El grado de gravedad.

Ambas dimensiones pueden tener consecuencias para la búsqueda de atención médica. Además, cuanto más baja es la clase social, menor es la tendencia de necesitar ayuda médica (Friedson E. 1978); la respuesta a la enfermedad comúnmente se relaciona más con los síntomas que con la seriedad real de la enfermedad (Bloom S, Wilson R. 1979).

Ante un problema de salud en la elección de ayuda profesional influyen sentimientos y circunstancias personales, convencionales, situaciones económicas, afiliaciones del paciente o del médico, influencias culturales y sociales, administrativas e incluso el azar (Solon J, Sep C, Lee S. 1969). Los factores subjetivos del paciente imprescindibles para configurar la percepción de que necesita ayuda ante un problema de salud determinado, y de sus preferencias sobre la institución y tipo de servicios de salud que considera podrán ayudarlo a resolver su problema.

Durante el proceso natural de las enfermedades, la intervención médica eficaz y oportuna modifica favorablemente al paciente, hacia la mejora de su estado de salud o a la limitación el daño. Sin embargo, es igual de importante el momento en que el paciente percibe su enfermedad y toma la decisión de solicitar ayuda profesional, basado en sus creencias y preferencias individuales o determinadas por su cadena social.

4.6. Evaluación de la calidad de la práctica médica

En la actualidad el término "calidad" es de uso común. El hablar de la calidad de algo, es el resultado del proceso de deducción de numerosos juicios de valor sobre los productos, apreciando sus buenas (deseables) y malas (indeseables) cualidades o

propiedades, tratando de discriminarlas. Así el juez de la calidad es, en primer lugar, el usuario o consumidor, teniendo los expertos un papel subsidiario; por ello, no es posible evaluar la calidad sólo a través de criterios "científicos", eliminando la subjetividad de los usuarios (Passos R. 1987).

La calidad en la práctica médica se construye y su resultado depende de la compleja relación establecida entre el prestador (médico-experto) y el usuario (paciente-lego), en esa dinámica, ambos la interpretan de acuerdo a sus necesidades, preferencias y percepciones.

El tema de calidad en salud, no es un tema fácil de abordar. Donabedian la abordó a través de siete pilares (Donabedian A. 1990), criterio que fue seguido por otros como la OMS, la Comisión Conjunta de los Estados Unidos (Gilmore CM, Moraes H. 1996), y recientemente por el Comité sobre Calidad de la Atención Médica de América (Institute of Medicine. 2000). Todos ellos, tienen en común la alusión a atributos sobre la competencia técnica, la relación interpersonal y la disponibilidad y seguridad de los medios necesarios para la atención.

La calidad no puede ser juzgada únicamente en términos técnicos (médico-experto); las preferencias de los pacientes individuales y de la sociedad en general se deben tomar en cuenta (Donabedian A. 1990). Sin embargo, los juicios de calidad no suelen hacerse sobre la práctica médica en sí, sino indirectamente sobre las personas que la proporcionan o las instituciones donde se ejerce la medicina. Eso hizo necesario centrar el juicio de calidad en el proceso de atención con sus aspectos técnicos, interpersonales y administrativos, a fin de evitar ambigüedades.

Siguiendo a Donabedian, para efectos de evaluar la práctica médica se tomaron (Donabedian A. 1984; Donabedian A. 1998), con cierta modificación, las tres dimensiones de la calidad de la práctica médica:

- El proceso técnico. Relativa a la ciencia, tecnología, juicios y destrezas para ejecutar estrategias de atención adecuadas al problema personal de salud, con equilibrio

entre riesgos y beneficios. En este proceso clínico se consideró, básicamente, el grado de cumplimiento de las obligaciones de medios o técnicas a través de la anamnesis, exploración física, diagnóstico, tratamiento médico y/o tratamiento quirúrgico, estudios de gabinete y laboratorio, y el seguimiento del paciente, además de las obligaciones de seguridad e incluso de resultado.

- La relación interpersonal. Entendida como un proceso dual (médico-paciente), relativo a los valores y normas de la ética médica y de la sociedad. En esta dimensión se consideró el apego a las normas relativas al trato del paciente y a la información proporcionada por el médico, incluyendo el consentimiento bajo información.
- Los aspectos administrativos de la atención (comodidades o amenidades). Entendida como las cualidades deseables de las instituciones donde se proporciona la atención. En este estudio se denominó como aspectos "administrativos", e incluyó la disposición de los recursos humanos y materiales, y aquellos elementos relativos al tiempo de espera o diferimiento de la atención, resguardo de expedientes y entrega de resúmenes clínicos, y a las barreras de acceso a los servicios.

De estas dimensiones, en los estudios revisados se ha referido que las comodidades, aunque son importantes para los pacientes, tienden a ser subsidiarias del proceso técnico y de la relación interpersonal en importancia relativa; pero la importancia de estas dos últimas dimensiones, en relación una con otra, permanece indecisa (Donabedian A. 1984). O sea, para algunas personas es más importante una y para otros la otra, pero todos quieren ambas a la vez.

Adicionalmente, esta forma de abordar la evaluación de la calidad tiene implícito el clásico modelo de Donabedian (Donabedian A. 1984; Donabedian A. 1990):

- La estructura relativa a los atributos de disponibilidad de recursos humanos y materiales y equipo médico, así como de la organización (tiempos de espera, resguardo de expedientes clínicos, etc).
- El proceso incluye lo que los médicos y otros trabajadores de la salud hacen por los pacientes (proceso técnico-clínico, relación interpersonal).

- El resultado relativo al cambio en el bienestar del paciente, o consecuencias de la atención como las modificaciones en el estado de salud del paciente, los gastos adicionales y la duplicación de servicios.

Según el autor, tiene como finalidad que la evaluación de la calidad sea construida sobre el cuerpo de conocimientos de las relaciones existentes entre la estructura, proceso y resultado. En ello interactúan varias ciencias (Donabedian A. 1990; Donabedian A. 1988), tales como:

- Las ciencias de la atención médica para dilucidar la relación entre el proceso técnico y las mejoras en la salud.
- Las ciencias de conducta para contribuir en la comprensión de cómo el manejo de la relación interpersonal influye en la conducta y grado de satisfacción del paciente.
- Las ciencias de la organización para establecer la relación entre la estructura y el proceso

Asimismo, esta combinación de recursos de evaluación es congruente con uno de los doce contenidos de las reformas del sector de la salud en las Américas, que se refiere a la evaluación de la calidad desde dos visiones: La técnica (desde la perspectiva del experto) y de la calidad percibida (desde la perspectiva del usuario). Los otros contenidos son el derecho a la protección de la salud y el aseguramiento, la cobertura, la función rectora, la separación de funciones, la descentralización, la participación social, el financiamiento y el gasto, los modelos de gestión, los recursos humanos (OPS. 2000).

4.6.1. Perspectiva del paciente

El paciente tiene el derecho y la obligación de opinar y participar en la definición y evaluación de la calidad de la atención médica, por ejemplo en el derecho sanitario se establece que la sociedad podrá participar en la formulación de sugerencias para mejorar los servicios e informar sobre las irregularidades o deficiencias que adviertan en la prestación de servicios (LGS. 1984: Art. 58), asimismo pueden ejercer la acción:

popular para denunciar todo hecho, acto y omisión que represente un riesgo o provoque un daño a la salud (LGS. 1084: Art. 60).

La evaluación de la calidad de la atención desde la perspectiva del paciente es común. Este interés se ha venido ampliando desde la mera percepción del trato recibido durante la atención (que suele investigarse mediante encuestas post-consulta), hasta abarcar todos los aspectos del proceso de atención: provisión de información, capacidad de elección, consentimiento informado, gestión administrativa, continuidad de los cuidados entre los distintos niveles de la red de servicios, entre otros (Ross A, Cevallos JL, Infante A. 2000). Con ello, es posible obtener un conjunto de conceptos y actitudes asociados con la atención recibida, con el cual se puede adquirir información que beneficie a los pacientes en sus necesidades, expectativas y preferencias, a los prestadores directos y a la organización de salud (Ramírez, TJ, Nájera P, Nigenda G. 1998).

Al respecto Donabedian, asigna tres papeles a los pacientes como consumidores de servicios de salud: El de colaboradores definiendo y evaluando la calidad, y como fuente de información que permita que otros la evalúen; el de objetivos, como coproductores de la atención médica y como vehículos de control de la conducta del médico; y el de reformadores de la atención médica, con su participación directa en la interacción médico-paciente, en apoyo a la gestión de los servicios (opiniones, sugerencias, quejas y de sondeos sistematizados), en la dinámica del mercado al elegir entre las fuentes de atención alternativas, y como ciudadanos en democracia ejerciendo la acción política (Donabedian A. 1992).

Algunos autores, afirman que el paciente es quien debe realizar una contribución decisiva para definir lo deseable e indeseable de la relación terapéutica y en los temas de amenidades, y sus expectativas son las que deben fijar el estándar de qué es accesibilidad, conveniencia y oportunidad (Donabedian A. 1992). En este tenor, se ha propuesto que la atención debe centrarse en el paciente, a fin de responder a las preferencias, necesidades y valores individuales, asegurando que esos valores sean la guía de toda decisión clínica (Institute of Medicine. 2000).

Sin embargo, parece indiscutible que la relación interpersonal es el vehículo a través del cual se dispensa y obtiene la atención técnica (Donabedian A. 1992), es decir que favorece el éxito o el fracaso del resultado de la atención. En los aspectos técnicos, parece que los pacientes no son tan ignorantes de los procesos cuando tienen conocimiento de la situación o, si una experiencia previa de buena atención les ha preparado adecuadamente (Donabedian A. 1992). Al respecto, el paciente tiende a ser un consumidor selectivo de servicios, cuya capacidad de juicio se agudiza educándose progresivamente a través de la experiencia, la lectura y lo que escucha sobre medicina, especialmente en relación con los avances tecnológicos (Passos R. 1997). A pesar de las probables limitaciones sobre el conocimiento de la medicina que tenga el paciente, es de reconocer que puede contribuir en las tres dimensiones de calidad para definirla o evaluarla.

De hecho, la calidad percibida es considerada cada vez más como un factor que afecta y modula significativamente a la calidad técnica, tanto en términos de los procesos como de los resultados.

Es de entenderse que la insatisfacción por la calidad de los servicios es el resultado de la comparación que hacen los pacientes entre sus expectativas y los resultados obtenidos de la atención. "Los pacientes juzgan básicamente los resultados y las formas"; los pacientes juzgan los procesos en relación con la forma como perciben que se hacen las cosas, y no necesariamente qué es lo que se hace (Infante C, Abreu LF, Reyes I. 1999). Otro autor, considera que los pacientes evalúan el cuidado médico a través de dos criterios: El interés que muestran durante la atención el médico y el grupo de salud, y la competencia del médico relacionada con el resultado obtenido (Friedson E. 1961).

En un estudio realizado en la CONAMED (Infante C, Abreu LF, Reyes I. 1999), sobre los problemas de calidad de la atención médica que reflejan las quejas, desde la perspectiva del paciente, los autores reconocieron que en la mayoría de las quejas se encuentran varios problemas de calidad, tanto técnicos como percibidos por los pacientes. Situación que apunta a dos aspectos relevantes:

- Los efectos en los usuarios de la atención médica se deben abordar como una cadena de sucesos en donde resaltan cuatro subsistemas: el contexto, la organización, la práctica médica y la perspectiva del paciente.
- Los pacientes usualmente reportan un conjunto de problemas de calidad con la atención. Evidencian factores detonadores no sólo de la percepción de la insatisfacción por la calidad, sino de su manifestación ante instancias judiciales y extrajudiciales.

La diferencia que surge entre el resultado esperado y el obtenido de parte del paciente, puede deberse a diversos aspectos de la atención, tal como una deficiente comunicación del médico o del grupo de salud; o los contactos profesionales y no profesionales, hacen que el paciente reinterprete la percepción que tiene de su enfermedad y de la manera en que debe ser atendido.

4.6.2. Perspectiva del médico

La perspectiva médica se representa con el juicio de pares (médicos-peritos), a través de los dictámenes médicos de la CONAMED, se utiliza la información proporcionada por los pacientes sobre sus vivencias, expectativas, su estado de salud, el proceso de la atención médica, y las consecuencias psicológicas, biológicas y socio-económicas de intervención médica. En esta evaluación ocupa un lugar preponderante el expediente clínico, como reina de pruebas, además se incluyen pruebas testimoniales de familiares del paciente y del propio personal de salud involucrado directa e indirectamente en el caso. Asimismo, apoya sus resoluciones en la opinión de expertos en la rama clínica del caso a discusión.

Sin embargo, esta evaluación enfatiza más los aspectos del proceso técnico y administrativo. Situación concordante con lo expresado por Donabedian, de que los médicos al juzgar su trabajo, casi siempre se han limitado a evaluar el desempeño técnico (Donabedian A. 1990a).

Los médicos-peritos analizarán las pruebas para determinar si hubo error médico y sus consecuencias, como resultante del incumplimiento de las obligaciones de medios, seguridad o resultado, que son exigibles para cada caso concreto y situándolo en las circunstancias de modo, tiempo y lugar (Moctezuma G. 1995):

Los errores en la práctica médica pueden configurar a la culpa o el dolo. Para ello, se prevé que la inconformidad de un paciente por el servicio médico otorgado sea resuelta mediante el juicio de peritos o de pares, ya sea en el ámbito judicial o privado, a fin de probar plenamente la culpa o dolo y no limitarse a presunciones. En el juicio de peritos, son éstos quienes deberán considerar para su dictamen, las circunstancias siguientes (LEP. 1945: Art. 34):

- Si el profesionista procedió correctamente dentro de los principios científicos y técnicos aplicables al caso y aceptados por la profesión médica.
- Si dispuso de los instrumentos, materiales y recursos de otro orden que debieron emplearse, atendidas las circunstancias del caso y el medio en que se presente el servicio.
- Si en el curso del desempeño se tomaron todas las medidas indicadas para obtener buen éxito.
- Si dedicó el tiempo necesario para desempeñar correctamente el servicio convenido.
- Cualquier otra circunstancia que en el caso especial pudiera haber influido en la deficiencia o fracaso del servicio prestado.

Según lo anterior, se engloba los elementos necesarios para evaluar la competencia médica: El área de responsabilidad del médico, que en un sentido amplio es "el bienestar físico, mental y social"²⁵; el nivel de responsabilidad hacia el paciente en lo individual, cuyo objetivo es implementar la solución óptima que permita un equilibrio entre beneficios y riesgos; y el reconocimiento de las limitaciones en los medios de los que el médico dispuso en el acto médico en cuestión (Donabedian A. 2000).

²⁵ Definición de salud de la OMS.

Se señala que el examen de la legitimación del acto biomédico no tiene por objetivo esencial el dilucidar los casos de mala práctica, su fin es servir de guía al médico para adoptar la decisión correcta o valorar si el médico actuó correctamente ante un acto reclamado. Tampoco este método puede reducirse a la explicación de los signos, síntomas y circunstancias del caso concreto, sino debe incluir el análisis de la interrelación de los aspectos de la *lex artis* y deontológico de la medicina; se trata de identificar la causalidad e incidir en ésta (CasaMadrid O. 1999). En donde el proceso de valoración debe contemplar:

- La identificación del problema de salud (marco referencial)
- La identificación de los objetivos de la atención médica (marco valorativo)
- La definición de los cuidados necesarios, en términos de los medios disponibles (derechos del paciente)
- La definición del límite de decisión e intervención médica (derechos del médico)

En la valoración de la mala práctica, la prueba de la culpa médica se consolida como una técnica novedosa constituida por las denominadas "cargas probatorias dinámicas", sin dejar de lado la importante estimación que tienen las pruebas de presunciones, la regla *res ipsa loquitur*,²⁶ las pruebas de extrema certeza (historia clínica, pruebas hematológicas, etc.) o la regla del *favor probationis* en los supuestos de dificultades para demostrar por debilidades económicas o culturales (Riera LA. 1999; Gozáiri OA. 2000).

Cada una de ellas debe relacionarse con los hechos que son motivo de las pretensiones, por lo cual, toda la cuestión probatoria va a estar notoriamente conectada con la naturaleza de la responsabilidad médica. Sin embargo, ante la duda sobre la responsabilidad profesional, la ausencia de certeza sobre el modo como sucedieron las

²⁶ *Res ipsa loquitur* (las cosas hablan por si mismas), doctrina ampliamente utilizada en la justicia norteamericana y canadiense, la cual postula que cuando el daño es desproporcionado a la intervención o ajeno al fin curativo de ésta, en lugar de presumir la inocencia del médico –que es principio general de nuestro derecho- se presume su culpabilidad, con lo que cae sobre el profesional o institución la carga de probar su inocencia.

cosas, y la falta de prueba decisiva sobre la culpa invocada, debiera rechazarse la demanda y quedando absuelto el médico y su equipo por el déficit probatorio.

Como se revisó en la configuración del incumplimiento profesional, el simple error diagnóstico no configura por sí sólo el tipo delictivo, pues la ley no puede perseguir jamás a un inocente, sometido por la propia naturaleza de su arte conjetural, a las posibilidades de equívocos de diagnósticos, tan ordinarios a la duda científica y al diagnóstico diferencial. Por ello, el axiomático *res ipsa loquitur*, tiene el límite de la sola presunción en materia biopatológica, materia susceptible y delicada, inexorablemente degradable y mortal por su propia naturaleza.

A pesar de ese proceso dinámico, la decisión del médico no siempre incide positivamente en el problema de salud; influyen además, la historia natural de la enfermedad, la idiosincrasia, el grado de apego del paciente al plan terapéutico, entre otros. Por ello, se dice en términos jurídicos que "nadie está obligado a lo imposible" (Código Civil. 1932). La reconstrucción médico-pericial de un acto médico del pasado, y por ende de la reconstrucción de la calidad de la práctica médica, solo puede ser válida y tener eficacia jurídica, si cumple con lo siguiente (Gozaíri OA. 2000):

- Producto de las pruebas ofrecidas por las partes, o por una sola de ellas.
- Los puntos de pericia deben estar fijados por el juez o autoridad.
- El perito debe ser designado por la autoridad que ventila el caso, siguiendo las reglas del sorteo tradicional que desinsacula al profesional.
- El dictamen es un documento técnico especializado, no puede contener deducciones de derecho.

Por lo anterior, no se consideraron las figuras de negligencia, impericia o imprudencia como elementos para clasificar la mala práctica médica, ni como atributos deficientes percibidos por el paciente o por el médico, toda vez que se tratan de deducciones de derecho que sólo puede establecer el juzgador del caso (autoridad administrativa o judicial).

4.7. Las consecuencias al paciente

Las consecuencias más obvias pueden tardar en aparecer, o aunque se detecten tempranamente, no tengan que ver con la atención recibida. Al paciente se le debe informar que no debe desear lo inalcanzable, pero también debe saber cuando no se alcanzarán las metas que se consideraban alcanzables (Donabedian 1990). En ese sentido otro autor plantea que, los médicos se resisten con frecuencia a hablar al paciente sobre las probabilidades subóptimas de éxito en la intervención propuesta, aduciendo que la mayoría de los pacientes prefieren no conocer los posibles peligros o fracasos, y que no es malo que el médico tenga cierta aura de omnipotencia (Riss P. 1996)

Situación poco común en la práctica médica cotidiana, los médicos tienden a informar sobre los probables éxitos, pero pocas ocasiones se habla en términos de los probables fracasos. Por ello, es importante que los pacientes conozcan las alternativas terapéuticas, y de cada una los beneficios y riesgos esperados, a fin de que tomen la elección más adecuada a sus preferencias y circunstancias, y no sean sorprendidos con resultados inesperados e indeseables. Estos resultados se entendieron como las consecuencias para los pacientes, que bien pueden ser psico-biológicas y socio-económicas, de acuerdo a los siguientes grupos:

- Consecuencias al estado de salud, consideradas negativas por los pacientes, tales como: La falta de mejoría, agudización o complicaciones a sus problemas de salud; la pérdida parcial o total de un órgano o función sin que haya mediado una información suficiente y en su caso, el consentimiento bajo información; y la defunción del paciente, así como la defunción del producto de la concepción en los casos de atención del parto.
- Consecuencias económicas, debidas por gastos adicionales hechos por los pacientes, por búsqueda de otra atención o por gastos no aclarados en su momento por el médico.
- Consecuencias por duplicación de servicios, vinculadas con los anteriores incisos, debidas por una atención inadecuada o rechazo de la atención según el juicio de los

pacientes que prefirieron buscar una subsecuente atención ante otro médico e institución de salud.

En un estudio descriptivo (Carrillo LMR. 1998), se señalaron como consecuencias en el paciente por faltas médicas, pero sin asociarlas al problema de salud ni al proceso de la atención, a la muerte del paciente en 59.5% de los casos revisados, en 25.8% por pérdida anatómica o funcional de órganos, y en 14.6% no se registro daño alguno.

La duplicación es entendida como la atención médica impartida por segunda o más veces a un paciente en un establecimiento de atención médica diferente al que sé esta utilizando (Ortega JL, Infante C. 2000) o diferente a la primera fuente de atención médica solicitada por el paciente. Asimismo, la duplicación se definió de dos formas:

- Duplicación intrainstitucional. Cuando el paciente acude a una atención subsecuente a otro médico y/o establecimiento de salud pero dentro de la misma fuente primaria de atención, sin mediar referencia formal del médico o institución de salud.
- Duplicación extrainstitucional. Cuando el paciente acude a una atención subsecuente con otro prestador médico diferente a la fuente primaria de atención y sin mediar referencia formal.

En donde ambas implican pérdida de tiempo y especialmente, en la duplicación extrainstitucional puede presentarse gastos adicionales. En una investigación en donde se estudio la duplicación en la utilización de los servicios médicos, se concluyó que un paciente insatisfecho puede adoptar una trayectoria de búsqueda de ayuda en la que cambia de médico y que de acuerdo a Baker, esta situación es un indicador de problemas de calidad de la atención médica (Ortega JL, Infante C. 2000).

5. RESULTADOS

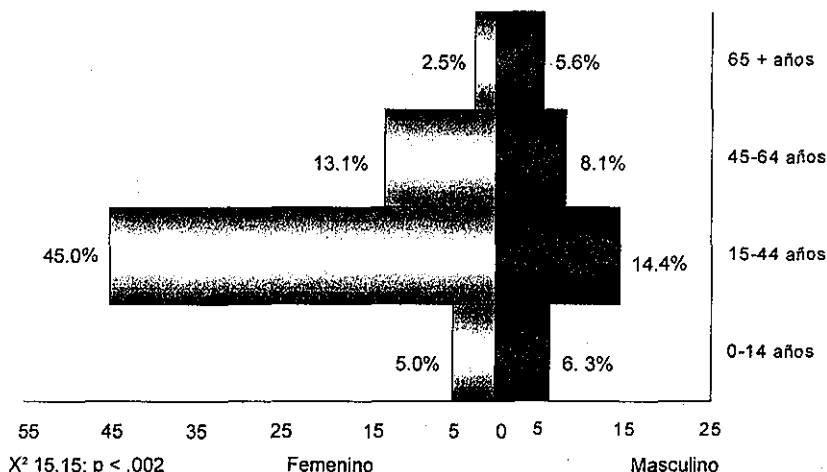


5.1. Pacientes

El estudio comprendió 167 casos de dictamen médico representativos de los emitidos en la CONAMED, durante el periodo de junio de 2000 a mayo de 2001. La recolección de los datos se realizó entre octubre y diciembre de 2001.

La distribución de los pacientes estudiados según la edad y sexo fue estadísticamente significativa (χ^2 15.15; $p < .002$). La mayor proporción se observó en el sexo femenino en 65.9% (110) y en menor proporción, en el sexo masculino en 34.1% (57) (Figura 5.1).

Figura 5.1.
Pacientes según edad y sexo



En las mujeres, el grupo de edad con mayor participación fue el de 15-44 años con 72 casos, segundo el de 45-64 años con 21, tercero el de 0-14 años con 8, y en cuarta posición el de 65 y más años con sólo 4 casos.

Los hombres representaron casi la mitad del número de mujeres, pero con el mismo orden entre los grupos de edad, la mayor proporción correspondió en el de 15-44 años con 23 casos, luego el del de 45-64 años con 13, seguido con participaciones similares, el de 0-14 años con 10 y el de 65 y más años con 9 casos.

Cabe aclarar, que de los 18 casos del grupo de 0-14 años, once correspondieron a menores de un año (4 del sexo femenino y 7 del masculino). Además, en el expediente del dictamen médico no se especificó la edad del paciente en 7 casos, de los cuales 5 correspondieron a mujeres y dos a hombres.

Tabla 5.1.
Tipo de quejoso

Quejoso	Frecuencia	Porcentaje
Paciente	62	37.1
Padres	31	18.6
Cónyuge	42	25.1
Hermano	9	5.4
Hijo	11	6.6
Otro	12	7.2
Total	167	100.0

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las personas que presentaron la queja, demanda o demanda médica (los quejosos), en su mayoría, fueron distintas al paciente en 62.1% (105 casos) y en menor proporción por el propio afectado en 37.1%.

La relación de los quejosos con los pacientes mostró la distribución siguiente: Primero, el cónyuge en 25.1%, el padre o la madre en 18.6%, el hijo (a) en 6.6% y el hermano (a) en 5.4%. El restante 7.2%, no tenía parentesco con el paciente (Tabla 5.1.), sino que se trataba de personas físicas o morales que fungían como representantes legales.

Las instituciones en donde se presentaron las quejas o denuncias fueron: El 55.1% (92) en instituciones de procuración e impartición de justicia, como los tribunales ordinarios o los ministerios públicos de las procuradurías de justicia; y en 44.9% (75) en las

contralorías internas de las instituciones públicas de salud, ya sea de seguridad social o de asistencia pública. Las denuncias y demandas en contra de las instituciones de salud del sector privado fueron presentadas en las instancias de justicia.

En la CONAMED, durante el mismo periodo que comprendió la muestra del estudio, se reportó una distribución de 46% (290) en instancias de justicia y de 54% (340) de parte de las contralorías internas. Sin embargo, la muestra no pretendía representatividad de las instituciones peticionarias de dictamen, sino de la prevalencia de mala práctica médica.

5.2. Institución de salud

Las instituciones de salud, en su mayoría, correspondieron al régimen de la seguridad social en el 79.6% (133 casos), luego del sector privado en 12.6% (21 casos), finalmente, de la asistencia pública en 7.8% (13 casos). Las diferencias entre el régimen de la institución de salud y la atención hospitalaria no fueron estadísticamente significativas (Tabla 5.2.)

Estas cifras no son suficientes para atribuir mayor probabilidad de insatisfacción del paciente por presunta mala práctica en una o en otra institución, sino que en la seguridad social está más arraigada la cultura de la queja entre sus derechohabientes (Fernández Varela H, Sotelo G. 2000).

De acuerdo al régimen de la institución de salud según el grupo de edad, destacó que el sector privado no atendió ningún paciente del grupo menor de 14 años. Las distribuciones del régimen institucional con los cuatro grupos de edad no fueron estadísticamente significativas (Tabla 5.2). Tampoco mostró diferencias significativas el régimen y el sexo del paciente.

En relación con el tipo de servicio, se observó una alta proporción del servicio de urgencias en la seguridad social, sin que sea estadísticamente significativa; sin embargo, con el servicio de toco-cirugía sí fue significativa la diferencia.

La mayor proporción de los paciente recibieron atención hospitalaria en 70.1% (117 casos), y en menor proporción ambulatoria en 29.9% (50 casos). El tipo de atención y los grupos de edad de 0-14 años y de 15-44 años fueron estadísticamente diferentes. También fueron significativas, las diferencias entre el tipo de atención y el sexo del paciente. Los servicios médicos mostraron el siguiente orden de frecuencia: Urgencias en 33.9%, seguido con cifra similar toco-cirugía en 29.3% y hospitalización 28.1%, y en menor proporción el de consulta externa con sólo el 9.0%. En el servicio de urgencias se observó que un poco más de la mitad de los pacientes (58.9%) recibieron atención médica y fueron regresados a sus casas, esta diferencia fue significativa (Tabla 5.2).

Tabla 5.2.
Frecuencias sobre el régimen y tipo de atención con variables antecedente

Variable (n)	Régimen Institucional			p <	Tipo de atención		p <
	Seguridad Social	Asistencia Pública	Sector Privado		Ambulatoria	Hospitalaria	
Grupo de edad							
0-14 años (18)	94.4	5.6	-		50.0	50.0	.049
15-44 años (95)	75.8	8.4	15.8		23.2	76.8	.022
45-64 años (34)	82.4	5.9	11.8		38.2	61.8	
65 y + años (13)	84.6	7.7	7.7		30.8	69.2	
Sexo							
Femenino (110)	79.1	8.2	12.7		20.9	79.1	.000
Masculino (57)	80.7	7.0	12.3		47.4	52.6	
Tipo de servicio							
Consulta Externa (15)	73.3	6.7	20.0		100.0	-	
Hospitalización (47)	74.5	4.3	21.3		-	100.0	
Urgencias (56)	92.9	3.6	3.6		58.9	41.1	.000
Toco-cirugía (49)	71.4	16.3	12.2	.029	4.1	95.9	
Nivel de bienestar							
Alto (107)	74.8	9.3	15.9		27.1	72.9	
Medio (36)	88.9	5.6	5.6		36.1	63.9	
Bajo (24)	87.5	4.2	8.3		33.3	66.7	

De las 20 ramas de especialidad médica consideradas en el estudio, el 71.9% de los casos involucraron a cinco de ellas (Tabla 5.3.), las cuales fueron: Gineco-Obstetricia, Traumatología y Ortopedia, Cirugía General, Medicina General o Familiar y Medicina Interna. Las otras 15 especialidades representaron el 28.1%, entre las que destacaron

en orden de frecuencia: Pediatría (7), Urología (5), Angiología (4) y Otorrinolaringología (4).

Tabla 5.3.
Tipo de rama médica

Rama médica	Frecuencia	Porcentaje
Gineco-obstetricia	62	37.1
Traumatología y Ortopedia	18	10.8
Cirugía General	15	9.0
Medicina Familiar	15	9.0
Medicina Interna	10	6.0
Otras especialidades	47	28.1
Total	167	100.0

En relación con la Entidad Federativa en donde se generó la queja o denuncia médica, tan sólo el Distrito Federal presentó el 39.5% (66 casos), mientras las otras 28 entidades presentaron el 60.5% (101 casos), con una media de 2.93 casos por entidad, y en 3 estados no se registraron quejas o denuncias en la muestra estudiada.

Según el nivel de bienestar, adoptado de la clasificación de INEGI, en 64.1% (107 casos) los estados con nivel alto de bienestar mostraron mayor proporción (Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Distrito Federal, México, Nuevo León, Sonora y Tamaulipas).

En 21.6% (36 casos) los estados con nivel medio de bienestar (Colima, Durango, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Morelos, Querétaro, Sinaloa, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas). Con la menor proporción en 14.4% (24) los estados con nivel bajo de bienestar (Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí y Veracruz).

La distribución del nivel de bienestar de los estados según el régimen de la institución de salud y el tipo de atención no mostraron diferencias significativas.

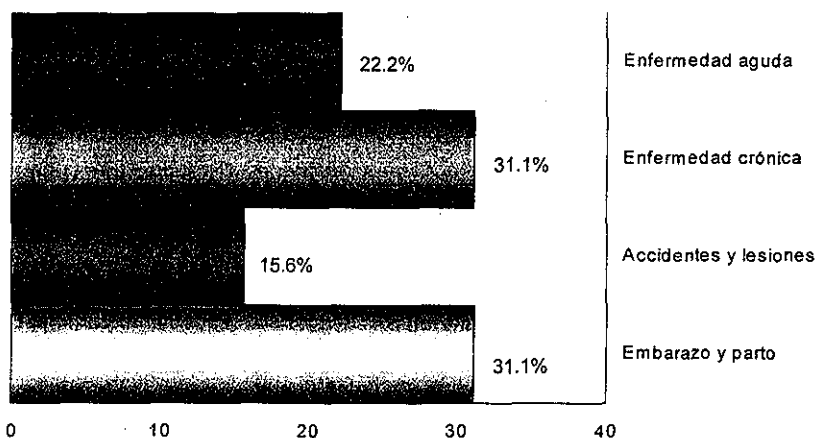


5.3. Problema de salud

La atención médica por enfermedades crónicas y las relacionadas con el embarazo y parto presentaron la mayor frecuencia (Figura 5.2), cada una en 31.1% (52 casos), seguida de las enfermedades agudas 22.2% (37 casos) y de los accidentes y lesiones 15.6% (26 casos).

Paradójicamente, las enfermedades crónicas sólo representaron la tercera parte de los casos al igual que los problemas relacionados con el embarazo y parto; mientras según cifras reportadas en el Programa Nacional de Salud (PNS. 2001-2006), el primer tipo de problema significa dos terceras partes de la causa de muerte y el segundo, junto con las enfermedades agudas, solamente, alcanzan la cifra del 14%. El problema de accidentes y lesiones, la cifra del estudio es similar a la reportada por el gobierno (12.7%)

Figura 5.2.
Tipo de problema de salud



La enfermedad aguda se registró en 37 casos; los principales padecimientos referidos fueron enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas. En relación con la enfermedad aguda (tabla 5.4), se encontró lo siguiente:

- El grupo de edad de 0-14 años fue significativo, y ese grupo tiene mayor probabilidad de presentar un problema agudo; también el grupo de 45-64 años fue significativo, pero sin asociación.
- El sexo del paciente fue significativo, pero en el masculino se mostró mayor probabilidad de padecer una enfermedad aguda.
- El servicio de urgencias fue significativo, y con mayor frecuencia de que sea utilizado por enfermedades agudas.
- Las diferencias entre el tipo de atención médica fue significativa, y la atención ambulatoria se asocia con la enfermedad aguda.

Tabla 5.4.
Asociación de enfermedad aguda con variables antecedente

Variable (n)	Enfermedad aguda		χ^2	p <	OR	IC (95%)
	Si	No				
Grupo de edad						
0-14 años (18)	50.0	50.0	8.79	.003	4.25	1.54, 11.74
15-44 años (95)	22.1	77.9	.02	.885	.94	.44, 2.01
45-64 años (34)	8.8	91.2	4.63	.031	.27	.07, .95
65 y + años (13)	23.1	76.9	.00	.959	1.03	.26, 3.98
Sexo						
Femenino (110)	10.9	89.1	23.63	.000	.15	.07, .34
Masculino (57)	43.9	56.1	23.63	.000	6.38	2.87, 14.13
Tipo de servicio						
Consulta externa (15)	20.0	80.0	.04	.833	.86	.23, 3.25
Hospitalización (47)	14.9	85.1	2.00	.157	.52	.21, 1.29
Urgencias (56)	48.2	51.8	33.17	.000	9.40	4.08, 21.66
Tipo de atención						
Ambulatoria (50)	42.0	58.0	16.29	.000	4.57	2.11, 9.87
Hospitalizado (117)	13.7	86.3	16.29	.000	.21	.10, .47

La enfermedad crónica se registró en 52 casos, las principales causas referidas fueron las neoplasias, enfermedades del corazón y renales. La enfermedad crónica se relacionó significativamente con (Tabla 5.5):

- Los grupos de edad de 15-44 años, de 45-64 y de 65 y más años, presentaron diferencias significativas, además los dos últimos grupos mostraron mayor probabilidad de presentar enfermedades crónicas.
- El sexo del paciente no fue diferente significativamente.
- El servicio de hospitalización mostró mayor probabilidad de ser utilizado en pacientes con enfermedad crónica.
- El tipo de atención no fue diferente significativamente.

Tabla 5.5.
Asociación de enfermedad crónica con variables antecedente

Variable (n)	Enfermedad crónica		X ²	p <	OR	IC (95%)
	Si	No				
Grupo de edad						
0-14 años (18)	22.2	77.8	.76	.380	.59	.18, 1.91
15-44 años (95)	16.8	83.2	22.59	.000	.18	.08, .38
45-64 años (34)	61.8	38.2	18.71	.000	5.40	2.41, 12.10
65 y + años (13)	69.2	30.8	9.50	.002	5.81	1.69, 19.93
Sexo						
Femenino (110)	32.7	67.3	.38	.538	1.24	.61, 2.51
Masculino (57)	28.1	71.9	.38	.538	.80	.39, 1.61
Tipo de servicio						
Consulta externa (15)	53.3	46.7	3.78	.052	2.80	.95, 8.20
Hospitalización (47)	63.8	36.2	32.60	.000	7.86	3.70, 16.70
Urgencias (56)	25.0	75.0	1.48	.224	.64	.31, 1.31
Tipo de atención						
Ambulatoria (50)	28.0	72.0	.32	.567	.80	.39, 1.67
Hospitalizado (117)	32.5	67.5	.32	.567	1.23	.59, 2.56

Los accidentes y lesiones se presentaron en 26 casos, entre los que destacan las fracturas de huesos largos y los traumatismos craneo-encefálicos. A la asociación con otras variables, se observó lo siguiente (Tabla 5.6):

- En grupo de edad, las diferencias fueron significativas en el grupo de 45-64 años y el de 65 y más años, pero sólo en este último, se mostró mayor probabilidad de sufrir este tipo de problema de salud.

- El sexo del paciente presentó diferencias significativas, y se asoció con el sexo masculino.
- El servicio de urgencias presentó diferencia significativa y mayor probabilidad de utilizarlo ante un accidente o lesión.
- En el tipo de atención médica no fue significativo.

Tabla 5.6.
Asociación de accidentes y lesiones con variables antecedente

Variable (n)	Accidentes y lesiones		Y ²	p <	OR	IC (95%)
	Sí	No				
Grupo de edad						
0-14 años (18)	27.8	72.2	2.27	.132	2.34	.75, 7.29
15-44 años (95)	9.5	90.5	6.71	.010	.32	.13, .78
45-64 años (34)	29.4	70.6	6.22	.013	3.08	1.23, 7.68
65 y + años (13)	7.7	92.3	.67	.411	.42	.05, 3.44
Sexo						
Femenino (110)	9.1	90.9	10.28	.001	.25	.10, .61
Masculino (57)	28.1	71.9	10.28	.001	3.90	1.63, 9.31
Tipo de servicio						
Consulta externa (15)	13.3	86.7	.06	.802	.82	.17, 3.87
Hospitalización (47)	21.3	78.7	1.62	.203	1.75	.73, 4.21
Urgencias (56)	25.0	75.0	5.70	.017	2.75	1.17, 6.41
Tipo de atención						
Ambulatoria (50)	22.0	78.0	2.24	.134	1.91	.81, 4.53
Hospitalizado (117)	12.8	87.2	2.24	.134	.52	.22, 1.23

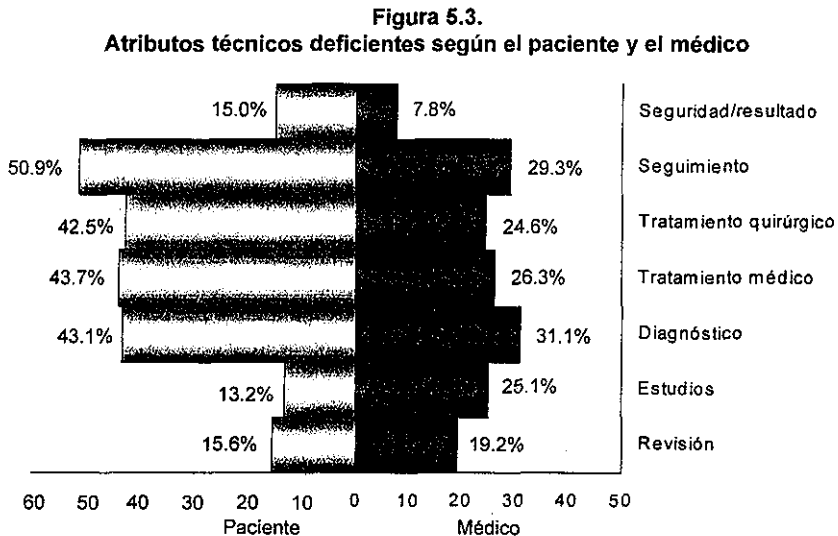
Los problemas de salud relacionados con el embarazo y el parto fueron 52 casos, los cuales fueron debidos por partos distócicos, amenaza de aborto o aborto, y presentaron una alta frecuencia de sufrimiento fetal. Las características de este tipo de problema fueron:

- Todas las pacientes correspondieron al grupo de edad de 15 a 44 años.
- Casi todas las pacientes fueron atendidas en el servicio de toco-cirugía (49), con excepción de un caso en urgencias y dos en consulta externa.
- Casi todas las pacientes fueron internadas para su atención (49), sólo cuatro casos fueron atendidos en forma ambulatoria.

5.4. Evaluación de la calidad de la práctica médica

La evaluación de la calidad de la práctica médica se centró en los atributos deficientes percibidos y referidos por los pacientes en sus escritos de queja, denuncia o demanda, y en los atributos deficientes mencionados en las conclusiones de los dictámenes médicos. Los primeros correspondieron a la percepción del paciente y los segundos a la percepción del médico-perito.

Los atributos deficientes de la calidad de la atención médica se agruparon de acuerdo a las tres dimensiones del modelo conceptual: El proceso técnico, la relación interpersonal y los aspectos administrativos. Estos atributos se reagruparon para facilitar la presentación y el análisis de los datos.



Simultáneamente, se presentan los resultados relativos a la percepción del paciente y a la percepción del médico-perito. En la dimensión del proceso técnico (Figura 5.3), los pacientes, notoriamente, dieron mayor énfasis a las deficiencias que los médicos-peritos. Los pacientes presentaron las calificaciones siguientes:

- El seguimiento inadecuado en 85 casos, ya sea por alta prematura o por hospitalización prolongada.
- Con puntuaciones intermedias y similares, los atributos relativos al tratamiento médico 73, el diagnóstico 72 y el tratamiento quirúrgico 71.
- Puntuaciones menores y similares, en la revisión del paciente 26, los estudios de laboratorio y gabinete 22, y las obligaciones de seguridad y/o resultado 25. Las situaciones sobre seguridad se debieron a accidentes de estancia como caídas de paciente, quemaduras; mientras los resultados fueron debidos por errores en los resultados de los estudios de gabinete y de laboratorio.

Por su parte, los médicos-peritos mostraron menor diferenciación en los pesos relativos que los pacientes, sus calificaciones fueron:

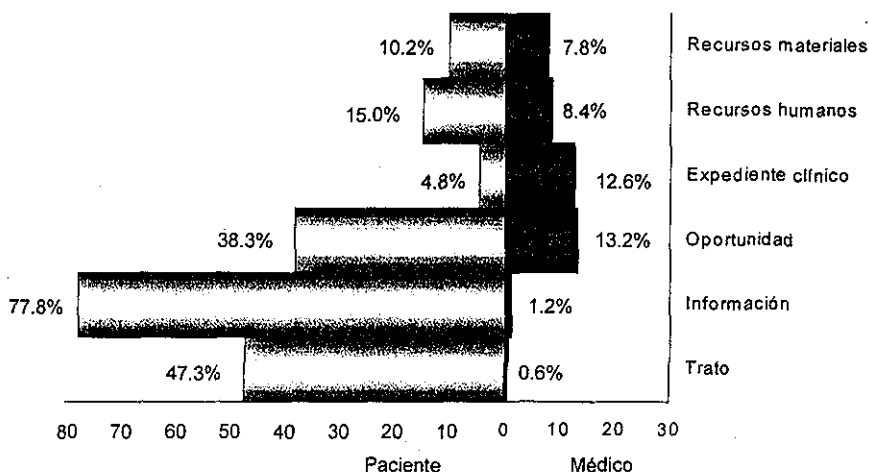
- Mayor importancia al diagnóstico en 52 casos y al seguimiento del paciente en 49 casos.
- Importancia intermedia, al tratamiento médico en 44 casos, los estudios de gabinete y laboratorio en 42 casos y tratamiento quirúrgico en 41 casos.
- La menor importancia fue para la revisión del paciente en 32 casos y a las obligaciones de seguridad y/o resultados sólo en 13 casos.

En las dimensiones de relación interpersonal y administrativa fueron mayores las diferencias entre los pesos relativos que dieron los médicos-peritos y los pacientes (Figura 5.4), con respecto a la dimensión del proceso técnico. Los pacientes calificaron de la siguiente forma:

- Relación interpersonal. Casi la mitad de los pacientes señalaron un trato inadecuado, incluso en algunos, refirieron maltrato o burla de parte del médico (79 casos); mientras más de dos terceras partes de los pacientes, consideraron que no recibieron información suficiente (130 casos), de ellos, en 13 casos manifestaron que no se les pidió debidamente el consentimiento informado para realizar procedimientos médicos.

- Dimensión administrativa. Las mayor deficiencia manifestada fue con la oportunidad de la atención en 64 casos, fundamentalmente, sustentada por diferimiento de la atención; con puntuaciones inferiores, se observó a la falta de recursos humanos en 25 casos, de recursos materiales en 17 casos y por falta de entrega de resumen clínico en sólo 8 casos.

Figura 5.4.
Atributos interpersonales y administrativos deficientes según el paciente y el médico



En estas dimensiones, nuevamente las deficiencias detectadas por el médico-perito fueron menos diferenciadas y con menor magnitud que las percibidas por el paciente. Las calificaciones fueron:

- Relación interpersonal. Sólo se determinan un caso de maltrato y dos casos, de falta de información.
- Dimensión administrativa. El mayor énfasis lo dieron a la falta de oportunidad de la atención en 22 casos, y a la falta de expediente clínico en 21 casos. Mientras que dieron menor énfasis a la falta de recursos humanos y materiales, con 14 y 13 casos respectivamente.

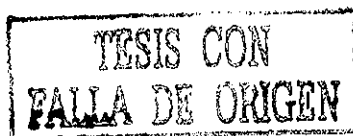


Tabla 5.7.
Asociación de los atributos deficientes según el médico y el paciente

Dimensión Atributos (n)	Médico		X ²	p <	OR	IC (95%)
	Si	No				
Proceso técnico						
Revisión (26)	19.2	80.8	.00	0.992	1.00	.34, 2.90
Estudios (22)	31.8	68.2	.59	0.439	1.46	.55, 3.88
Diagnóstico (72)	47.2	52.8	15.27	0.000	3.82	1.91, 7.63
Tratamiento médico (73)	34.2	65.8	4.17	0.041	2.05	1.02, 4.13
Tratamiento quirúrgico (71)	49.3	50.7	40.82	0.000	14.58	5.64, 37.64
Seguimiento (85)	32.9	67.1	1.08	0.298	1.42	.72, 2.79
Seguridad y/o resultados (25)	36.8	63.2	16.73	0.000	8.81	2.66, 29.15
Relación interpersonal						
Trato (79)	1.3	98.7	1.12	.290	.98	.96, 1.01
Información (130)	1.5	98.5	.57	.448	.98	.96, 1.00
Administrativa						
Oportunidad (64)	23.4	76.6	9.55	.002	4.19	1.60, 10.97
Expediente (8)	37.5	62.5	4.74	.029	4.70	1.03, 21.34
Recursos humanos (25)	16.0	84.0	2.21	.136	2.51	.72, 8.75
Recursos materiales (17)	29.4	70.6	12.33	.000	7.39	2.09, 26.15

Sin embargo, al estimar la asociación entre las percepciones del médico-perito y del paciente sobre el proceso técnico (Tabla 5.7), se observó lo siguiente:

- Se encontró asociación significativa entre la perspectiva del médico y la del paciente en los atributos deficientes estudiados, relativos al tratamiento quirúrgico, obligaciones de seguridad y/o resultado, diagnóstico y tratamiento médico. Con diferencias significativas entre los pacientes que sí percibieron la deficiencia y los que no.
- No se encontró asociación en los atributos deficientes relativos a la revisión, estudios y seguimiento del paciente.

También se observaron asociaciones entre la perspectiva del médico y del paciente sobre los atributos de la relación interpersonal y administrativa (Tabla 5.7):

- Los atributos de la relación interpersonal no fueron diferentes, ni presentaron asociación.
- Los atributos deficientes de recursos materiales, oportunidad de la atención y en la falta del expediente clínico mostraron diferencia significativa, y presentaron asociación entre la percepción del médico y del paciente.

Los médicos-peritos detectaron con mayor frecuencia la falta o deficiencia del expediente clínico que los pacientes, pero no repararon interés por falta de pruebas en las deficiencias de los aspectos interpersonales.

En resumen, los pacientes dieron mayor importancia a la dimensión de la relación interpersonal con 62.5% de las puntuaciones de los atributos deficientes, al proceso técnico con 31.9% y la dimensión administrativa en 17.0%; mientras los médicos, dieron mayor énfasis al proceso técnico con 23.3%, la dimensión técnica en 10.5% y la relación interpersonal con sólo el 0.9%. La mayor discrepancia entre pacientes y médicos, fue en la relación interpersonal (62.5 vs. 0.9%).

Además, se presentó asociación estadística entre la percepción del médico-perito y el paciente en 7 de los 13 atributos estudiados.

Las frecuencias de los problemas de salud según los atributos técnicos deficientes percibidos por los pacientes (Tabla 5.8), se observó que en:

- En las enfermedades agudas los problemas de la dimensión técnica fueron más recurrentes con el tratamiento médico y el diagnóstico, con diferencia significativa (X^2 7.28 $p < .007$ y X^2 5.67 $p < .017$ respectivamente), seguido del seguimiento del paciente, y con menor frecuencia el tratamiento quirúrgico (X^2 0.02 $p < .005$).
- En las enfermedades crónicas la mayor frecuencia fue con el seguimiento del paciente, luego el tratamiento médico (X^2 5.96 $p < .015$), el tratamiento quirúrgico (X^2 7.37 $p < .007$). El atributo de revisión del paciente fue significativo (X^2 3.99 $p < .046$).
- En los accidentes y lesiones se observó más frecuencia con el tratamiento médico y el seguimiento del paciente, ningún atributo mostró diferencia significativa.

- En embarazo y parto, destacaron los problemas con el tratamiento quirúrgico (X^2 18.99 $p < .000$) y con el seguimiento del paciente sin diferencia significativa. Mostraron diferencia significativa los atributos sobre seguridad y/o resultado (X^2 3.89 $p < .048$) y el tratamiento médico (X^2 18.39 $p < .000$).

Tabla 5.8.
Frecuencias del problema de salud y atributo deficiente según el paciente

Dimensión Atributos	Enfermedad aguda	Enfermedad crónica	Accidentes y lesiones	Embarazo y parto
Proceso técnico				
Revisión (26)	24.3	9.6 < .046	23.1	11.5
Estudios (22)	21.6	15.4	11.5	5.8
Diagnóstico (72)	62.2 < .017	42.3	30.8	36.5
Tratamiento médico (73)	73.0 < .007	44.3 < .015	53.8	19.2 < .000
Tratamiento quirúrgico (71)	13.5 < .005	44.2 < .007	30.8	67.3 < .000
Seguimiento (85)	43.2	57.7	38.5	55.8
Seguridad y/o resultados (25)	2.7	17.3	11.5	23.1 < .048
Relación interpersonal				
Trato (79)	51.4	51.9	38.5	44.2
Información (130)	83.8	80.8	53.8 < .003	82.7
Administrativa				
Oportunidad (64)	37.8	12.3	30.8	38.5
Expediente (8)	5.4	7.7	3.8	1.9
Recursos humanos (25)	10.8	19.2	7.7	17.3
Recursos materiales (17)	8.1	11.5	7.7	11.5

Según los atributos de la relación interpersonal fue coincidente la mayor proporción en la falta de información, pero sólo en los accidentes y lesiones la diferencia fue significativa (X^2 8.67 $p < .003$).

En la dimensión administrativa en orden de frecuencia fueron los problemas de oportunidad, la falta de recursos humanos, la falta de recursos materiales y finalmente, el expediente clínico, en ningún caso las diferencias fueron estadísticamente significativas.

5.5. Consecuencias al paciente

Las consecuencias a la salud del paciente fueron: No mejoría en 91 casos, el deceso del paciente en 54 casos, el deceso perinatal en 30 casos (todos con excepción de un caso la muerte se presentó durante la atención del parto), y en 24 casos la pérdida total o parcial de órgano o función.

Tabla 5.9.
Frecuencias de las consecuencias a la salud y variables antecedente

Variable	No mejoría	Pérdida de órgano	Deceso de paciente	Deceso perinatal
Grupo de edad				
0-14 años	55.6	5.6	50.0	5.6
15-44 años	49.5	8.4	27.4	29.5
45-64 años	67.6	32.4 <.000	26.5	-
65 y + años	46.2	7.7	69.2 <.004	-
Sexo				
Femenino	50.9	14.5	24.5	27.3
Masculino	61.4	14.0	47.4 <.003	-
Tipo de servicio				
Consulta externa	73.3	13.3	26.7	-
Hospitalización	61.7	23.4 <.037	38.3	2.1
Urgencias	58.9	10.7	42.9 <.039	-
Toco-cirugía	36.7 <.003	10.2	16.3 <.004	59.2 <.000
Regimen				
Seguridad Social	57.9 <.013	15.8	28.6	17.3
Asistencia Pública	15.4	-	61.5	38.5
Sector Privado	57.1	14.3	38.1 <.044	9.5

Las consecuencias a la salud del paciente presentaron diferencias significativas con las siguientes variables (Tabla 5.9):

- La no mejoría en el servicio médico de toco-cirugía (X^2 8.81 $p < .003$); y en el régimen de seguridad social (X^2 8.69 $p < .013$).
- La pérdida de órgano o función en el grupo de edad de 45 a 64 años (X^2 13.99 $p < .000$); y en el servicio de hospitalización (X^2 4.33 $p < .037$).

- El deceso del paciente en el grupo de 65 y más años de edad (X^2 8.32 $p < .004$); en pacientes del sexo masculino (X^2 8.93 $p < .003$); en los servicios de urgencias y toco-cirugía (X^2 4.26 $p < .039$; X^2 8.22 $p < .004$, respectivamente); y en el sector privado (X^2 6.24 $p < .044$).
- El deceso perinatal en el servicio de toco-cirugía (X^2 79.95 $p < .000$).

Tabla 5.10.
Asociación de consecuencias a la salud y el problema de salud

Problema de salud	Consecuencias		X^2	p <	OR	IC(95%)
	Si	No				
No mejoría						
Enfermedad aguda	59.5	40.5	.47	.492	1.29	.61, 2.72
Enfermedad crónica	63.5	36.5	2.45	.117	1.70	.87, 3.34
Accidentes y lesiones	61.5	38.5	.61	.432	1.40	.59, 3.31
Embarazo y parto	38.5	61.5	7.82	.005	.38	.19, .76
Pérdida de órgano						
Enfermedad aguda	2.7	97.3	-	-	.12	.01, .95
Enfermedad crónica	19.2	80.8	1.44	.229	1.71	.70, 4.17
Accidentes y lesiones	30.8	69.2	6.72	.009	3.47	1.30, 9.27
Embarazo y parto	9.6	90.4	1.38	.239	.53	.18, 1.52
Deceso paciente						
Enfermedad aguda	51.4	48.6	7.85	.005	2.86	1.35, 6.07
Enfermedad crónica	38.5	61.5	1.29	.285	1.48	.74, 2.96
Accidentes y lesiones	23.1	76.9	1.20	.272	.58	.21, 1.54
Embarazo y parto	17.3	17.3	7.79	.005	.32	.14, .73
Deceso perinatal						
Embarazo y parto	55.8	44.2	73.23	.000	143.73	18.63, 1108

De la asociación entre las consecuencias a la salud de los pacientes y los problemas de salud referidos (Tabla 5.10), se observó lo siguiente:

- En la no mejoría del problema de salud, mostró diferencia significativa en embarazo y parto, pero sin asociación estadística.
- En la pérdida parcial o total de órgano o función, fue significativa la diferencia en los accidentes y lesiones, y con asociación estadística.
- En deceso del paciente, se observó diferencia significativa en las enfermedades agudas y con una mayor probabilidad de muerte del paciente por esta causa.

- En deceso perinatal, por lógica y estadísticamente, presentó diferencia significativa y con asociación estadística.

De acuerdo a las consecuencias a la salud y a los atributos deficientes percibidos por los pacientes (Tabla 5.11), se presentaron las asociaciones siguientes: No mejoría con el tratamiento médico; pérdida de órgano o función con el tratamiento quirúrgico y la falta de expediente clínico; deceso perinatal con tratamiento quirúrgico; y en deceso de paciente no se determinó asociación con ningún atributo.

Tabla 5.11.
Asociación de las consecuencias a la salud y los atributos deficientes según el paciente

DIMENSION Atributos	No Mejoría OR (IC 95%)	Perdida Órgano OR (IC 95%)	Deceso Paciente OR (IC 95%)	Deceso perinatal OR (IC 95%)
Proceso técnico				
Revisión (26)	1.40 (.59, 3.31)	1.52 (.51, 4.54)	.58 (.021, 1.54)	0.80 (.25, 2.53)
Estudios (22)	1.24 (.49, 3.08)	.55 (.12, 2.56)	1.91 (.76, 4.75)	.41 (0.09, 1.89)
Diagnóstico (72)	1.31 (.70, 2.43)	1.13 (.47, 2.71)	.69 (.35, 1.34)	1.40 (.63, 3.09)
Tratamiento médico (73)	2.05 (1.09, 3.84)	.74 (.30, 1.80)	1.30 (.67, 2.50)	.15 (0.05, 0.45)
Tratamiento quirúrgico (71)	1.13 (.61, 2.11)	2.58 (1.06, 6.31)	.26 (.12, .54)	4.93 (2.04, 11.92)
Seguimiento (85)	1.57 (.85, 2.90)	.95 (.40, 2.27)	.54 (.28, 1.05)	.69 (.31, 1.53)
Seguridad y/o resultados (25)	1.30 (.54, 3.09)	.21 (.02, 1.67)	.78 (.30, 2.01)	1.55 (.56, 4.29)
Relación interpersonal				
Trato (79)	1.78 (.96, 3.31)	.50 (.20, 1.25)	.53 (.27, 1.04)	1.14 (.51, 2.51)
Información (130)	.88 (.42, 1.85)	.83 (.30, 2.27)	.99 (.45, 2.17)	2.06 (.56, 4.29)
Administrativa				
Oportunidad (64)	1.69 (.89, 3.21)	1.43 (.60, 3.43)	.33 (.16, .70)	1.79 (.81, 3.98)
Expediente (8)	1.41 (.32, 6.12)	1.17 (1.10, 1.25)	1.27 (.29, 5.52)	.64 (.07, 5.40)
Recursos humanos (25)	.88 (.37, 2.08)	.78 (.21, 2.86)	1.48 (.61, 3.56)	.85 (.26, 2.68)
Recursos materiales (17)	.71 (.26, 1.96)	.77 (.16, 3.63)	2.01 (.72, 5.53)	.58 (.12, 2.68)

Desde la perspectiva del médico, se observó asociación entre algunas consecuencias a la salud y los atributos deficientes:

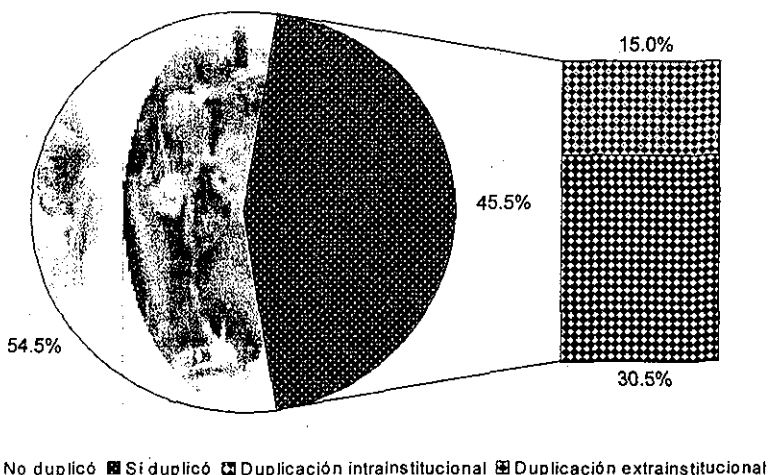
- Deceso del paciente fue significativo en estudios de laboratorio y gabinete (OR 2.43), y el tratamiento médico (OR 2.49).

- Deceso perinatal se observó asociación con el tratamiento quirúrgico (OR 4.26). Asimismo, se asoció con la falta de oportunidad de la atención (OR 4.08).

En relación con los otros tipos de consecuencias señaladas por los pacientes, se refirieron económicas en 43 casos y duplicación de servicios en 76 casos. En las económicas, el paciente o el familiar refirió que se vio obligado a realizar gastos adicionales ante la falta de una atención satisfactoria previa, y por lo general, reclamaron al médico el reembolso de tales gastos.

La duplicación de servicios se presentó de dos formas: Intrainstitucional en 25 casos, cuando el paciente acudió a un servicio o unidad médica diferente, pero en la misma institución de salud; y extrainstitucional en 51 casos, cuando buscaron atención en una institución de salud diferente a la fuente primaria (Figura 5.5).

Figura 5.5.
Duplicación de servicios médicos



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En consideración a la fuente primaria de atención, de los 51 casos con duplicación extrainstitucional presentaron los patrones siguientes:

- En 72.5% de la seguridad social al sector privado.
- En 11.7% de la seguridad social a la asistencia pública.
- En 9.8% del sector privado a la seguridad social.
- En 5.8% combinaron el patrón seguridad social-sector privado-asistencia pública.

La distribución de las consecuencias económicas y los problemas relacionados con el embarazo y parto mostró diferencia estadística, pero sin determinar asociación entre ambas variables. Se determinó asociación entre la duplicación de servicios y la enfermedad aguda, y diferencia significativa con el embarazo y parto (Tabla 5.12).

Tabla 5.12.
Asociación de otras consecuencias al paciente y el problema de salud

Problema de salud	Consecuencias		X ²	p <	OR	IC (95%)
	Sí	No				
Económicas						
Enfermedad aguda	37.8	62.2	3.63	.057	2.12	.97, 4.63
Enfermedad crónica	34.6	65.4	3.10	.078	1.90	.92, 3.92
Accidentes y lesiones	23.1	76.9	.15	.735	.84	.31, 2.26
Embarazo y parto	9.6	90.4	10.28	.001	.21	.07, .58
Duplicación de servicio						
Enfermedad aguda	70.3	29.7	11.75	.001	3.78	1.71, 8.32
Enfermedad crónica	48.1	51.9	.20	.654	1.16	.60, 2.24
Accidentes y lesiones	42.3	57.7	.12	.721	.85	.36, 1.99
Embarazo y parto	26.9	73.1	10.51	.001	.31	.15, .64

5.6. Resolución médico-legal

La resolución médico-legal de los dictámenes médicos estudiados, fue que se determinó buena práctica médica en 32.3% de los casos, y mala práctica médica en 67.7%, incluyendo a la mala práctica sin y con nexos causal (Tabla 5.13).

Cabe aclarar, que la prevalencia global de mala práctica de la muestra estudiada fue superior en 1.7 puntos porcentuales con respecto a la prevalencia del universo de estudio (66%).

Tabla 5.13.
Resolución médico-legal de los dictámenes médicos

Resolución	Frecuencia	Porcentaje
Buena práctica médica	54	32.3
Mala práctica médica sin nexo causal	50	30.0
Mala práctica médica con nexo causal	63	37.7
Total de casos	167	100.0

Los casos de mala práctica médica sin nexo causal presentaron una prevalencia de 30.0%, y los de mala práctica con nexo causal entre la intervención médica y el daño o perjuicio al paciente en 37.7%. Es decir, en el primer grupo los médicos-peritos detectaron el incumplimiento de los deberes del médico tratante, pero no establecieron la relación entre el error médico y algún tipo de daño o perjuicio al paciente, porque no era tangible o porque era insuficiente la información proporcionada por la institución peticionaria; en el segundo, grupo porque los médicos-peritos establecieron la relación del error médico con el daño al paciente.

La distribución de la mala práctica según el grupo de edad de los pacientes no presentó diferencia significativa (Tabla 5.14). Pero la mayor prevalencia se observó en el de 15-44 años con el 71.6% y la menor, en el de 45-64 años en 58.8%.

Fue más alta la prevalencia de mala práctica en las mujeres que en los hombres (73.6 y 56.1% respectivamente), estas diferencias fueron significativas, y en el caso de las mujeres mostró mayor probabilidad de sufrir mala atención médica en 68.5%, respecto a los pacientes de sexo masculino.

La prevalencia de mala práctica según el tipo de servicio fue mayor en toco-cirugía y menor en el de consulta externa (87.8 y 46.7% respectivamente). Sólo el servicio de toco-cirugía mostró diferencia significativa, con una probabilidad de 83% de presentar mala práctica. En lo referente, al tipo de atención no fueron significativas las prevalencias.

Tabla 5.14.
Asociación de mala práctica con variables antecedente

Variable (n)	Mala práctica		X ²	p <	OR	IC (95%)
	Si	No				
Grupo de edad						
0-14 años (18)	61.1	38.9	.37	.539	.72	.26, 2.00
15-44 años (95)	71.6	28.4	1.77	.183	1.57	.80, 3.07
45-64 años (34)	58.8	41.2	1.48	.224	.61	.28, 1.24
65 y + años (13)	69.2	30.8	.01	.889	1.09	.32, 3.72
Sexo						
Femenino (110)	73.6	26.4	5.25	.022	2.18	1.11, 2.27
Masculino (57)	56.1	43.9	5.25	.022	.45	.23, .89
Tipo de servicio						
Consulta externa (15)	46.7	53.3	3.32	.068	.38	.13, 1.10
Hospitalización (47)	57.4	42.6	3.12	.077	.53	.26, 1.07
Urgencias (56)	64.3	35.7	.44	.507	.79	.40, 1.56
Toco-cirugía (49)	87.8	12.2	12.79	.000	4.91	1.93, 12.45
Tipo de atención						
Ambulatoria (50)	62.0	38.0	1.04	.306	.69	.34, 1.39
Hospitalizado (117)	70.1	29.9	1.04	.306	1.43	.71, 2.87

La prevalencia de mala práctica con nexo causal fue significativamente más alta en los casos de embarazo y parto, con 2.66 veces más probabilidad de recibir mala atención, que en los otros problemas de salud (Tabla 5.15).

Tabla 5.15.
Asociación entre mala práctica con nexo causal y el problema de salud

Problema de salud (n)	Resolución		X ²	p <	OR	IC (95%)
	Si	No				
Enfermedad aguda (37)	24.3	75.7	3.63	.057	.45	.19, 1.03
Enfermedad crónica (52)	34.6	65.4	.31	.577	.82	.41, 1.63
Accidentes y lesiones (26)	30.8	69.2	.63	.426	.69	.28, 1.70
Embarazo y parto (52)	53.8	46.2	8.35	.004	2.66	1.35, 5.23

El tipo de práctica médica establecida por el médico-perito a través de las resoluciones médico-legales, presenta diferencias importantes según la percepción del paciente (Tabla 5.16), de acuerdo a lo siguiente:

- La buena práctica médica. Todos los atributos deficientes presentan baja frecuencia, excepto en el tratamiento médico y en el expediente clínico.
- La mala práctica sin nexo causal. Se caracteriza por presentar atributos deficientes con alta frecuencia en la revisión, estudio y diagnóstico; en el trato al paciente; y en la oportunidad de la atención.
- La mala práctica con nexo causal. Se distingue por atributos deficientes con alta frecuencia en los relativos al tratamiento quirúrgico, seguimiento y obligaciones de seguridad y resultado; en el trato e información al paciente; y en el expediente clínico, los recursos humanos y materiales.

Tabla 5.16.
Frecuencias de tipo de práctica médica y atributos deficientes según el paciente

Dimensión Atributos (n)	Buena práctica	Mala práctica sin nexo causal	Mala práctica con nexo causal	Total
Proceso técnico				
Revisión (26)	23.1	42.3	34.6	100.0
Estudios (22)	36.4	40.9	22.7	100.0
Diagnóstico (72)	31.9	37.5	30.6	100.0
Tratamiento médico (73)	41.1	34.5	24.7	100.0
Tratamiento quirúrgico (71)	22.5	34.2	50.7	100.0
Seguimiento (85)	29.4	26.8	40.0	100.0
Seguridad/resultados (25)	20.0	30.6	44.0	100.0
Relación interpersonal				
Trato (79)	31.6	34.2	34.2	100.0
Información (130)	27.7	32.3	40.0	100.0
Administrativa				
Oportunidad (64)	26.6	37.5	35.9	100.0
Expediente (8)	50.0	0.0	50.0	100.0
Recursos humanos (25)	32.0	32.0	36.0	100.0
Recursos materiales (17)	35.3	17.6	47.1	100.0

Según la valoración del médico-perito, la relación entre mala práctica sin nexo causal y los atributos deficientes de la calidad de la atención médica (Tabla 5.17), mostró lo siguiente:

- En el proceso técnico, los atributos deficientes que presentaron diferencias significativas y asociación estadística fueron, en orden de importancia: El tratamiento médico, diagnóstico y la revisión del paciente.
- En la relación interpersonal y en los aspectos administrativos, no se observó significancia estadística.

Tabla 5.17.
Asociación de mala práctica sin nexo causal y atributos deficientes según el médico

Dimensión Atributos	Sin nexo causal		X ²	p <	OR	IC (95%)
	Si	No				
Proceso técnico						
Revisión (32)	50.0	50.0	7.59	.006	2.92	1.34, 6.57
Estudios (42)	33.3	66.7	.30	.579	1.23	.58, 2.61
Diagnóstico (52)	50.0	50.0	14.48	.000	3.79	1.87, 7.67
Tratamiento médico (44)	52.3	47.7	14.20	.000	3.89	1.87, 8.07
Tratamiento quirúrgico (41)	24.4	75.6	.79	.372	.69	.31, 1.55
Seguimiento (49)	36.7	63.3	1.52	.217	1.56	.76, 3.16
Seguridad/resultados (13)	23.1	76.9	.31	.574	.68	.18, 2.59
Relación interpersonal						
Trato (1)	0.0	100.0	.43	.512	-	-
Información (2)	0.0	100.0	.86	.352	-	-
Administrativa						
Oportunidad (22)	22.7	77.3	.62	.428	.65	.22, 1.88
Expediente (21)	28.6	71.4	.02	.884	.92	.33, 2.54
Recursos humanos (14)	7.1	92.9	3.78	.052	.16	.02, 1.28
Recursos materiales (13)	7.7	92.3	3.32	.268	.17	.02, 1.41

La mala práctica con nexo causal se asocio con más y diferentes atributos deficientes que la mala práctica sin nexo causal, según el médico-perito (Tabla 5.18). La relación entre nexo causal y los atributos deficientes mostró lo siguiente:

- En el proceso técnico, en cuatro de los siete atributos mostraron diferencias significativas: Tratamiento quirúrgico 86.7%, obligaciones de seguridad y/o resultados 80.6%, seguimiento del paciente 80.2%, y estudios de laboratorio y gabinete 71.9%.
- Los atributos de la relación interpersonal no mostraron diferencia significativa.

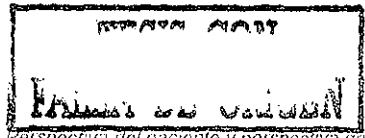
- Los aspectos administrativos, los atributos deficientes que mostraron asociación fueron: Falta de recursos materiales 86.3%, falta de recursos humanos 82.4%, y falta de oportunidad de la atención 81.2%.

Tabla 5.18.
Asociación de mala práctica con nexo causal y atributos deficientes según el médico

Dimensión Atributos	Con nexo causal		X ²	p <	OR	IC (95%)
	Si	No				
Proceso técnico						
Revisión (32)	46.9	53.1	1.41	.235	1.59	.73, 3.48
Estudios (42)	54.8	45.2	6.93	.008	2.57	1.25, 5.25
Diagnóstico (52)	48.1	51.9	3.44	.063	1.87	.96, 3.66
Tratamiento médico (44)	43.2	56.8	.75	.384	1.36	.67, 2.75
Tratamiento quirúrgico (41)	70.7	29.3	12.20	.000	6.53	3.00, 14.25
Seguimiento (49)	61.2	38.8	16.30	.000	4.06	2.01, 8.20
Seguridad/resultados (13)	69.2	30.8	5.95	.015	4.16	1.22, 14.16
Relación interpersonal						
Trato (1)	100.0	0.0	1.66	.198	-	-
Información (2)	100.0	0.0	3.34	.068	-	-
Administrativa						
Oportunidad (22)	68.2	31.8	10.00	.002	4.33	1.65, 11.32
Expediente (21)	57.1	42.9	3.85	.050	2.48	.98, 6.28
Recursos humanos (14)	71.4	28.6	7.38	.007	4.71	1.41, 15.76
Recursos materiales (13)	76.9	23.1	9.22	.002	6.35	1.67, 24.07

Se estimaron cuatro modelos de regresión logística para predecir la mala práctica médica (Tabla 5.19), que incluyeron los 165 casos estudiados. Un modelo con los atributos deficientes de la dimensión técnica y otro con las dimensiones de la relación interpersonal y administrativa, cada uno para cada tipo de mala práctica. De los cuatro modelos se obtuvieron factores predictivos en tres, con los resultados siguientes:

- Para la mala práctica sin nexo causal el modelo sobre el proceso técnico mostró una X² 24.44, p < .000, con una coincidencia del 74.3% en la clasificación de los casos estimados y observados. Las variables con mayor valor predictivo fueron el diagnóstico y el tratamiento médico, seguimiento del paciente y el tratamiento



quirúrgico. Cabe aclarar, que los rangos del intervalo de confianza fueron muy amplios, situación atribuible al tamaño de la muestra.

- Para la mala práctica con nexo causal, el modelo de regresión logística relativo al proceso técnico mostró una X^2 67.77, $p < .000$, con 76.0% de coincidencias; las variables con valor predictivo fueron: El tratamiento quirúrgico, las obligaciones de seguridad y resultado, el seguimiento del paciente y los estudios de laboratorio y gabinete. El modelo relativo a la relación interpersonal y a los aspectos administrativos, mostró X^2 22.36, $p < .000$, con 71.3% de coincidencias; con tres variables con valor predictivo: Los recursos materiales, los recursos humanos y la oportunidad de la atención.

Tabla 5.19.
Modelos de regresión logística para predecir mala práctica según el médico

Variables en la ecuación	Significancia	Exp (B)	IC (95%)
Mala práctica sin nexo causal			
Diagnóstico	.001	3.43	1.64, 7.14
Tratamiento médico	.001	3.50	1.63, 7.48
Constante	.000		
Mala práctica con nexo causal			
Tratamiento quirúrgico	.000	15.43	5.80, 41.03
Seguridad/resultado	.001	12.16	2.91, 50.66
Seguimiento del paciente	.000	7.07	2.91, 17.18
Estudios de laboratorio y gabinete	.001	4.42	1.79, 10.94
Constante	.000		
Mala práctica con nexo causal			
Recursos materiales	.019	5.29	1.31, 21.35
Recursos humanos	.014	4.79	1.36, 16.85
Oportunidad de la atención	.010	3.75	1.36, 10.32
Constante	.000		

El modelo de regresión logística sobre los atributos deficientes según el paciente, no mostraron valores predictivos por tipo de mala práctica. Sin embargo, en la mala práctica global mostró una X^2 10.60, $p < .005$, con el 69.5% de coincidencias, con valores predictivos sólo en las atributos deficientes de información ($< .024$, $Exp(B)$ 2.35,

IC95% de 1.11, 4.96); y en tratamiento quirúrgico ($< .018$, Exp(B) 2.34, IC95% de 1.15, 4.79).

Tabla 5.20.
Asociación de mala práctica y las consecuencias al paciente

Consecuencias (n)	Resolución		X ²	p <	OR	IC (95%)
	Sí	No				
Consecuencias a la salud Sin nexo causal						
No mejoría (91)	29.7	70.3	.00	.934	.97	.50, 1.89
Pérdida órgano (24)	25.0	75.0	.32	.568	.75	.27, 2.01
Deceso paciente (54)	33.3	66.7	.43	.508	1.26	.63, 2.54
Deceso perinatal (30)	30.0	70.0	.00	.994	1.00	.42, 2.37
Otras consecuencias						
Económicas (43)	39.5	60.5	2.54	.111	1.80	.86, 3.74
Duplicación (76)	36.8	63.2	3.16	.075	1.83	.93, 3.57
Consecuencias a la salud Con nexo causal						
No mejoría (91)	31.9	68.1	2.91	.088	.57	.30, 1.08
Pérdida órgano (24)	45.8	54.2	.78	.376	1.48	.61, 3.54
Deceso paciente (54)	38.9	61.1	.04	.830	1.07	.55, 2.09
Deceso perinatal (30)	56.7	43.3	5.58	.018	2.58	1.15, 5.78
Otras consecuencias						
Económicas (43)	30.2	69.8	1.38	.239	.64	.30, 1.34
Duplicación (76)	32.9	67.1	1.38	.239	.68	.36, 1.28

La relación entre mala práctica sin nexo causal y las consecuencias al paciente (Tabla 5.20), no mostró asociación estadística. La relación entre mala práctica con nexo causal y las consecuencias al paciente, sólo mostró asociación con el deceso perinatal.

6. DISCUSIÓN

6.1. Los problemas de la calidad desde la perspectiva del paciente

La muestra estudiada presentó un predominio de pacientes del sexo femenino (con una relación de casi 2:1 entre mujeres y hombres), es decir, los casos de supuesta mala práctica médica es mayor en las mujeres. También predominó el grupo de 15 a 44 años de edad. Estas altas frecuencias son explicables porque los problemas relacionados con el embarazo y parto representaron una tercera parte de la muestra.

El hecho que la mayoría de los quejosos no hayan sido los propios pacientes, es porque los pacientes que no presentan la queja, denuncia o demanda es por minoría de edad, incapacidad física o psicológica, deceso del paciente o simplemente, porque algún familiar tomó la decisión de manifestar su inconformidad por considerar que la consecuencia negativa al paciente era evitable o la atención médica proporcionada fue incorrecta.

En relación con el tipo de institución de salud o régimen de acceso, la distribución de la muestra estudiada fue similar a la registrada por quejas presentadas en la CONAMED, que se caracteriza por una alta proporción de casos de la seguridad social. Sin embargo, con los resultados del estudio no fue posible establecer diferencias significativas entre la seguridad social, asistencia pública y sector privado con otras variables de interés, como en otros estudios (Ramírez T, et. al. 1998; Zurita B, Nigenda G, Ramírez T. 1996; Infante C, Abreu LF, Reyes I. 1999), con excepción del deceso del paciente que fue significativo con las instituciones privadas de salud.

Al considerar que la mayoría de los pacientes recibieron atención hospitalaria, fundamentalmente, por problemas relacionados con el embarazo y parto y con enfermedades crónicas, puede explicarse que las experiencias previas (Friedson E. 1961) y el conocimiento empírico de los pacientes, tanto en el tipo de problema de salud como en la forma en que creen que deba ser la atención, los condicione a mayores expectativas de la atención, en cuanto a lo que debe preguntar y hacer el médico; y que

los pacientes con este tipo de problemas, tiendan a asumir un rol más participativo durante el proceso de atención, con derecho a la información y a la toma de decisiones.

Es notorio que para cada tipo de problema de salud se asociaron distintos factores antecedente y en diferentes probabilidades. Por ejemplo, la enfermedad aguda se asoció con los pacientes entre 0 a 14 años de edad, del sexo masculino, en el servicio de urgencias y en la atención ambulatoria.

De acuerdo a los resultados del estudio, los pacientes al evaluar la calidad de la práctica médica, dieron mayor énfasis a los atributos deficientes de la dimensión de la relación interpersonal, en segundo lugar a los relativos de la dimensión técnica y en tercero, a los atributos de la dimensión administrativa. Es decir, el mayor problema de la calidad de la práctica médica recibida se relacionó con el trato, la información y el consentimiento informado. Estos resultados concuerdan con los hallazgos de otros estudios (Cartwrith A. 1967; Sussman MB, et. al. 1961; Price BP, et. al. 1971), en los pacientes hospitalizados del estudio de Smith y Metzner (1971), los motivos por los cuales no regresarían a solicitar atención en la seguridad social (Ramírez T, et. al. 1998). Sin embargo, este énfasis a los aspectos interpersonales no concuerda con otros que han encontrado mayor énfasis en aspectos de la competencia del médico (Infante C, Abreu LF, Reyes I. 1999).

El énfasis que dan los pacientes a la relación interpersonal sobre la dimensión técnica, ha sido explicada por varios autores, porque los pacientes suponen en el médico un mínimo de competencia o porque dan por hecho la competencia del médico (Friedson E, 1961; Cartwrith A. 1967); el rol que asumen los pacientes ante determinado tipo de problema de salud (Coser R. 1962; Silo A. 1965), que los hace más o menos necesitados de comprensión y compasión de parte del médico.

Sin embargo, no obstante de que los pacientes estudiados dieron mayor importancia a la relación interpersonal, también señalaron varios motivos o atributos deficientes de las dimensiones técnicas y administrativas. Dan una versión compleja de cómo creen que sucedieron los hechos, a través de un conjunto de problemas de calidad.

La falta de información y los vicios en la obtención del consentimiento informado fueron los atributos deficientes más referido por los pacientes. Estos atributos se vinculan con el derecho terapéutico del paciente, el cual cobra importancia por sus antecedentes en la ética médica, en los derechos del paciente y en el derecho sanitario mexicano, que han dado relevancia al paciente como agente autónomo, libre y responsable de decidir su participación en experimentos clínicos y en la atención médica.

El énfasis que hacen los pacientes por la información y el consentimiento informado, esta plenamente justificado, si consideramos que el acto médico suele estar limitado por la asimetría de información y conocimiento entre el paciente y el médico (Bloom S, Wilson R. 1979), y por ello, el médico para ejercer su derecho prescriptivo, primero debe cumplir con la obligación de informar adecuadamente al paciente y en su caso, también obtener su consentimiento.

Dentro de la dimensión de la relación interpersonal, casi la mitad de los pacientes se quejaron del trato recibido de parte del médico, ya que los pacientes esperan un trato respetuoso y digno. Derecho que esta definido en el sistema sanitario mexicano (LGS. 1984: Art. 51), y en la referida carta de los derechos del paciente (CONAMED. 2001)

En la dimensión técnica la falta de seguimiento del paciente junto con los problemas en el diagnóstico y en el tratamiento médico y quirúrgico fueron los atributos deficientes más frecuentes. En un estudio, mostraron que la insatisfacción del paciente se produjo con mayor frecuencia en las fases del tratamiento y el diagnóstico (Infante C, Abreu LF, Reyes I. 1999), en otro, que el error médico se cometió durante la etapa del diagnóstico y el tratamiento (Carrillo LMR. 1998). Pero lo que llamó más la atención en los resultados del presente estudio, es que el paciente señaló con mayor recurrencia a la falta de seguimiento, por encima del tratamiento y el diagnóstico.

En la dimensión administrativa, el atributo deficiente más frecuente fue la falta de oportunidad de la atención médica, como se ha señalado en diversos estudios: Una alta proporción de los entrevistados señalaron como motivo de insatisfacción los largos tiempos de espera (Robert Wood Jonson Foundation. 1978); los largos tiempos de

espera en la seguridad social (Ramírez T, et. al. 1998); la importancia de los problemas de oportunidad de la atención en la seguridad social y en las instituciones de asistencia pública (Infante C, Abreu LF, Reyes I. 1999). Incluso, algunas personas han opinado que las instituciones de salud son excesivamente burocráticas (Zurita B, Nigenda G, Ramírez T. 1996).

Los pacientes percibieron a la falta de oportunidad como una incapacidad de los servicios de salud para proporcionar una atención expedita acorde a la angustia y gravedad del problema de salud. Por ejemplo, si a un paciente se le diagnóstica un problema de insuficiencia cardiaca y le indican la necesidad de que sea valorado por un cardiólogo, pero con ese especialista le dan cita cuatro meses después; el paciente, con justa razón podrá suponer desfase entre la gravedad de su problema y el tiempo en que será atendido. Es decir, durante ese tiempo de espera, la angustia del paciente lo llevará seguramente a buscar atención con otro profesional.

De acuerdo a la perspectiva del paciente y el problema de salud, se observaron diferencias significativas entre:

- Las deficiencias en el diagnóstico, tratamiento médico y tratamiento quirúrgico con la enfermedad aguda.
- Las deficiencias en la revisión, tratamiento médico y tratamiento quirúrgico, con la enfermedad crónica.
- La falta de información en los accidentes y lesiones.
- Las deficiencias en el tratamiento médico, tratamiento quirúrgico y las obligaciones de seguridad y resultado, y con el embarazo y parto.

En relación con las consecuencias a la salud de los pacientes, se observó asociación significativa entre la no mejoría y el servicio de teco-cirugía y con las instituciones de seguridad social. En este estudio se reportó la no mejoría en 54.5% del total de los casos, mientras en otros se había referido en un 20.7% (Ramírez T, et. al. 1998). También se asoció con deficiencias en el tratamiento médico.

La pérdida parcial o total de órgano o función se reportó en 14.3% de la muestra, se asoció con el grupo de 45-64 años de edad y el servicio de hospitalización. También este problema mostró una fuerte asociación en los accidentes y lesiones; y en las deficiencias en el tratamiento quirúrgico y la falta de resúmenes clínicos que son requeridos por los pacientes, cuando desean buscar una segunda opinión.

El hecho de que la consecuencia de la atención haya sido deceso del paciente o del producto de la concepción durante la atención del parto (54 pacientes y 30 perinatos), es posible que predisponga a los familiares de los pacientes para que ante la falta de información sobre la gravedad y riesgos del caso, piensen que ese tipo de desenlace fatal fue ocasionado por culpa o error del médico.

El deceso del paciente se asoció con las variables siguientes: La edad del paciente en el grupo de 65 y más años; pacientes del sexo masculino; los servicios de urgencias y toco-cirugía; y los servicios médicos privados. La enfermedad aguda fue el problema asociado a la muerte del paciente. Con las deficiencias de la atención no presentó asociación significativa, pero el deceso perinatal se asoció con el tratamiento quirúrgico.

6.2. Las similitudes y discrepancias entre los médicos y los pacientes

Los resultados del estudio mostraron similitudes entre lo que perciben los médicos-peritos y los pacientes, se encontró asociación estadística en 7 de los 13 atributos deficientes estudiados. En el proceso técnico, cuando los pacientes percibieron deficiencia en el tratamiento quirúrgico tienen una probabilidad de 93.6% de que también sea percibida por el médico-perito; en el incumplimiento de las obligaciones de seguridad y/o resultados de 89.8%; en la falta o error diagnóstico en 79.2%; y en la deficiencia en el tratamiento médico en 67.2%. Estos hallazgos no han sido referidos en estudios previos.

En la dimensión administrativa, las similitudes fueron: Cuando el paciente percibe falta de recursos materiales o equipo tiene una probabilidad de 88.0% de que también sea

percibida por el médico; en la falta de oportunidad de la atención de 82.4%; y en la falta de expediente o resumen clínico de 80.7%.

Estas asociaciones fortalecen las hipótesis de que los pacientes como consumidores de los servicios de salud pueden asumir los papeles de colaboradores de la calidad, objetivos de la atención y como reformadores de la atención médica (Donabedian A. 1992); de que los pacientes no son tan ignorantes sobre los aspectos técnicos, cuando tienen conocimiento de la situación o cuentan con una experiencia previa que los ha preparado adecuadamente; de que la capacidad de juicio de los pacientes se fortalece educándose progresivamente a través de su experiencia, la lectura y los medios de difusión masiva, que les convierte en consumidores selectivos y críticos. En otras palabras, los pacientes están dejando de ser sólo los jueces primarios de la relación interpersonal, sino que están adquiriendo capacidad para juzgar también los aspectos técnicos y administrativos de la atención. Este tipo de estudios, podrán contribuir a la identificación y definición de criterios y estándares por los propios pacientes.

La discrepancia más importante entre los médicos-peritos y pacientes fue que, los primeros diferenciaron menos las deficiencias en las dimensiones de la calidad y su énfasis fue mayor al proceso técnico, intermedio a la administrativa y mínimo a la relación interpersonal. Mientras los pacientes, diferenciaron más las deficiencias en las dimensiones de la calidad y su énfasis fue mayor en la relación interpersonal, seguido del proceso técnico y al final, las administrativas. Los médicos-peritos mostraron una secuencia similar a la referida por Smith y Metzner, en los atributos de habilidad técnica, eficiencia y comodidad del paciente para los pacientes hospitalizados; mientras los pacientes en los atributos de interés personal, conocimiento científico y cooperación por pacientes hospitalizados. Esta analogía puede ser apropiada, al considerar que la mayoría de los pacientes del estudio recibieron atención hospitalaria.

La secuencia de los atributos deficitarios de cada dimensión de la calidad, es distinta entre el médico-perito y el paciente. Pero la discrepancia mayor, fue que los pacientes dieron mayor importancia al trato y a la información, mientras los médicos-peritos apenas lo hicieron y señalaron unos cuantos casos. Situación que confirma la hipótesis

de que el médico al juzgar su trabajo, casi siempre se limita a evaluar el desempeño técnico (Donabedian A. 1990). Es conveniente agregar, que no se trató de una falta de interés sobre los problemas de la relación interpersonal de parte de los médicos-peritos, sino que en los casos de dictamen médico la información y las pruebas son básicamente clínicas.

Sin embargo, parece poco realista esa exigua evaluación de la dimensión interpersonal, cuando se ha insistido en que la eficacia terapéutica no sólo depende de un diagnóstico preciso, sino también de que el médico logre un adecuado nivel de confianza y motivación en el paciente, para que éste, cumpla el tratamiento propuesto y aceptado (Rodríguez G. 2000), o que la interacción y comunicación efectivas entre médico y paciente son punto central para la satisfacción de ambos, por el incremento de la capacidad crítica del primero, y el impacto favorable en los resultados de salud del segundo (Rodríguez G. 2000). Es necesario recordar que el diálogo y la comunicación adquiere un significado ético y legal en la toma de decisiones y es precisamente, en este ámbito que se plantea el problema del consentimiento del paciente (Sgreccia E. 1996). Además, se ha referido que la relación interpersonal es relevante, porque puede favorecer el éxito o el fracaso del resultado de la atención (Donabedian A. 1992).

Desde esas perspectivas, las faltas en el trato y en la información y el consentimiento, tienen una naturaleza jurídica al igual que los aspectos técnicos de la atención. Los últimos sustentados por la ciencia y tecnología médicas, y los primeros por los principios morales de la sociedad y éticos del médico.

6.3. La mala práctica médica

Los resultados mostraron una prevalencia de la mala práctica similar a la población de estudio, pero considerando la mala práctica con nexo causal entre la acción del médico y el daño o perjuicio reclamado, la prevalencia de la mala práctica culposa fue de 37.7%. Prevalencia similar al 39% observado en un estudio realizado en la Procuraduría General de la República (Carrillo LMR. 1998); también a la de otros estudios americanos, en los cuales se observó que casi una tercera parte de las demandas se

resolvieron como mala práctica por "negligencia" (Brook R, Brutoco R, Williams K. 1975; Aspinwall T. 1996). La mala práctica sin nexo causal fue de 30.0% y la buena práctica médica en 32.3%.

La mala práctica sin y con nexo causal se asoció con los pacientes del sexo femenino, es decir, las mujeres tienen el 2.18 más frecuencia de recibir mala atención que los hombres. Hallazgo que se ha demostrado en otros estudios (Lichtner S, Pflanz M. 1971). Asimismo, los pacientes atendidos en el servicio médico de toco-cirugía tienen 4.91 más frecuencia de sufrir mala práctica médica. Es decir, en este estudio el predominio de las mujeres por mala práctica es debido porque casi una tercera parte de la muestra, corresponden a inconformidades por la atención del parto.

Esta situación se confirmó cuando se analizaron los resultados entre mala práctica con nexo causal y el tipo de problema de salud. En los cuales, se estimó que el embarazo y parto tiene 2.66 más frecuencia de un error médico durante su atención médica.

Desde la perspectiva del paciente, se observaron distintos patrones para cada tipo de práctica médica. Por ejemplo, la buena práctica médica determinada a través de las resoluciones médico-legales, presentó el predominio de dos atributos deficientes; la mala práctica sin nexo causal en 5 atributos; y la mala práctica con nexo causal en 8 atributos. Situación que cobra importancia al considerar que se mostró asociación en 7 de los 13 atributos deficientes, desde las percepciones del médico-perito y del paciente.

En consideración con las resoluciones medico-legales de los dictámenes médicos, los atributos deficientes que más contribuyen y explican la atención inadecuada (según la valoración del médico-perito), fueron distintos para cada tipo de mala práctica. En la relativa sin el nexo causal los factores predictivos fueron el error en el diagnóstico y en el tratamiento médico. En la mala práctica con nexo causal fueron los errores en el tratamiento quirúrgico, las obligaciones de seguridad y resultado, el seguimiento del paciente, los estudios de laboratorio y gabinete; y las deficiencias en los recursos materiales y humanos, así como en la falta de oportunidad de la atención. Por ejemplo,

la falta de oportunidad de la atención se ha referido en otros estudios (Ramírez TJ, Nájera P, Nigenda G. 1998).

Es de suponer que la mala práctica culposa o con nexo causal, sea debida tanto por error del médico pero también por faltas de las instituciones de salud. Como se ha señalado, que una tercera parte de las demandas involucra también a la administración del hospital (Brook R, Brutoco R, Williams K. 1975). Situación que cobra la importancia de la disposición y eficiencia administrativa de los establecimientos de salud, ya que su deficiencia puede contribuir con mayor probabilidad a una mala práctica, aunque su suficiencia no asegura una buena atención, pero sí contribuye a que sea adecuada y oportuna.

Por lo anterior, fue posible distinguir diferencias claras entre la mala práctica sin y con nexo causal, y diferentes factores predictivos del error médico, a partir de la valoración del médico-perito. Es importante señalar, que los valores predictivos concuerdan con las frecuencias de los atributos más deficientes percibidos por los pacientes.

Al analizar la mala práctica global y los atributos deficientes percibidos por los pacientes, se observaron valores predictivos en los relativos a la información y consentimiento y en el tratamiento quirúrgico. Al respecto se ha reportado, que el paciente basa su demanda por un inadecuado tratamiento, o error en el diagnóstico (Brook R, Brutono R, Williams K. 1975). A pesar de que este resultado no cubrió la expectativa del estudio, no desmerece la importancia de incluir y utilizar las deficiencias detectadas por el paciente para la estimación de factores predictivos de la mala práctica.

Estos resultados, tanto lo percibido por el paciente como por el médico-perito, son orientadores de diversas acciones proactivas para el gran reto sobre la calidad de la atención médica.

7. CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos del estudio de los dictámenes médicos emitidos en la CONAMED, sobre los casos de queja, demanda o denuncia por supuesta mala práctica, se presentan las conclusiones siguientes:

Es más frecuente la inconformidad por presunta mala práctica en pacientes del sexo femenino y en edad productiva. La queja, denuncia o demanda es mayormente interpuesta por un familiar del paciente afectado.

La percepción de deficiencias en la atención médica desde la perspectiva del paciente o de su familiar, es más frecuente en las instituciones de seguridad social, por la atención hospitalaria.

Los problemas de salud con mayor frecuencia de inconformidad son las enfermedades crónicas y los relacionados con el embarazo y parto, en donde los pacientes poseen mayor experiencia previa o dentro de su cadena social. Las asociaciones entre el tipo de problema de salud y los factores como la edad, el sexo, y el tipo de servicio médico tienen su referencia en la epidemiología y en las intervenciones médicas.

Los pacientes dieron una visión compleja de cómo los atendieron, pero fue mayor su énfasis a las deficiencias en la relación interpersonal, y en menor proporción al proceso técnico y administrativo. Sus reclamos tienen vinculación con sus derechos como pacientes, tales como la calidad, la oportunidad, la información, el consentimiento validamente informado, etc.

Entre los médicos y los pacientes se mostraron importantes similitudes y discrepancias. Las mayores asociaciones fueron con las deficiencias en el tratamiento quirúrgico, las obligaciones de seguridad y/o resultado, el diagnóstico y el tratamiento médico; así como en los atributos de recursos materiales, oportunidad de la atención y expediente clínico.

Las discrepancias se presentaron en el peso relativo de los atributos deficientes y de las dimensiones de la calidad. Pero, la mayor discrepancia se refirió a la deficiencia en los atributos de información y consentimiento y en el trato al paciente. Situación debida, porque los peticionarios envían los expedientes de los casos para dictamen médico, fundamentalmente, con pruebas clínicas.

De acuerdo a las resoluciones médico-legales fue alta la prevalencia de la mala práctica médica (67.7%), pero al considerar sólo el 37.7% de la mala práctica con nexo causal la prevalencia es similar a la de otros reportes sobre el tema. Se demostraron diferencias entre el tipo de práctica médica y la percepción de los atributos deficientes de parte del paciente.

Fue posible establecer varios factores predictivos de la mala práctica médica sin y con nexo causal, desde la valoración del médico-perito. Aunque, sólo se estimaron dos valores predictivos en la mala práctica global y la percepción del paciente.

Sin embargo, no se logró establecer una clara asociación entre el tipo de mala práctica y las consecuencias a la salud del paciente, con excepción del deceso perinatal.

8. RECOMENDACIONES

- Probar el modelo propuesto y propiciar su sistematización, para la evaluación de la calidad de la práctica médica en los sistemas de quejas médicas, y en los programas institucionales de calidad.
- Ahondar en los aspectos éticos de la práctica médica, así como incluirlos en la valoración de las quejas médicas.
- Incidir en la elaboración y revisión de las guías clínicas sobre la atención del embarazo, parto y puerperio, y sobre la atención de enfermedades crónicas.
- Incrementar la difusión en el gremio médico y en la población en general, sobre el análisis de las quejas médicas.
- Incluir temas de ética médica y responsabilidad profesional en los programas de formación de pregrado y posgrado de la medicina y carreras afines, así como en los programas de capacitación continua.
- Evitar la judicialización de los problemas relacionados con la práctica médica, salvo en aquellos en que instituciones como la CONAMED y las asociaciones médicas, determinen que el médico actuó culposa o dolosamente en la atención de un paciente.
- Apoyar la emisión de recomendaciones de instituciones como la CONAMED, con estudios sobre la calidad en las asesorías, quejas médicas, juicios arbitrajes y dictámenes médicos.
- Incentivar la integración y funcionamiento de los comités de ética institucionales, para que sean la primera instancia en la resolución de las quejas médicas, y los promotores de las mejores prácticas médicas.
- Desarrollar estudios de la evaluación de la práctica médica a partir de problemas específicos de salud, tales como infarto agudo del miocardio, apendicitis, diabetes mellitus, atención del parto y puerperio.

BIBLIOGRAFIA

- ⊖ **Abreu LF, et. al. (2000).** Implicaciones sociales de la calidad profesional de los médicos y de la certificación. *Gac. Méd. Méx.* 136 (6): 611-623.
- ⊖ **Acosta CB, Roux I (1980).** Médico y sociedad. Laboratorios Beechaman. Documento. Madrid.
- ⊖ **Achaval, A. (1983).** La responsabilidad civil del médico, Abeledo-Perrot, Argentina.
- ⊖ **Alderson P (1998).** Theories in health care and research. The importance of theories in health care. *British Medical Journal.* 317.
- ⊖ **AMM (1948, 1968).** Declaración de Ginebra: Juramento de Fidelidad del Médico. Asociación Médica Mundial.
- ⊖ **AMM (1949, 1968).** Código Internacional de Ética Médica. Asociación Médica Mundial.
- ⊖ **AMM (1981, 1995).** Declaración sobre los Derechos del Paciente. Asociación Médica Mundial. Lisboa-Portugal y Bali-Indonesia.
- ⊖ **AMM (1992).** Declaración sobre la Negligencia Médica. Asociación Médica Mundial. Marsella, España.
- ⊖ **Anderson RA (1984).** Citado en: Bronfman M et al. La utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Rev. Salud Pública Méx. INSP. México,* 1997 39: 442-450.
- ⊖ **Arredondo A, Meléndez V (1992).** Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: Revisión y análisis. *Salud Pública de México.* 34 (1): 36-49.
- ⊖ **Aspinwall T (1996).** Experiencia internacional en la resolución de conflictos en la relación médico-paciente: Estados Unidos. En: En: *Memorias del 1er. Simposio internacional por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico-paciente.* CONAMED. México.
- ⊖ **Atieza M (1999).** Juridificar la bioética. En: Vázquez R (compilador). *Bioética y derecho.* ITAM-FCE. México.
- ⊖ **Baudouin, J-L. (1991).** La réforme de la responsabilité médicale: responsabilité ou assurance. *Revue Générale de Droit: Vo. 22 (1):* 162-170.
- ⊖ **Berro G (2000).** Responsabilidad médica desde la óptica médico-legal. Documento. Facultad de Medicina, Universidad de la República de Uruguay.
- ⊖ **Blanco LG. (2000).** Notas acerca de los procedimientos de toma de decisiones éticas en la clínica médica y el derecho Argentino. *Cuadernos de Bioética.* Argentina.
- ⊖ **Bloom S, Wilson R (1979).** Relaciones entre médicos y pacientes. En: Capítulo 14 de *Handbook of medical sociology.* Freeman H, Levine S, Reeder L. Prentice-Hall.
- ⊖ **Bonnet E (1984).** Lecciones de medicina legal. Ed. López. Buenos Aires.
- ⊖ **Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et. al. (1991).** Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N. Engl. J. Med.* 324: 370-376.
- ⊖ **Bronfman M, et al (1997).** La utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Rev. Salud Pública Méx. INSP. México,* 1997 39: 442-450.
- ⊖ **Brook R, Brutoco R, Williams K (1975).** The relationship between medical malpractice and quality of care. *Duke Law J.* 1197-1231.
- ⊖ **Brook RH (1973).** Quality of care assessment: A comparison of five methods of peer review. Citado en: Donabedian A (1985). *Epidemiología de la calidad.* Monografía sobre la obra del Profesor Avedis Donabedian. *Rev. Calidad Asistencial.* España, 2001. 16: S54-S62.
- ⊖ **Carey C, et. al. (2000).** *Manual Washington de terapéutica médica.* Masson.

- ⇒ **Carrada T (2000)**. Prevención de las enfermedades en la práctica clínica. Rev. Inst. Enf. Resp. Mex. 13 (1).
- ⇒ **Carrillo LMR (1998)**. La responsabilidad profesional del médico. Ed. Porrúa. México. 35-61.
- ⇒ **Carwrith A (1967)**. Patiens and their doctors: A study of general practice. Citado en: Donabedian A (1984). La calidad de la atención médica y métodos de evaluación. México, DF. Prensa Médica Mexicana. 3-157.
- ⇒ **CasaMadrid O (1999)**. La atención médica y el derecho sanitario. JGH editores. México.
- ⇒ **Cerecedo V (1997)**. Iatrogenia y error médico. Rev. Méd. Hosp. Gen. Mex. 60 (2): 75-83.
- ⇒ **Código Civil (1932)**. Editorial Porrúa. 65ª. Edición. México, 1996.
- ⇒ **CONAMED (1996)**. Decreto de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México.
- ⇒ **CONAMED (2000)**. Informe estadístico, junio de 1996 a junio de 2000. CONAMED-DGIM. México.
- ⇒ **CONAMED (2001a)**. V informe anual de labores, 2000. CONAMED. México.
- ⇒ **CONAMED (2001)**. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. México.
- ⇒ **CONAMED (2002)**. Programa de Acción: Consolidación del Arbitraje Médico. México.
- ⇒ **Coser R (1956, 1962)**. A home away from home. Citado en: Donabedian A (1984). La calidad de la atención médica y métodos de evaluación. México, DF. Prensa Médica Mexicana. 3-157.
- ⇒ **CPEUM (1917)**. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México.
- ⇒ **Daza C. (1998)**. Teoría general del delito. Cárdenas editores distribuidor. 2ª. ed. México.
- ⇒ **Díez de Bonilla (1996)**. Investigación y resolución de quejas en el IMSS. En: Memorias del 1er. Simposio internacional por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico-paciente. CONAMED. México.
- ⇒ **Donabedian A (1980)**. The definition of quality and approaches to its assessment. Citado en: Risk management and quality of care. Moss F. Quality in Health Care. 1995; 4: 102-107.
- ⇒ **Donabedian A (1984)**. La calidad de la atención médica y métodos de evaluación. México, DF. Prensa Médica Mexicana. 3-157.
- ⇒ **Donabedian A (1985)**. Epidemiología de la calidad. En: Monografía sobre la obra del Profesor Avedis Donabedian. Rev. Calidad Asistencial. España, 2001. 16: S54-S62.
- ⇒ **Donabedian A (1988)**. La calidad de la asistencia: ¿Cómo podría ser evaluada? En: Monografía sobre la obra del Profesor Avedis Donabedian. Rev. Calidad Asistencial. España, 2001. 16: S80-S87.
- ⇒ **Donabedian A (1990)**. Los siete pilares de la calidad. En: Monografía sobre la obra del Profesor Avedis Donabedian. Rev. Calidad Asistencial. España, 2001. 16: S96-S100.
- ⇒ **Donabedian A (1990a)**. Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica. Perspectivas en Salud Pública No. 10. INSP. México.
- ⇒ **Donabedian A (1992)**. Garantía de calidad en la atención de salud: El papel del consumidor. En: Monografía sobre la obra del Profesor Avedis Donabedian. Rev. Calidad Asistencial. España, 2001. 16: S102-S106.
- ⇒ **Donabedian A (1993)**. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Rev. Sal. Púb. Méx. INSP. 35 (3): 238-247.
- ⇒ **Donabedian A (2000)**. Evaluación de la competencia médica. En: Monografía sobre la obra del Profesor Avedis Donabedian. Rev. Calidad Asistencial. España, 2001. 16: S137-S139.
- ⇒ **Donabedian A. (1996)**. Garantía de la Calidad: ¿Quién es el responsable? Calidad de la atención a la salud. Vol. 3 (1-2).
- ⇒ **Dorland's Medical Dictionary (1988)**. 27th ed. Philadelphia: Sanders.
- ⇒ **EH (1993)**. Enciclopedia Hispánica. Eycopaedia Britannica Publishers. México.

- **Engelhardt D. (1995).** Ética médica: Estructura, desarrollo y difusión. En: Fundación Internacional Cataldi Amatrián. Bioética. Educación y Humanidades Médicas. Buenos Aires. Vol. 2 (2).
- **Fernández Varela H, Sotelo G (2000a).** La CONAMED y la calidad de la atención médica. Medicina Universitaria. UANL. 2(8).
- **Fernández Varela H, Sotelo G. (2000).** El consentimiento mediante información. Rev. Fac. Med. UNAM. Vol 43 (1): 6-11.
- **Firth J, Venning P (1991).** Audit officers: What are they up to? BMJ. 303: 631-632.
- **Fonendo (2000).** El error en los sistemas de salud. Fonendo.com.
- **Frenk, J. Knaul, F. (1995).** Los derechos humanos como base doctrinaria para las políticas de salud. En: Economía y Salud. INSP, SSA. México.
- **Friedson E (1961).** Patients views of medical practice. Citado en: Donabedian A La calidad de la atención médica y métodos de evaluación. México, DF. Prensa Médica Mexicana. 3-157.
- **Friedson E (1961a).** Patients views of medical practice. Citado en: Relaciones entre médicos y pacientes. Bloom S, Wilson R. En: Capítulo 14 de Handbook of medical sociology. Freeman H, Levine S, Reeder L. Prentice-Hall.
- **Friedson E (1978).** La construcción popular de la enfermedad. En: La profesión médica. Barcelona. Ed. Península. 279-300.
- **Friedson E (1979).** The organization of medical practice. Citado en: Relaciones entre médicos y pacientes. Bloom S, Wilson R. En: Capítulo 14 de Handbook of medical sociology. Freeman H, Levine S, Reeder L. Prentice-Hall.
- **Funsalud (1994, 2000).** Encuesta Nacional de Satisfacción en los Servicios de Salud. Citado en: Programa Nacional de Salud, 2001-2006. México.
- **Galán, JC. (1997).** El Consentimiento Informado del Usuario de los Servicios Sanitarios. COLEX. Madrid, España.
- **Gálvez E, et. al. (1998).** Criterio profesional acerca del error médico. Rev. Cubana Med Gen. Integral. 14 (1).
- **García Ramírez S. (1997).** Consideraciones sobre el derecho penal y la práctica médica. En: La responsabilidad profesional y jurídica de la práctica médica. CONAMED-AMC. México.
- **Gilmore CM, Moraes H (1996).** Manual de Gerencia de la Calidad. OPS-OMS-Fund. Kellog. Paltex Vol III. Washington, DC.
- **González F (1999).** Errores médicos o desviaciones en la práctica asistencial diaria. Conferencia presentada en la Real Academia de Medicina de Santa Cruz de Tenerife. España.
- **Gozairi OA (2000).** La carga de la prueba en la responsabilidad médica. Documento. Argentina (rubinzal.com.ar)
- **Guarner V, Lifshitz A, Salmeron P, Junich H (1995).** Nuevas tecnologías y nuevos daños iatrogénicos. México. 131: 533-552.
- **Guzmán F (2000).** Criterios para definir la responsabilidad civil del acto médico. Documento. Universidad San Martín. Colombia.
- **Harrison TR (1962).** Principles of internal medicine. McGraw-Hill. USA.
- **Hervada, J. Zumaquero, J. (1978).** Textos internacionales de derechos humanos. Universidad de Navarra. España.
- **Hulka BS, et. al. (1971).** Satisfaction with medical care in a low income population. Citado en: Donabedian A (1984). La calidad de la atención médica y métodos de evaluación. México, DF. Prensa Médica Mexicana. 3-157.

- ⇒ **Huntley R. et. al. (1961)**. La calidad de la atención médica: Técnicas e investigación en la clínica de pacientes ambulatorios. En: White K, et al. Investigación sobre servicios de salud: Una antología. OPS. Washington, DC, 1992.
- ⇒ **Illich I (1975)**. Némesis médica: La aproximación de la salud. Barral editores. España.
- ⇒ **INEGI (1994)**. Niveles de bienestar en México. México. INEGI.gob.mx
- ⇒ **INEGI (2001)**. Censo nacional de población y vivienda, 2000. México. INEGI.gob.mx
- ⇒ **Infante C (1998)**. La insatisfacción manifiesta de los pacientes con la calidad de la atención médica: Estudio de caso de las quejas en la CONAMED. CONAMED. México.
- ⇒ **Infante C, Abreu LF, Reyes I (1999)**. Problemas de calidad de la atención médica que reflejan las quejas de los usuarios de la CONAMED. Cuaderno de Divulgación 4, CONAMED. México.
- ⇒ **Institute of Medicine (2000)**. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st. century. NAP. Washington, DC.
- ⇒ **Institute of Medicine (2000a)**. To err is human: Building a safer health system. NAP. Washington, DC.
- ⇒ **Islas, O. (1982)**. Análisis lógico de los delitos contra la vida. Editorial Trillas. México, 33.
- ⇒ **Janzen E (1974)**. Quality nursing care assurance. Citado en: Donabedian A. Epidemiología de la calidad. 1985.
- ⇒ **Konold D, Veatch R. (1996)**. Códigos de Ética Médica. En: Academia Nacional Mexicana de Bioética-OMS-OPS. Jornada de análisis y actualización de la bioética en los servicios de salud. México, 1995.
- ⇒ **Leape LL (1994)**. Error in medicine. JAMA. 272: 1851-1857.
- ⇒ **Leape LL, Brennan TA, Laird NM, et. al. (1991)**. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. N. Engl. J. Med. 324: 377-384.
- ⇒ **LEP (1945)**. Ley del Ejercicio Profesional para el Distrito Federal. México.
- ⇒ **LGS (1984)**. Ley General de Salud. México.
- ⇒ **Lichtner S, Pflanz M (1971)**. Appendectomy in the federal republic of Germany. Citado en: Donabedian A. Epidemiología de la calidad. 1985.
- ⇒ **López Acuña D, Brito P, Crocco P, Infante A, Marín JM y Cevallos JL. (2000)**. Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones. Rev. Panam. Salud Pública. 8 (1/2).
- ⇒ **López X (1995)**. Actitud médica y conocimientos legales de algunos derechos del paciente. Rev. Invest. Cln. México. 47 (1).
- ⇒ **López-Muñoz, G. (1998)**. En Defensa del Paciente. Dykinson. España.
- ⇒ **Loureiro RZ (2000)**. Enfermedad iatrogénica: Un diagnóstico a tener presente. Documento. Facultad de Medicina, Universidad de la República de Uruguay.
- ⇒ **Llano A (1990)**. El morir humano ha cambiado. En: Bioética. OPS. 108 (5 y 6).
- ⇒ **Maurach, R. (1962)**. Tratado de derecho penal. Editorial Ariel. Barcelona; 239.
- ⇒ **Mazzei (1970)**. El concepto de iatrogenia. Pren. Méd. Argent. 57: 1060-1064.
- ⇒ **Menéndez E (1990)**. Antropología médica, orientaciones, desigualdades y transacciones. CIESAS-SEP. México.
- ⇒ **Moctezuma G (1995)**. Las responsabilidades en el ejercicio profesional de la medicina. Rev. Mex. Anest. 18 (1): 43-48.
- ⇒ **Moctezuma G. (1991)**. Los derechos humanos y la Ley General de Salud. CNDH. México.
- ⇒ **Mora G, Nigenda G (2000)**. La práctica médica y las nociones sobre la CONAMED. Reporte de investigación. INSP. México.

- **Moss F (1995)**. Risk management and quality of care. *Quality health care*. 4: 102-107.
- **NOM-168-SSA1 (1998)**. Norma Oficial Mexicana sobre el Expediente Clínico. SSA. México.
- **OMS (1946)**. Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
- **ONU (1948)**. Declaración Universal de Derechos Humanos.
- **OPS (1994)**. I Cumbre de las Américas. Citado en: Ross AG, Cevallos JL e Infante A. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. *Rev. Panam. Salud Pública*, 8 (1/2).
- **OPS (1995)**. Informe de la reunión especial sobre la reforma del sector salud. Washington, DC. 1996.
- **Ortega JL, Infante C (2000)**. La participación del paciente y la duplicación en la utilización de servicios de atención médica por efecto de la insatisfacción con la calidad. CONAMED-UNAM. México.
- **Padilla H (1992)**. El pensamiento científico. Ed. Trillas. México.
- **Passos R (1997)**. Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud. Serie Paltext salud y sociedad. OPS-OMS. Washington, DC. 1-157.
- **Payne BC, et. al. (1971)**. Method for evaluating and improving ambulatory care. Citado en: Donabedian A (1985). *Epidemiología de la calidad. Monografía sobre la obra del Profesor Avedis Donabedian*. *Rev. Calidad Asistencial*. España, 2001. 16: S54-S62.
- **PNS (2001)**. Programa Nacional de Salud, 2001-2006. SSA. México.
- **Powell J, et. al. (1994)**. Involving consumers in assessing service quality: Benefits of using a qualitative approach. *Quality in health care*. 3: 199-202.
- **Prince PB, et. al. (1971)**. Measurement of physician performance. Citado en: Donabedian A (1984). *La calidad de la atención médica y métodos de evaluación*. México, DF. Prensa Médica Mexicana. 3-157.
- **Ramírez TJ, Najera P, Nigenda G (1998)**. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Méx*. 40: 3-12.
- **RDOTCSH (1985)**. Reglamento en Materia de Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres en Seres Humanos. México.
- **Reason J (1995)**. Understanding adverse events: Human factors. *Quality health care*. 4: 80-89.
- **Reich W. (1982)**. *Encyclopedia of bioethics*. The Free Press. New York, EUA.
- **Riedel RL, Riedel DC (1979)**. Practice and performance: An assessment of ambulatory care. Citado en: Donabedian A (1985). *Epidemiología de la calidad. Monografía sobre la obra del Profesor Avedis Donabedian*. *Rev. Calidad Asistencial*. España, 2001. 16: S54-S62.
- **Riera LA (1999)**. La pericia médico-legal en demandas por responsabilidad profesional. Documento. Argentina (infovia.com.ar).
- **RIS (1986)**. Reglamento en Materia de Investigación para la Salud, México.
- **Riss P (1996)**. La negligencia médica. *Foro Mundial de Salud*. Vol. 17.
- **Robert Wood Johnson Foundation (1978)**. Special report. Citado en: Donabedian A (1984). *La calidad de la atención médica y métodos de evaluación*. México, DF. Prensa Médica Mexicana. 3-157.
- **Rodríguez G (2000)**. Relación médico-paciente: Interacción y comunicación. Miguel Angel Porrúa. México.
- **Ross A, Cevallos JL, Infante A (2000)**. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. *Rev. Panam. Salud Pública*. 8 (1/2): 93-97.
- **RPSAM (1986)**. Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. México.
- **Ruelas E, et. al. (1990)**. Círculos de calidad como estrategia de un programa de la atención médica en el INPER. *Salud Pública Mex*. 32: 270-220.

- ⇒ **Sanazaro PJ (1968)**. A classification of physician performance in internal medicine. Citado en: Donabedian A (1984). La calidad de la atención médica y métodos de evaluación. México, DF. Prensa Médica Mexicana. 3-157.
- ⇒ **Scheff T (1963)** Reglas de decisión, tipos de error y sus consecuencias en el diagnóstico médico. En: En: White K, et al. Investigación sobre servicios de salud: Una antología. OPS. Washington, DC, 1992.
- ⇒ **Sgreccia E (1996)**. Manual de Bioética. IHCS. UA-Diana. México.
- ⇒ **Shapiro S, Weiner L, Densen PM (1985)**. Comparison of prematurity and perinatal mortality in a general population and in the population of a prepaid group practice medical care plan. Citado en: Donabedian A (1985). Epidemiología de la calidad. Monografía sobre la obra del Profesor Avedis Donabedian. Rev. Calidad Asistencial. España, 2001. 16: S54-S62.
- ⇒ **Shaw C, Costain D (1989)**. Guidelines for medical audit: Seven principles. BMJ. 299: 498-499.
- ⇒ **Shiloh A, (1965)**. Equalitarian and hierarchal patients. Citado en: Donabedian A (1984). La calidad de la atención médica y métodos de evaluación. México, DF. Prensa Médica Mexicana. 3-157.
- ⇒ **Smith DB, Metzner CA (1970)**. Diferencial perceptions of health care quality in a prepaid group. Citado en: Donabedian A (1984). La calidad de la atención médica y métodos de evaluación. México, DF. Prensa Médica Mexicana. 3-157.
- ⇒ **Solon J, Sheps C, Lee S (1969)**. Bosquejo de los patrones de atención médica. En: White K, et al. Investigación sobre servicios de salud: Una antología. OPS. Washington, DC, 1992.
- ⇒ **SSA (1997, 1999)**. Diagnóstico basal de salud. Citado en: Programa Nacional de Salud, 2001-2006. México.
- ⇒ **Starfield B.(1973)**. Investigación de servicios de salud: Un modelo práctico. The New Engl. Journal of Med. 289. En: White K, et al. Investigación sobre servicios de salud: Una antología. OPS. Washington, DC, 1992.
- ⇒ **Sussman MB, Caplan EK, Huag MR y Stern MR (1967)**. The walking patient: A study of outpatient care. Citado en: Donabedian A (1984). La calidad de la atención médica y métodos de evaluación. México, DF. Prensa Médica Mexicana. 3-157.
- ⇒ **Thomson B, Collins MJ, Hearn G (1990)**. Clinician interpersonal communication skills and contact lens wearers motivation, satisfaction an compliace. Ootometry & vision science. 69 (9.)
- ⇒ **Treanor H (2000)**. Health risks and the health care professional. Medicine, helth care and philosophy. E: 251-255.
- ⇒ **Vidal LM, Reyes H. (1993)**. Diseño de un sistema de monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad. Salud Pública Méx. 35: 326-331.
- ⇒ **Vincent CA (1990)**. Medical accidents. En: Mann R. Audit and accountability. Royal Society of Medicine. Londres.
- ⇒ **Ware JE, Zinder MK (1975)**. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. Citado en: Donabedian A (1984). La calidad de la atención médica y métodos de evaluación. México, DF. Prensa Médica Mexicana. 3-157.
- ⇒ **Weeks HA (1962)**. Tightness of organization related to patterns of patient care. Citado en: Donabedian A (1985). Epidemiología de la calidad. Monografía sobre la obra del Profesor Avedis Donabedian. Rev. Calidad Asistencial. España, 2001. 16: S54-S62.
- ⇒ **White K, F, Williams F, Greenberg B (1961)**. Ecología de la atención médica. En: White K, et al. Investigación sobre servicios de salud: Una antología. OPS. Washington, DC, 1992.
- ⇒ **Zurita B, Nigenda G, Ramirez TJ (1996)**. Encuesta de satisfacción con los servicios de salud. En: Frenk J, editor. Observatorio de la salud: Necesidades, servicios y políticas. FUNSALUD. México, 1997.