

11787



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN CIENCIAS
MEDICAS, ODONTOLOGICAS Y DE LA SALUD

QUEJAS MEDICAS: LA INSATISFACCION DE LOS PACIENTES
CON RESPECTO A LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

T E S I S

PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTORA EN CIENCIAS
P R E S E N T A :
CLAUDIA B. INFANTE CASTAÑEDA

TUTORA: ISABEL REYES-LAGUNES
CO.TUTORES: DR. ALBERTO LIFSHITZ
DR. ROLANDO DIAZ - LOVING

MEXICO, D. F.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México la oportunidad que nos da a miles de alumnos para superarnos y de retribuir con nuestro trabajo a la sociedad mexicana.

Agradezco a mi familia por su incondicional apoyo y cariño.

Agradezco las enseñanzas de mis maestros, compañeros y alumnos: este trabajo plasma mucho de lo que hemos aprendido juntos.

Agradezco a mi comité tutorial su apoyo para llevar a cabo este proyecto
Dra. Isabel Reyes-Lagunes
Dr. Alberto Lifshitz
Dr. Rolando Díaz Loving

Agradezco las valiosas sugerencias de mis sinodales
Dr. Alejandro Cravioto
Dra. Martha Híjar
Mtro. Víctor Martínez Bullé-Goyri
Dra. Ma. Elena Medina Mora
Dr. Luis Alberto Vargas

Agradezco a todo el personal de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico que apoyó en el desarrollo de este trabajo.

DEDICO ESTE TRABAJO:

A mi abuelo, Dr. Gonzalo Castañeda quien, sin saberlo,
sembró en mi el amor a la medicina y la
responsabilidad social y humana del médico a sus pacientes.

A aquellos pacientes que buscan que sus voces
sean escuchadas por los profesionales de la salud.

**QUEJAS MÉDICAS:
LA INSATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON RESPECTO
A LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA**

INDICE

	<i>Página</i>
<i>Introducción</i>	1
I PARTE: MARCO CONCEPTUAL	9
Capítulo 1. <i>Las quejas médicas, la mala práctica y la calidad de la atención</i>	11
1) Ubicación de las quejas médicas dentro de la problemática de la mala práctica	
2) Las quejas médicas como indicadores de calidad de la atención	
3) Las quejas médicas como instrumento para elevar la calidad de la atención	
Capítulo 2. <i>Factores que intervienen en la manifestación de las quejas y en la radicación de demandas</i>	27
1) Elementos que considera el paciente para interponer una demanda	
2) Manifestación de las quejas y opiniones de insatisfacción con los servicios	
3) Los motivos de queja	
4) Las pretensiones de las quejas	
5) Las quejas de los que no tienen voz	
Capítulo 3. <i>El sistema y los actores: la atención médica y la relación médico-paciente</i>	41
1) El contexto de la atención médica en las sociedades modernas: algunas bases sociológicas	
2) La relación médico-paciente como proceso social	
3) La comunicación en la relación médico-paciente y las quejas médicas	
Capítulo 4. <i>Las quejas médicas dentro del proceso de atención a la salud</i>	61
1) Ubicación de las personas que se quejan dentro de la población general	
2) El proceso de atención a las quejas médicas	
3) Enfoques de análisis de las quejas médicas: el enfoque médico-legal y el enfoque del paciente.	
4) Visión prospectiva de las quejas médicas	

II PARTE: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	75
Capítulo 5. <i>Abriendo las puertas a la atención de las quejas de los pacientes</i>	77
1) La opinión de los pacientes en el escenario de la atención médica	
2) Creación de las condiciones para la manifestación de la insatisfacción: la atención de las quejas	
3) Los diferentes tipos de quejas y demandas médicas: aspectos legales.	
Capítulo 6. <i>Porqué la perspectiva del usuario es un problema de construcción del conocimiento</i>	93
1) Identificación de los retos de investigación	
2) La investigación sobre la opinión de los usuarios acerca de la calidad de la atención médica	
3) Ubicación de las quejas médicas y de la perspectiva de los usuarios dentro de la investigación sobre la calidad de la atención	
III PARTE: METODOLOGÍA	109
Capítulo 7. <i>Estrategias metodológicas para la investigación sobre quejas médicas</i>	111
1) Transformación de las experiencias de los pacientes en quejas médicas: problemas epistemológicos y metodológicos	
2) Material	
3) Abordaje metodológico	
IV PARTE: RESULTADOS	137
Capítulo 8. <i>La manifestación de quejas sobre la calidad de la atención médica. El caso de la CONAMED</i>	139
1) Creación de la CONAMED	
2) Algunos indicadores de lo que nos dicen los usuarios en las quejas de la CONAMED	
3) Relación entre los motivos de queja y las fases de la atención médica	
4) Relación entre los motivos de queja y los tipos de servicio	
5) Conclusiones	
Capítulo 9. <i>En busca de la explicación de como se incorpora la insatisfacción y la queja dentro del proceso de atención médica</i>	153
1) Antecedentes	
2) Metodología	
3) Resultados	
4) Conclusiones	

Capítulo 10. <i>Características de las quejas médicas por falta de oportunidad en el tratamiento quirúrgico</i>	169
1) El diferimiento quirúrgico como motivo de queja	
2) Modelo conceptual para el estudio del diferimiento quirúrgico como motivo de queja	
3) Población y método	
4) Resultados	
5) Conclusiones	
Capítulo 11. <i>Perfiles técnicos de las quejas, duplicación de servicios y pretensiones de los usuarios</i>	181
1) Quejas por diferimiento quirúrgico: problemas técnicos y duplicación de servicios	
2) Método	
3) Resultados	
4) Conclusiones	
Capítulo 12. <i>Patrones de queja por diferimiento quirúrgico: integración de la perspectiva técnica y la del paciente</i>	195
1) Reconstrucción de los motivos de queja	
2) Método	
3) Resultados	
4) Conclusiones	
Conclusiones	207

Introducción

Las quejas médicas deben entenderse como un fenómeno social a través del cual los pacientes reflejan sus expectativas no cumplidas y las características del modelo de atención que desearían tener. El temor a las quejas y demandas es inevitable. Sin embargo, la reacción social ante las quejas debe basarse en el estudio de lo que son y reflejan las quejas médicas y no en la creencia común de que están determinadas por errores y negligencia médica. Es necesario buscar comprender lo que es la queja médica desde el punto de vista de los pacientes; el aprendizaje de las quejas debe consistir en identificar aquello que los pacientes están reflejando en ellas, aquello que la población define y experimenta como irregularidades en la atención.

Naturalmente se identifican problemas en la atención médica atrás de las quejas. Muchos de ellos son lamentablemente comunes. Sin embargo, en esta investigación se documenta que ese no es el problema fundamental que reflejan las quejas. Los problemas de calidad de la atención que identificamos en ellas son solo ilustrativos y no representativos. Lo que si refleja el análisis de las quejas desde el enfoque de las ciencias sociales, es la forma como la población experimenta la atención médica y como enfrenta las dificultades que ahí encuentran. Las quejas reflejan tipos de problemas de interrelación entre los pacientes y los médicos y entre la población y la complejidad de las organizaciones de atención médica, así como la constelación de obstáculos a los que se enfrentan los pacientes. Los pacientes comprenden y pueden llegar a perdonar muchos errores, lo que no perdonan es el maltrato y que no se les informe que está pasando o que sucedió. El respeto y la dignidad es lo que piden los pacientes en la mayoría de las quejas.

El presente estudio buscó acercarse a las quejas médicas para entender lo que son y lo que nos dicen los pacientes a través de ellas. Con este objetivo, nos encontramos con una serie de problemas y lagunas de diferente índole: teóricas, metodológicas, epistemológicas y técnicas. Por ello, el principal reto de esta investigación fue la construcción del problema: las quejas médicas parecen estar en un limbo, no tienen un nicho propio, son un híbrido entre las demandas, la mala-práctica, los errores médicos, la insatisfacción del paciente, la práctica médica a la defensiva, el análisis de casos clínicos, etc. En el proceso de desarrollo

de este trabajo fue asombroso encontrar que se ha ignorado al paciente en las quejas, es decir, la voz del paciente no existe en el análisis de las quejas médicas. El quejoso es un portavoz incómodo de presuntas irregularidades médicas y en los servicios. Se asume que lo que ‘descubren’ las quejas son las irregularidades, los errores y problemas de calidad. Evidencian los gravísimos problemas de la deteriorada relación médico-paciente en un sistema de salud cada vez más complejo, rebasado, dentro de una anómica red de instituciones sociales desgastadas, de relaciones interpersonales configuradas por la burocracia. Se atiende al quejoso, se decantan los problemas técnicos, el resto se descarta.

El reto es darle la voz a los pacientes y buscar la mejor manera de entender lo que nos dicen en sus propios términos y no en los nuestros. Había que recuperar la riqueza de la queja como una construcción social de problemas de atención médica y del modelo de atención que está esperando la población. Había que identificar y recuperar su naturaleza. Muchos de los problemas que expresan los pacientes son quejas que los prestadores de servicios no tienen forma de expresar y muchas veces tampoco pueden resolver, no por ignorancia ni negligencia, sino porque los rebasan y porque no hay canales para que los manifiesten.

El problema fundamental de las quejas es de interacción humana. Aún habiendo errores, negligencia, irregularidades o incluso eventos adversos, la queja surge prioritariamente por la relación humana con el paciente, no por los problemas técnicos y cuando éstos están presentes, no son unicausales, es una constelación de factores en contextos determinados. Lo extraño es que los prestadores de servicios lo saben y las reacciones a las quejas van hacia la práctica médica hacia la defensiva y no hacia un esfuerzo por mejorar la calidad de la relación con el paciente. De la misma manera como muchas enfermedades requieren de cambiar estilos de vida para su control, la insatisfacción del paciente como patología social requiere de cambiar de estilo de práctica médica.

Esta investigación pretende contribuir a documentar esta problemática. Con este propósito, en la primera parte de este estudio se incluyen cuatro capítulos en los que se desarrolla un marco conceptual para entender, ubicar y contextualizar el problema social de las quejas médicas. El primer capítulo ubica a las quejas dentro del ámbito de la manifestación de la insatisfacción con la calidad de la atención médica, incluyendo las demandas, la mala-práctica, la negligencia, los errores médicos, y los eventos adversos derivados de ellos. Se

sabe que, en general, muy pocos de los pacientes que sufren daños demandan y muchos de los pacientes que demandan no demuestran negligencia en términos técnicos; sin embargo, en más de la mitad de los casos se falla en favor del demandante, en mucho porque los médicos prefieren pagar y evitar el daño moral que les produciría un juicio de esta clase.

Al radicar las quejas los usuarios solicitan que se atienda su problema personal, pero, en muchos casos, también subyace la intención (implícita o explícita) de que su denuncia sirva para evitar que su problemática se repita con otro paciente y se mejoren los servicios en general. Al respecto, el primer capítulo incluye la propuesta de un modelo conceptual que distingue dos tipos de respuesta social a estas demandas que subyacen a las quejas de acuerdo al nivel de impacto del que se trate. En primer lugar está el nivel individual de la queja, cuya respuesta es la atención queja por queja. En un segundo nivel está el estudio colectivo de las quejas en su conjunto que posibilita el desarrollo de investigaciones científicas para indagar acerca de los problemas de calidad que plantean las quejas y que conlleva el propósito de contribuir a mejorar la calidad de la atención.

Si las quejas no reflejan problemas “técnicos”, entonces: ¿qué son las quejas? Las quejas, “son construcciones hechas por los pacientes sobre experiencias de atención médica vividas como insatisfactorias.” Son indicadores de insatisfacción con respecto a la atención recibida tal y como es percibida, interpretada y expresada por los pacientes mismos. Esto es, involucran tanto la insatisfacción de los usuarios como la manifestación de la insatisfacción. Son dos hechos sociales que se construyen independientemente de que exista un error o negligencia médica técnicamente definida. Sin embargo, sólo una parte de la insatisfacción deriva en una queja médica, ya que hay un conjunto de factores de diferente índole que intervienen entre la insatisfacción del paciente y la decisión y la oportunidad de radicar la queja. En el Capítulo 2 se profundiza en estos factores que median entre la insatisfacción y la manifestación de las quejas. El grado de incapacidad que provoca el problema de atención, la reincidencia de eventos percibidos como irregularidades en la atención, la calidad de la relación con su médico, el grado de enojo y la influencia de sus redes sociales, entre otros, son factores asociados a la probabilidad de presentar quejas y demandas médicas. El problema de la exclusión de la opinión y participación de la población que cuando mucho solo tiene acceso al paquete básico de salud no se puede dejar

de considerar. Por ello, el capítulo finaliza reflexionando sobre los millones de mexicanos cuya queja silenciosa es el no tener acceso a los servicios de salud.

Bajo un enfoque de las ciencias sociales, en el Capítulo 3 se ubican e interpretan las quejas a la luz de fenómenos sociales mas amplios como es la sociología del riesgo, las evidencias sobre el nuevo papel de la sociedad civil y su participación en múltiples aspectos de la vida social entre otros aspectos, la relación médico-paciente como proceso social y la comunicación. El problema de las quejas y demandas médicas constituye uno de los indicadores de la “decadencia de la confianza en la autoridad experta de las sociedades modernas.” Ahora más que nunca “el juicio de los expertos está constantemente abierto al escrutinio” de la población, misma que es quien finalmente la acepta o rechaza, es decir, quien le confiere su legitimidad.

Después de ubicarnos en lo que son las quejas, en el Capítulo 4 se propone un modelo que describe el lugar de las quejas dentro de la trayectoria de atención médica y que lo vincula con el proceso de atención a la queja. Respecto a este último, el modelo conceptual desarrollado en este capítulo permite identificar y orientar el desarrollo de proyectos de investigación sobre las quejas médicas. Resaltan dos puntos en esta propuesta: por un lado, los estudios orientados hacia la mejoría de la “calidad del proceso de atención de quejas” incluyendo el mejoramiento continuo de la calidad de la atención de las quejas; por otro lado, las investigaciones sobre las quejas orientadas a mejorar la “calidad de la atención médica.”

En la segunda parte del trabajo se presentan los elementos que fundamentan el problema de estudio: en el Capítulo 5 se describe porqué y cómo es que las quejas médicas constituyen un problema “social” y en el Capítulo 6 se construye el problema de “investigación”.

La comprensión de las quejas médicas como problema “social” requiere de la reflexión sobre el papel que están jugando las opiniones de los pacientes en el escenario de la atención y práctica médicas en la sociedades actuales. Opiniones sobre la atención médica siempre ha habido, lo que ha cambiado son las condiciones sociales y culturales que permiten exteriorizarlas. La vía para incorporar las opiniones de los pacientes a la mejoría de los servicios es el abrir la ventanilla de la participación social y crear las instancias, las instituciones, los mecanismos, los conocimientos y la cultura para recibirlas, atenderlas y

aprovecharlas. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico es un ejemplo de apertura hacia la atención de las quejas. En ella, como en el resto de instancias receptoras de quejas, la potencialidad de las quejas para mejorar la calidad de la atención médica está supeditada, no sólo a su atención y solución individual, sino, de manera central, al estudio e investigación científica que de ellas se deriva tomando en cuenta la perspectiva del usuario. Actualmente en México los pacientes pueden manifestar su insatisfacción a diferentes niveles según los efectos y alcances de lo que desean. El capítulo 5 concluye describiendo los aspectos legales y las implicaciones de los diferentes tipos y demandas médicas.

Existe una creciente exigencia y expectativas generales de los usuarios de los servicios de salud que de manejarse exclusivamente por vía de la resolución de quejas, se corre el riesgo de tener un conflicto interminable. Por ello, es importante la investigación sobre las quejas para comprender y solucionar los problemas de fondo que subyacen a las quejas. A pesar del importante esfuerzo hecho para estudiar la insatisfacción de los pacientes, lo que ha prevalecido es la opinión de los usuarios sobre lo técnico y no la perspectiva de los usuarios o su punto de vista sobre la atención, lo cual es muy distinto. Se propone que debe permitirse a los pacientes definir sus propias prioridades en su evaluación de la atención y no dejar que todos los criterios de evaluación los seleccionen los profesionales. Estas premisas nos ubican en el complejo problema que significa el estudio de las quejas ya que se trata, no sólo de desarrollar una simple metodología para preguntarles a los pacientes su opinión, sino de elaborar el problema de la investigación de las quejas médicas como relativo a la construcción del conocimiento. Los argumentos que fundamentan este planteamiento se presentan en el Capítulo 6.

En la tercera parte de este trabajo se describen a profundidad las estrategias metodológicas para la investigación sobre las quejas médicas, incluyendo una reflexión sobre algunos problemas epistemológicos del análisis de las quejas. El hecho de que en las quejas sea el propio paciente quien manifieste los problemas de calidad de los servicios no significa que, de modo automático, reflejen la perspectiva del paciente. Cuando se reciben y atienden las quejas pasan por un proceso de traducción técnica, en donde médicos y abogados reconstruyen los casos para su trámite. En este proceso las características originales de la queja se van orientando paulatinamente de la perspectiva del paciente hacia el paradigma médico; la queja se va medicalizando y judicializando hasta que el paciente vuelve a perder

el control de su proceso de atención. Irónicamente, mientras las quejas médicas como instancia social y política constituyen un mecanismo para dar poder a los pacientes, las características de su proceso de atención regresan el control a un mundo médico y jurídico del cual tiene muy poco control. Los mecanismos a través de los cuales sucede esta transformación de las experiencias de los pacientes se analizan finamente en el capítulo 7, donde se define qué son realmente las quejas médicas y en qué se convierten al ser transcritas. Posteriormente se presentan con detalle las estrategias metodológicas utilizadas para la investigación teniendo en cuenta que “la investigación sobre las quejas médicas debe permitir recuperar la voz y experiencia de los pacientes y no sólo considerar a las quejas como instrumento para obtener información técnica de irregularidades en la atención.” En otras palabras, preguntarse “qué tan capaces son los pacientes para juzgar lo técnico es una cuestión muy diferente a preguntarse cómo juzgan, y qué esperan y expresan los pacientes. En la segunda parte de este capítulo se describe la forma como se combinaron la metodología y técnicas cualitativas y cuantitativas para responder a las preguntas de investigación.

En la cuarta parte de este informe se incluyen cinco capítulos con los resultados empíricos obtenidos. Con base en un análisis estadístico de todas las quejas radicadas en CONAMED durante tres años, en el Capítulo 8 se documentan las asociaciones entre los motivos principales de queja, la fase de atención médica en donde se ubican las quejas y el tipo de servicio de salud del que se quejan los usuarios. Se comprueba que los motivos de queja están relacionados con factores organizacionales y del tipo de práctica médica. Las quejas de los pacientes privados están más asociadas a problemas éticos, mientras que las quejas de los usuarios de servicios públicos y de seguridad social están más asociadas a las cargas de trabajo, la insuficiencia de recursos y factores organizacionales y del efecto de estos contextos institucionales en el desempeño de los médicos.

El Capítulo 9 se basa exclusivamente en metodología cualitativa y a partir de los textos de las narraciones de los usuarios, documenta la forma como se construye la insatisfacción y la queja dentro de las trayectorias de búsqueda de atención médica de los pacientes. Los capítulos 10 a 12 se basan en el análisis cuantitativo de las quejas por diferimiento quirúrgico. El Capítulo 10 presenta el modelo conceptual derivado de la identificación cualitativa de los factores involucrados en estas quejas, e incluye una descripción de las

características generales de estas quejas. En el Capítulo 11 se presenta el perfil técnico de las quejas, en donde se buscó caracterizar el perfil de las quejas no solo a partir de los problemas de calidad de la atención mencionados en ellas, sino conjuntamente con el resto de las características de la atención médica. Con estos datos se comprueba que los tipos de quejas se tienden a agrupar por nivel de complejidad de los casos. En este capítulo también se hace un análisis especial de posibles factores predictores del problema de la duplicación de servicios como un indicador de insatisfacción con la calidad de la atención. En el capítulo doce se muestran los resultados de un análisis conjunto de los problemas de atención vistos por los pacientes y por los médicos concluyendo con la identificación de patrones de queja médica que van más allá de documentar problemas técnicos y encuentran que las quejas reflejan las diferentes formas como los pacientes son informados y manejados dependiendo del tipo de irregularidad en los servicios que hayan experimentado.

El trabajo concluye proponiendo que es necesario construir una nueva forma de entender las quejas médicas bajo la perspectiva del paciente y a la luz de las ciencias sociales. Para ello es necesario continuar profundizando en esta nueva línea de investigación buscando reconocer el tipo de cambios que la población desearía en el modelo de atención que reflejan las quejas.

Esta tesis abrió una línea de investigación nueva. Por la temática se encontró una abrumadora cantidad de literatura de diferentes temas asociados a las quejas, pero el contenido de las quejas médicas ha sido escasamente estudiado y muy poco se ha problematizado sobre ellas. Los análisis han sido básicamente a nivel de estudios de casos médicos o para informes administrativos. *No se encontró ningún reporte de investigación sobre quejas médicas bajo la perspectiva del paciente. La concepción medicalizada de las quejas es en buena parte responsable de la ausencia de metodologías para estudiarlo.*

A partir de diversas aproximaciones se cumplió con el objetivo de investigación originalmente planteado: Generar un modelo que de cuenta de la construcción social de la insatisfacción con la calidad de la atención médica manifestada en las quejas, a partir de la perspectiva de los usuarios:

- a) sobre la forma como entienden, la atención médica recibida, así como los problemas relacionados con la calidad de la atención recibida (motivos de queja);

- b) sobre los patrones conformados por las características de los sujetos, los contextos, los motivos que subyacen a las quejas y los tipos de quejas;
- c) sobre el proceso a través del cual identificaron un problema en la atención así como la insatisfacción;
- d) sobre su trayectoria para llegar a la manifestación formal de la insatisfacción con la calidad de la atención médica recibida así como los factores y personas que influyeron en la manifestación de la queja;
- f) sobre los efectos (en el usuario y en sus personas cercanas) que tuvo el problema de mala calidad de la atención recibida.

El segundo objetivo general fue coadyuvar en el mejoramiento de la atención de las quejas, especialmente en sus procedimientos de recepción de quejas, en su sistema de información. Al respecto, consideramos que la aplicación de los resultados encontrados dependerá en mucho de comprender este nuevo enfoque de las quejas médicas rescatando la perspectiva de los pacientes.

El desarrollo de este trabajo fue posible gracias al convenio de colaboración UNAM-CONAMED (7341-849-11-XI-97), estrategia ideal para combinar los objetivos académicos con la investigación en sistemas de salud.

I PARTE: MARCO CONCEPTUAL

Capítulo 1. *Las quejas médicas, la mala práctica y la calidad de la atención*

Capítulo 2. *Factores que intervienen en la manifestación de las quejas y en la radicación de demandas*

Capítulo 3. *El sistema y los actores: la atención médica y la relación médico-paciente*

Capítulo 4. *Las quejas médicas dentro del proceso de atención a la salud*

Capítulo 1

Las quejas médicas, la mala práctica y la calidad de la atención

1) Ubicación de las quejas médicas en la problemática de la mala práctica

El problema de las quejas y demandas médicas no se reduce a la negligencia, a los errores médicos ni a la mala práctica médicamente definida, como tampoco a su falaz asociación con el número de consultas o acciones médicas. Estos argumentos asumen que la definición, contenidos y expectativas de la atención médica de calidad son iguales o similares para pacientes y médicos. Esto no es así, ni entre médicos ni entre pacientes. La relación entre las quejas y demandas médicas y la calidad de la atención ocurre por medio de mecanismos complejos y tiene que ver más con la representación social de la medicina en un mundo globalizado y con la respuesta a las expectativas de los pacientes, que con la calidad de la atención recibida.

Es evidente que las quejas y demandas médicas no son representativas de todos los eventos¹ adversos, errores, negligencia, impericia, accidentes, etc. A su vez, no todas las quejas tienen por fundamento problemas médicos o administrativos desde el punto de vista técnico. Empero, el solo hecho de emprender una queja es un indicador de inconformidad con la calidad de la atención médica. Las quejas médicas son un reflejo de la calidad de la atención pero vista y definida desde el punto de vista del paciente.

El traslape, naturaleza y asociación entre los fenómenos involucrados en esta problemática nos llevan a considerar que para comprender las quejas y demandas médicas es necesario, primero *identificar* los *problemas* de atención médica con los que se asocian, posteriormente *definir* y delimitar los *conceptos* y finalmente señalar las *relaciones que hay entre ellos*. Esto implica el desarrollo de un *modelo conceptual* que plasme la complejidad del problema en donde se insertan las quejas y demandas y que a la vez permita *ubicarlas*, dentro de un *nicho teórico propio* que sustente el punto de partida del estudio sistemático del problema de las quejas médicas.

Varios de los problemas involucrados en esta problemática son graves y cuentan con una *magnitud* abrumadora, razón por la cual no es extraño que se hayan invertido mucho más recursos para analizar algunas problemáticas más que otras. Como ejemplos de lo anterior está el

gran énfasis en el estudio de los costos del problema de la mala práctica y el uso eficiente de los recursos, así como la documentación sobre la magnitud de los errores médicos y de los eventos adversos en la atención médica. Los *costos* directos e indirectos derivados de las *demandas* han llegado a ser de tal envergadura que se ha propuesto que hay una “nueva crisis en la mala práctica médica”, ya que tanto para los médicos y las instituciones está tornándose financieramente insostenible el pago de los seguros médicos.^{2,3} En relación a los *costos debidos a ineficiencia de los servicios*, un estudio del Instituto Jurán encontró que hay un gasto de 390 billones de dólares por el uso ineficiente de procedimientos médicos en Estados Unidos, entre ellos, la sobreutilización de los servicios y el mal uso de medicamentos.⁴ Estudios epidemiológicos sobre *errores médicos* en Estados Unidos han documentado que entre 44 mil y 98 mil *pacientes hospitalizados mueren* anualmente por este motivo y alrededor de un millón son *víctimas de lesiones* derivadas de los errores.⁵ Finalmente diversas investigaciones realizados en Estados Unidos, Gran Bretaña, Australia, Nueva Zelanda y Canadá han encontrado una *incidencia de entre el 2.9% y el 16.6% de eventos adversos* en pacientes hospitalizados.^{6,7,8}

La comprensión del problema se dificulta porque varios de los conceptos involucrados como la calidad de la atención y la negligencia médica *no se pueden definir en términos absolutos*, sino en términos relativos al estándar de atención esperado en las circunstancias dadas. Ello hace necesario *contextualizar* los análisis por el lugar, tiempo, situación y persona.⁹ La ubicación de estos fenómenos dentro de un marco de referencia integral se torna indispensable. Para este fin a continuación se propone un modelo conceptual que incorpora los principales elementos involucrados y la relación entre ellos.

En la Figura 1 se señalan los cuatro componentes de la problemática que aquí se presenta: los eventos adversos, la negligencia, la mala práctica, las quejas y las demandas: 1) La *atención médica*, dentro de la cual se encuentran los errores, la negligencia y los eventos adversos como resultados no deseables de la atención; 2) la *percepción* y atribuciones de los pacientes sobre fallas y/o irregularidades en la atención recibida; 3) la atención a la *queja o demanda* médica, de cuyo manejo derivan los costos de los litigios y las indemnizaciones, y finalmente, 4) los *conocimientos médicos y la práctica médica*, en interacción con el contexto global y su contexto local e institucional.

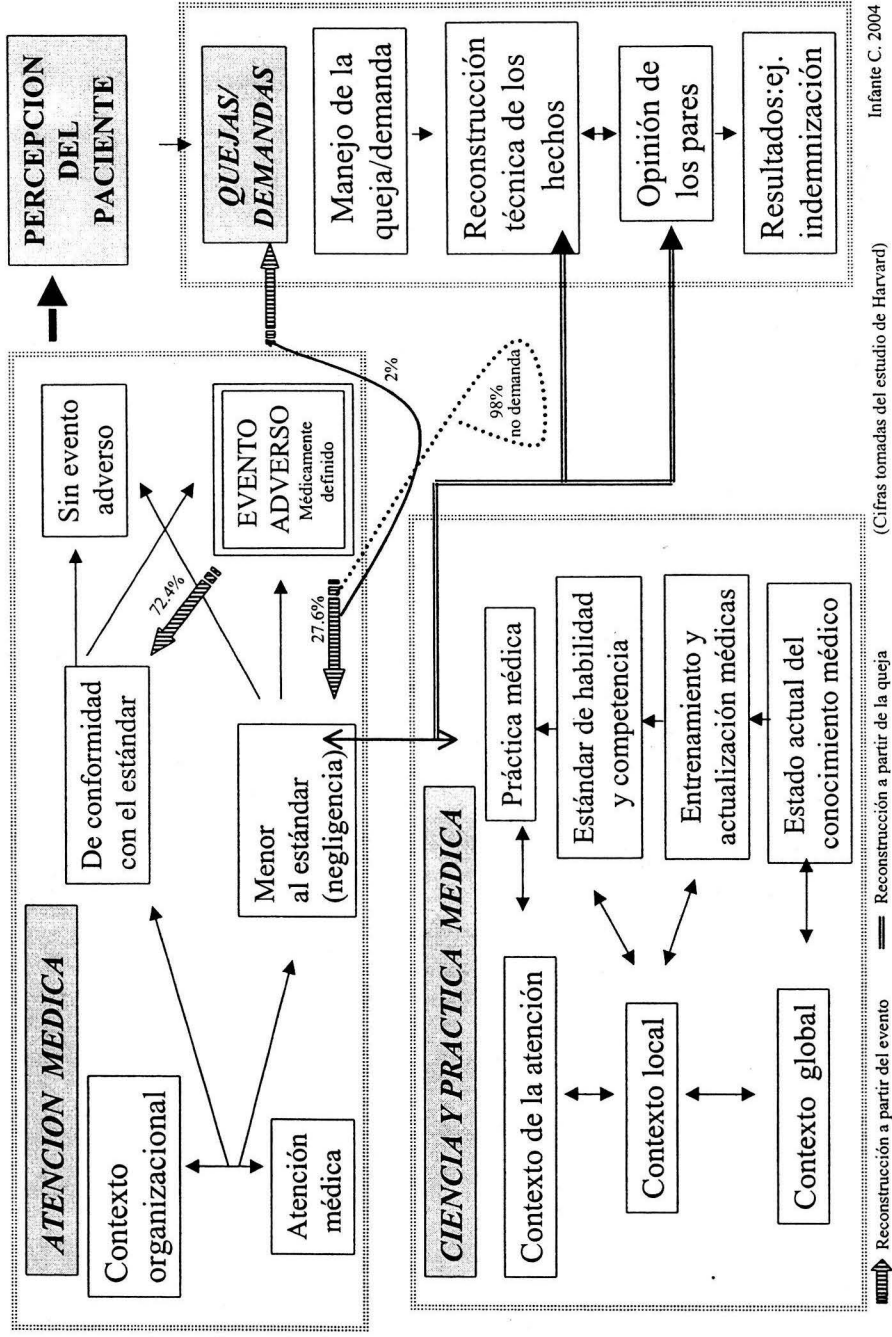
Para el análisis de la mala práctica —al igual que en la denominada epidemiología de la ‘calidad de la atención deficiente y de las lesiones iatrogénicas’— se parte de la identificación de la incidencia de *eventos adversos* para después analizar cuáles de ellos ocurrieron por *negligencia*. Por evento adverso se entiende el daño o lesión causada por el manejo médico (y no como consecuencia de la enfermedad), que prolongó la hospitalización o atención médica y/o produjo incapacidad temporal o permanente. La negligencia es la falla en lograr el estándar de práctica esperada por el médico promedio en su especialidad y dentro de comunidad en donde ejerce.^{10,11} Cabe aclarar que “*error* no es lo mismo que negligencia [...] la negligencia ocurre no solo cuando hay un error, sino cuando el grado de error excede la norma aceptada”.¹² No existe un estándar de oro de la atención en general; la referencia es un estándar de habilidades y competencias razonables de atención en cada contexto.¹³ *La mala práctica constituye el rompimiento de dichos estándares.*¹⁴

Los eventos adversos pueden o no producirse por negligencia. Muchos de los actos médicos tienen riesgos implícitos determinados por factores técnicos, económicos, etc.¹⁵ La dificultad técnica consiste en distinguir en la práctica entre errores aceptables y la negligencia, así como determinar si una lesión ha sido o no causada por negligencia.¹⁶ En cuanto a los factores asociados a esta definición y a partir del estudio de la percepción de errores por los mismos médicos, Daniels concluye que: “la definición de error es esencialmente contextual: los errores son el resultado de contingencias e incertidumbres de lo que se cree que es una ciencia inexacta; de las circunstancias únicas e historias de los pacientes y del contexto organizacional en donde se lleva a cabo”.¹⁷ En la misma línea de pensamiento y sobre la complejidad de aplicar estas definiciones en los juicios legales, Carrier y Kendal mencionan que “decidir qué haría un médico promedio dentro de determinadas circunstancias no es una tarea fácil, y depende del estado actual del conocimiento, del entrenamiento, de la motivación y de la opinión de los pares”.¹⁸

Hasta este punto se puede resumir que en términos clínicos es difícil determinar si un evento adverso se ha debido a un manejo médico deficiente o a la evolución de la enfermedad, a lo cual se suma la complejidad de evaluar la negligencia, tomando en cuenta en cada caso los conocimientos científicos de la medicina en general y paralelamente el estándar de atención esperado en cada contexto específico.

FIGURA 1

UBICACIÓN DE LAS QUEJAS MEDICAS EN EL MARCO DE LA PRACTICA Y ATENCION MEDICAS



El tercer componente de la problemática es la vinculación entre el evento adverso debido a negligencia y la probabilidad de que de ello se derive una demanda. Localio y colaboradores han documentado científicamente que la mayoría de los eventos adversos debidos a negligencia no concluyen en una demanda y atrás de muchas de las demandas no se puede comprobar que hubo negligencia.¹⁹ Es decir, en ambos sentidos esta relación no es de ninguna manera directa, entre otras razones porque existen por lo menos tres definiciones de evento adverso y de irregularidad que son: la definición técnico-médica, la legal (basada en hechos objetivos y comprobables) y la de los pacientes. Al respecto los autores encontraron que “los pacientes algunas veces radican quejas sobre resultados médicos que no se pueden categorizar como ‘eventos adversos’ con la definición médica.” En suma, la epidemiología de los errores y negligencia médica está muy lejos de explicar el fenómeno de las quejas y demandas médicas.

Los argumentos anteriores llevan a reconsiderar lo que entendemos como calidad de la atención. La actual definición de “*contenido*” de la atención médica hace énfasis en los aspectos técnicos y científicos e incluye en forma muy limitada el punto de vista de lo que los pacientes necesitan, buscan y esperan. El concepto actual generalizado de la *prevención de los riesgos a los pacientes (risk management)* es distinto al concepto de la *prevención de quejas y demandas*. El primero se enfoca a la *calidad técnica* de la atención y el segundo a la *calidad interpersonal*. En los últimos años se ha presentado una tendencia de pasar del análisis y manejo (técnico y legal) de los *errores médicos* (culpar al médico en forma individual y aislado) al análisis al desarrollo de *sistemas de seguridad del paciente* (el sistema y el paciente como unidad de análisis). Sin embargo es indispensable que a la seguridad del paciente se le incluya la satisfacción del paciente, lo cual no es lo mismo. Como se verá en capítulos posteriores, esta *medicalización* y *judicialización* del problema de las quejas y demandas médicas, hace énfasis en que los determinantes de la problemática estudiada se refieren a errores técnicos, cuando de hecho, la mayoría de las veces, el centro de estos problemas es la relación interpersonal con el paciente.

El excesivo énfasis médico-biologicista y técnico ha desviado la comprensión de las quejas y demandas como fenómenos sociales. Lo que actualmente se acepta como el estándar de calidad fundamentado en la medicina basada en la evidencia y distanciada del paciente requiere reflexionar sobre la utilidad de buscar la objetividad a toda costa en aras de un cientificismo necesariamente limitado por la subjetividad humana.

Hasta este punto se han descrito tres de los cuatro elementos del modelo, los cuales constituyen dimensiones técnico médicas y económicas del problema. Como se puede observar en el análisis de este fenómeno fácilmente pueden quedar fuera *los pacientes y su percepción* de las fallas o deficiencias en la calidad de la atención, así como el proceso atribucional de causalidad, procesos que por cierto *son los que determinan* las quejas y demandas médicas. El cuarto elemento constituye la *perspectiva del paciente sobre su experiencia de la atención*, así como el deseo y decisión de manifestar o no la insatisfacción. Los factores que intervienen en este proceso se desarrollan en el capítulo dos.

2) *Las quejas médicas como indicadores de calidad de la atención*

Quienes asumen relaciones directas entre el número de errores médicos y el número de quejas y demandas, incurren en inferencias alejadas de la realidad. Asimismo, el uso de relaciones estadísticas comparando el número de acciones médicas con el número de quejas asume que las acciones de los pacientes se basan en la definición médica de la realidad y no en la definición del propio paciente. El *número de quejas médicas* está más *asociado* al desarrollo de *canales para manifestar la insatisfacción* con el servicio y a fenómenos derivados de la *difusión* y medios masivos de comunicación que a fluctuaciones en la calidad de la atención.

Respecto a las investigaciones científicas sobre la relación entre la incidencia de mala práctica y el número de quejas, uno de los trabajos más referidos antes de los años noventa fue realizado por Danzon con base en la revisión de expedientes y quejas en California en la que se obtuvo que por cada demanda existían diez casos de lesiones causadas por atención negligente.²⁰ En 1991, se desarrolló uno de los estudios más importantes sobre mala práctica el cual estimó una razón de 7.6 casos de negligencia médica por una demanda. El trabajo se elaboró mediante una metodología científica de la más alta rigurosidad con un fuerte equipo de investigación de la Universidad de Harvard. Se partió del análisis de más de treinta mil expedientes, que correspondieron a una muestra representativa de expedientes de todos los hospitales de Nueva York. En ellos se identificó una incidencia de 3.7% de eventos adversos; de éstos el 27.6% fue producto de negligencia médica; y de estos últimos sólo el 2% de los pacientes presentó una demanda. Una conclusión importante de este estudio fue que “los litigios de mala práctica médica

en forma poco frecuente compensan a los pacientes con una lesión debida a negligencia médica, y en pocas ocasiones identifican y pueden probar atención a un nivel menor al estándar”.²¹ El estudio reveló que el número calculado de pacientes hospitalizados con daño severo debido a negligencia médica era muy superior al número de pacientes que interponen demandas. Asimismo, de estos últimos, quizá la mitad obtienen una compensación. Afirman además que la *fracción de casos reales de negligencia que no presentan quejas o demandas es superior a 98 por ciento.*

Este estudio fue un parte aguas en la investigación científica sobre la relación entre demandas y negligencia o errores médicos. Entre las conclusiones más relevantes, los autores declaran: “históricamente ha habido escasos análisis empíricos de este tema. Nuestros datos reflejan una relación tenue entre la actividad proscrita y la pena, y por lo tanto los resultados son consistentes con la opinión de que las demandas por mala práctica solo dan un medio muy burdo de identificar y remediar problemas específicos en la provisión de atención a la salud. Nuestros hallazgos apoyan los argumentos recientes sobre la utilidad limitada de la tasa de demandas como un indicador de la calidad de la atención. A menos que haya una asociación fuerte entre la frecuencia de las demandas y la negligencia, la tasa de demandas sola es un pobre indicador de la calidad de la atención.”

Más recientemente, Fielding reporta los resultados de una amplia investigación con entrevistas a profundidad y análisis estadísticos en el ámbito nacional estadounidense, de la cual propone que: “Las cifras a la fecha llevan a la conclusión de que el sistema de salud genera muchos resultados derivados de negligencia, pero mientras la tasa de demandas por mala práctica se ha incrementado, relativamente pocas demandas se interponen en respuesta a resultados por negligencia y muchas de ellas no involucran negligencia”.²² Esta falta de concordancia entre negligencia o mala práctica y demandas médicas se agrava al encontrar que en Norteamérica, más de 75% de las demandas en las cortes se deciden a favor del demandante. Muchos médicos concluyen los litigios pagando una indemnización, aun cuando no haya habido, o no se haya demostrado mala práctica.²³ Sobre el monto de las indemnizaciones, el análisis de Fielding arroja que es de 144 000 dólares en promedio por caso, y la edad promedio de los médicos demandados es de 51 años.²⁴

Según Allsop y Mulcahy, existen dificultades con la interpretación de estadísticas de quejas en los hospitales ingleses, pues éstas no reflejan si se encuentran o no fundamentos de problemas técnicos de atención. Las autoras también mencionan que “un problema mayor de usar las acciones de negligencia médica como indicadores de desempeño pobre es que las quejas en el sistema civil no son necesariamente representativas del tipo de eventos adversos que ocurren. Las personas presentan quejas por negligencia debido a variedad de razones, no todas reflejan bajos estándares [y] muchos litigantes potenciales que sufrieron un efecto adverso de la atención no se quejan”.²⁵

En resumen, la manera como las quejas médicas pueden contribuir a elevar la calidad de la atención está determinada por la forma como se conceptúe y se comprenda la información que contienen. Es decir, se debe entender que *las quejas reflejan la perspectiva del usuario y solo en parte son útiles para identificar situaciones o problemas técnico-médicos no deseados*.

3) *Las quejas médicas como instrumento para elevar la calidad de la atención*

Es difícil comprobar la forma como las quejas médicas tienen un efecto en la mejora de la calidad. Se ha propuesto que el mejoramiento de la calidad de la atención que se logra mediante las quejas médicas no se debe a la solución *directa* de las quejas específicas, sino a su estudio en el ámbito colectivo, y principalmente por su efecto *indirecto* en la percepción social del riesgo de demandas legales por mala práctica médica. Esto último sucede a partir de un “efecto halo” de las quejas y la mala práctica,²⁶ lo que provoca una situación de “pánico moral”²⁷ debido a una presión social simbólica y en mucho reforzada por el tipo de manejo de las quejas, la publicidad amarillista y el tipo de difusión sobre las demandas médicas.²⁸

Para la comprensión de los impactos *directos* que puede tener la queja médica en la calidad de la atención es útil analizar en orden temporal *los tres elementos que involucra su construcción*: 1) La generación de la *insatisfacción* por la calidad de la atención; 2) la *manifestación* e interposición de la queja, y finalmente 3) el uso o manejo que se da a las *quejas*.

1. En la *insatisfacción por la calidad de la atención* confluyen diferentes factores de los servicios y de los usuarios. Por un lado están los factores que se pueden identificar en los prestadores de servicios médicos, y dentro de ellos, tanto los errores médicos (incluyendo aquí los de origen

técnico y los interpersonales), como los problemas administrativos. Por otro lado, las características y los problemas de los pacientes afectan las interpretaciones y pueden reflejar desde la falta de información del paciente sobre su enfermedad, tratamiento, pronóstico, antecedentes de mala atención médica, etc., hasta sentimientos de culpa por mala adherencia al tratamiento médico proyectados como anomalía en el tratamiento indicado por el médico.

La insatisfacción surge como una falta de congruencia entre las expectativas y la forma y resultados de la atención médica recibida. La formulación de las *expectativas del estándar de atención* que se espera del médico son producto de: 1) la *“interpretación”* de los síntomas percibidos; 2) la *vulnerabilidad* percibida hacia la enfermedad que se presenta; 3) las *experiencias* previas de atención, y 4) el *conocimiento* que se le ha transmitido al paciente por fuentes externas.

El primer elemento es la forma como los pacientes ven, entienden y viven su enfermedad: su intensidad, impedimentos producidos, gravedad percibida y su duración. Posteriormente, el paciente da otra dimensión a su enfermedad por la forma como percibe su grado de vulnerabilidad hacia ella, es decir, su percepción de lo que para él son factores de riesgo, por ejemplo: su edad y su peso, antecedentes y experiencias familiares ante ese padecimiento, falta de ejercicio, consumo de alcohol o cigarrillo, estrés, etc. Las expectativas también son moduladas por la experiencia del paciente, ya sea personal o de personas cercanas (experiencia por analogía). El cuarto elemento son los conocimientos que se tienen sobre la enfermedad obtenidos por familiares, amigos, otros médicos o personal de salud y los medios masivos. Cabe mencionar *dos fuentes que generan fuertes expectativas*. La primera es la expectativa de uso y aplicación de *tecnologías médicas* caras y sofisticadas. La segunda y más importante fuente de expectativas son *los mismos médicos* quienes, por diferentes vías, promueven expectativas inapropiadas como la prescripción de pruebas y terapias marginalmente benéficas.²⁹

2. La *manifestación de una queja* está determinada por la insatisfacción con la calidad de la atención médica recibida y por la existencia de opciones para expresarla formalmente. La insatisfacción no es sinónimo de queja, Carstairs en su estudio de comunicación de quejas encontró que, conforme aumenta el nivel de satisfacción disminuye el número de comentarios (positivos y/o negativos) sobre la atención y que, comparando la información obtenida a través de la ‘opinión sobre la satisfacción sobre el servicio’, con aquella obtenida a través de los

‘comentarios críticos’, éstos últimos constituyen un mejor indicador de satisfacción sobre el servicio.*

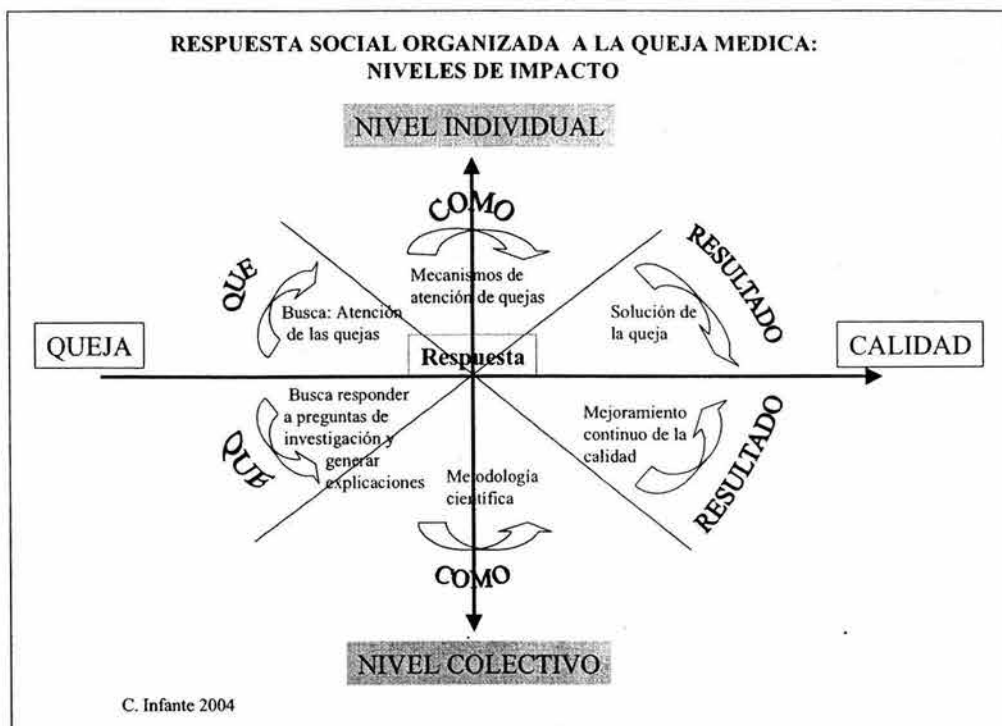
Un conjunto de factores de diferente naturaleza median entre la insatisfacción y el hecho de manifestarla ya sea a través de quejas o demandas médicas. Por ser el motivo de este trabajo, dichos factores se analizan a detalle en el siguiente capítulo, lo cual es complementado por la revisión de las alternativas para medir la insatisfacción, tema que se analiza en el capítulo 5.

Aunado al fenómeno de la manifestación de la insatisfacción a través de quejas, está el *proceso de atención de las quejas*. Para la atención de las quejas “formales”, se sigue un proceso determinado que debe cumplir con los lineamientos legales, dentro de los cuales está plasmar los motivos de queja y las pretensiones de los usuarios. Como se comprueba en el capítulo 8 con el análisis de los textos de las quejas, a pesar de que en este proceso se intenta respetar el *dicho del usuario*, en los narrativos de las quejas se identifica una interpretación técnica médico – legal de las situaciones expresadas por los pacientes. Este hecho facilita el trámite técnico y operativo de las quejas, sin embargo, *también provoca que se pierda la información sobre los factores percibidos y definidos como problemáticos por los pacientes* (muchos de los cuales pueden no ser considerados como problemas “técnicos” de calidad) *y las atribuciones de causalidad de los problemas de calidad de la atención que originan las quejas*. Los motivos de queja de los pacientes pueden deformarse o incluso ignorarse en la reconstrucción técnica para configurar la queja. A lo largo de este proceso se diluye el discurso y perspectiva original del usuario y se construye la queja “técnicamente”.

3. El *manejo o uso* que se da a la quejas después de ser interpuestas depende de los objetivos que se tengan y de cómo se conciban las quejas (véase la figura 2). La *respuesta* a las quejas puede ser de dos tipos: el ámbito de atención individual y el colectivo.³⁰ El *ámbito individual* constituye la atención a cada queja con el propósito de solucionar las desavenencias y dar respuesta a las pretensiones de los usuarios que han interpuesto su queja. Para cada caso se identifica de qué se quejan, se constata que la queja proceda, se analizan los elementos particulares, se buscan las evidencias, se puede consultar a testigos y expertos, se dictamina y se procede a buscar una conciliación o, en su defecto, un arbitraje legal. Todos estos pasos se llevan a cabo desde una perspectiva médico-legal. El proceso de análisis de la queja implica un examen retrospectivo en el tiempo, con la enorme dificultad de reconstruir los hechos y reunir los elementos necesarios

para emitir juicios. El objetivo de este proceso es llegar a una *solución para cada caso* vía la negociación.

Figura 2



El *ámbito colectivo* del análisis de las quejas médicas tiene un objetivo diferente. Este enfoque busca comprender y explicar el fenómeno de las quejas médicas, los motivos de queja y los factores asociados con ellas. El objetivo de estos *estudios explicativos* es generar los elementos concretos para mejorar la calidad de la atención, elevar los estándares tomando en cuenta los contextos, dirigir los esfuerzos a la medicina orientada al paciente, y a la administración y prevención de riesgos, accidentes y errores en sistemas complejos, apoyando tanto a los médicos como a los pacientes.

Con frecuencia se ha asumido que el simple análisis agregado de la información obtenida de la atención individual de las quejas puede dar lugar a información útil para realimentar los servicios de salud y mejorar la calidad de la atención que brindan.³¹ La información que se recaba rutinariamente en las instancias receptoras de quejas usualmente proporciona sólo un perfil *descriptivo* de las quejas y de la *atención* a éstas. Es decir, por un lado las estadísticas institucionales proporcionan una idea muy general de las distribuciones de las quejas interpuestas. Por otro lado, este tipo de información también debe cumplir con un requisito fundamental, que es orientar la evaluación del proceso mismo de atención de las quejas, mecanismo indispensable para el mejoramiento continuo de la *calidad de la atención a las quejas*. Es inaceptable que los pacientes insatisfechos por la calidad de la atención médica que entran al sistema de quejas queden nuevamente insatisfechos con la calidad de la atención a sus quejas. Ejemplos de los esfuerzos necesarios para el mejoramiento continuo de la atención de quejas son el sistema inglés de salud (NHS Complaints Procedure)³² y el sistema australiano del New South Wales Health Department, el cual ha desarrollado algunos lineamientos básicos e indicadores de desempeño sobre el manejo de quejas médicas con el fin de que los usen quienes atienden directamente las quejas.³³

Para generar información más específica y orientada a otros fines, es necesario integrar los sistemas de información institucional a la recolección de datos orientados a los sistemas de garantía de calidad con objetivos que van más allá del reporte administrativo de atención a las quejas individuales. Ejemplos de análisis de los sistemas de atención a quejas por parte del sector público han sido desde hace años el sueco y el británico.^{34,35,36} A partir del estudio de Harvard se deriva un modelo interesante del sector privado, en donde surgió una organización en colaboración con dicha universidad para atender conjuntamente demandas médicas, a la vez de investigar y trabajar sobre administración de riesgos.^{37,38} Sobra resaltar la importancia que actualmente adopta la evaluación de la insatisfacción y de las quejas médicas en lo tocante a la privatización de los servicios.

Para desarrollar la investigación científica de las quejas se requiere plantear, recabar y analizar las quejas mediante elementos teóricos y metodológicos de manera tal que se genere información que explique y que permita identificar factores y mecanismos involucrados en los problemas que causan las quejas médicas y sus consecuencias, tanto en los pacientes como en el personal de

salud. Es menester partir de las experiencias y perspectivas de la población y desde ahí generar conocimientos científicamente fundados que cuenten con modelos conceptuales multidisciplinares y permitan generar hipótesis y explicar resultados, así como con metodologías rigurosas que posibiliten confiar en los que se obtengan y avanzar en el conocimiento. El avance de cada campo del conocimiento está necesariamente ligado a su avance metodológico y éste a su vez está supeditado a los postulados y perspectivas teóricas.

Referencias

-
- ¹ Evento: Hecho imprevisto o que puede acaecer. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Espasa Calpe 1994.
 - ² Mello MM, Studdert DM, Brennan TA. The new medical malpractice crisis. *The New England Journal of Medicine*. 2003;348:2281-2284.
 - ³ Mayor S. Negligence settlements in England increase sevenfold in five years. *British Medical Journal* 2002; 324:1411.
 - ⁴ Charatan F. US Report blames poor quality control for soaring healthcare costs. *BMJ* 2002;324:1478.
 - ⁵ Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds) *To err is human. Building a Safer Health System*. Washington: Institute of Medicine. The National Academy Press. 2000.
 - ⁶ Kermode-Scott B. New safety study quantifies medical errors in Canadian hospitals. *BMJ* 2004;328:1338.
 - ⁷ Baker GR *et al.* The Canadian Adverse Events Study : the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 2004; 170 (11): 1678-1686.
 - ⁸ Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001; 322: 517-519.
 - ⁹ Giddens A. *Central problems in social theory. Action, structure and contradiction in social analysis*. Londres: Macmillan Press. 1979. p. 54.
 - ¹⁰ Brennan AT, Leape L, Laird N, Hebert LI, Localio R, Lawthers A, Newhouse J, Wiler P, Hyatt H. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *N Eng J Med* 1991; 324 (6):370-376.
 - ¹¹ Carrier J, Kendall L. *Medical negligence: Complaints and procedures*. Aldershot: Gower, 1990. Citado en: Annandale E. *Professional defenses: Medical students' perceptions of medical malpractice*. *International Journal of Health Services* 1996; 26 (4):751-775. p. 752.
 - ¹² Localio *et al.* Citado en: Kennedy I, Brubb A. *Medical law*. Londres: Butterworths. 1994. p 555. Citado en: Annandale E. *Professional defenses: Medical students' perceptions of*

-
- medical malpractice. *International Journal of Health Services* 1996; 26 (4): 751-775. p. 756.
- ¹³ Tribe DMR, Korgaonkar GJA. Liability and litigation trends. *Br J Hosp Med* 1990; 43:217-220. Citado en: Annandale E. Professional defenses: Medical students' perceptions of medical malpractice. *International Journal of Health Services* 1996; 26 (4): 751-775. p. 753.
- ¹⁴ Gittler G, Goldstein E. The standard of care is not so standard. *Obstetrical and Gynecological Survey* 1997; 52 (11): 681-682.
- ¹⁵ Lifshitz A. La decisión terapéutica. *Rev Med IMSS* 1995; 33:439-444.
- ¹⁶ Kennedy I, Brubb A. *Medical Law*. Londres: Butterworths, 1994. Citado en: Annandale E. Professional defenses: Medical students' perceptions of medical malpractice. *International Journal of Health Services* 1996; 26 (4): 751-775.
- ¹⁷ Daniels S. The pragmatic management of error and the antecedents of disputes over the quality of medical care. En: R. Dingwall and P. Fenn eds. *Quality and regulation in health care: International experiences*. p. 112-140. Londres: Routledge, 1992. p. 138. Citado en: Annandale E. Professional defenses: Medical students' perceptions of medical malpractice. *International Journal of Health Services* 1996; 26 (4): 751-775.
- ¹⁸ Carrier J, Kendal I. *Medical negligence: Complaints and procedures*. Aldershot: Gower, 1990. p. 5. Citado en: Annandale E. Professional defenses: Medical students' perceptions of medical malpractice. *International Journal of Health Services* 1996; 26 (4): 751-775.
- ¹⁹ Localio AR, Lawthers A, Brennan T, Laird N, Hebert L, Peterson L, Newhouse J, Weiler P, Hiatt H. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. *The New England Journal of Medicine* 1991; 325 (4): 245-251.
- ²⁰ Danzon PM. *Medical malpractice: theory, evidence, and public policy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1985. Citado en: Localio AR, Lawthers A, Brennan T, Laird N, Hebert L, Peterson L, Newhouse J, Weiler P, Hiatt H. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. *The New England Journal of Medicine* 1991; 325 (4): 245-251.
- ²¹ Localio AR, Lawthers A, Brennan T, Laird N, Hebert L, Peterson L, Newhouse J, Weiler P, Hiatt H. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. *The New England Journal of Medicine* 1991; 325 (4): 245-251.
- ²² Fielding S. *The practice of uncertainty. Voices of physicians and patients in medical malpractice claims*. Westport, Connecticut: Auburn House, 1999. p. 13.
- ²³ Gittler G, Goldstein E. The standard of care is not so standard. *Obstetrical and Gynecological Survey* 1997; 52 (11): 681-682.
- ²⁴ Fielding S. *The practice of uncertainty. Voices of physicians and patients in medical malpractice claims*. Westport, Connecticut: Auburn House, 1999. p. 17.
- ²⁵ Allsop J, Mulcahy L. *Regulating medical work. Formal and informal controls*. Buckingham: Open University Press, 1996.

-
- ²⁶ Allsop J, Mulcahy L. Regulating medical work. Formal and informal controls. Buckingham: Open University Press, 1996.
- ²⁷ Dingwall R. Litigation and the threat to medicine. En: Gabe J, Kelleher D, Williams G, eds. Challenging medicine. Londres: Routledge. 1994. p. 46-64. Annandale E. Professional defenses: Medical students' perceptions of medical malpractice. International Journal of Health Services 1996; 26 (4): 751-775.
- ²⁸ Millenson ML. Pushing the profession: how the news media turned patient safety into a priority. Quality & Safety in Health Care 2002; 11: 57-63.
- ²⁹ Kravitz R, Callahan E, Paterniti D, Antonius D, Dunham M, Lewis C. Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. En: Charmaz K, Paterniti D. Health, illness and healing. LA, California: Roxbury Publishing Company, 1999. p. 186-195.
- ³⁰ Allsop J, Mulcahy L. Regulating medical work. Formal and informal controls. Buckingham: Open University Press, 1996. p. 52, 162.
- ³¹ Mulcahy L, Lloyd-Bostock. Complaining —what's the use? En: Dingwall R, Fenn P, eds. Quality and regulation in health care. Londres: Routledge, 1992. p. 51-68.
- ³² Complaints – listening...acting...improving. Guidance Improvement of the NHS Complaints Procedure. Citizen's Charter, April 1996.
- ³³ NSW Health. Better practice guidelines for frontline complaints handling. Complaints – opportunities to improve! North Sidney: New South Wales Health Department. Febr 1998.
- ³⁴ Rosenthal M. Dealing with malpractice; the British and Swedish experience. Londres: Tavistock, 1985.
- ³⁵ Allsop J, Mulcahy L. Dealing with clinical complaints. Quality in Health Care 1995; 4: 135-145.
- ³⁶ www.ombudsman.org.uk
- ³⁷ Dasse P. The role of malpractice claims data in improving health care. Forum, Sep 1992.
- ³⁸ Horton R. The uses of error. The Lancet 1999; 353 (9151): 422-423.

Capítulo 2

Factores que intervienen en la manifestación de las quejas y en la radicación de las demandas

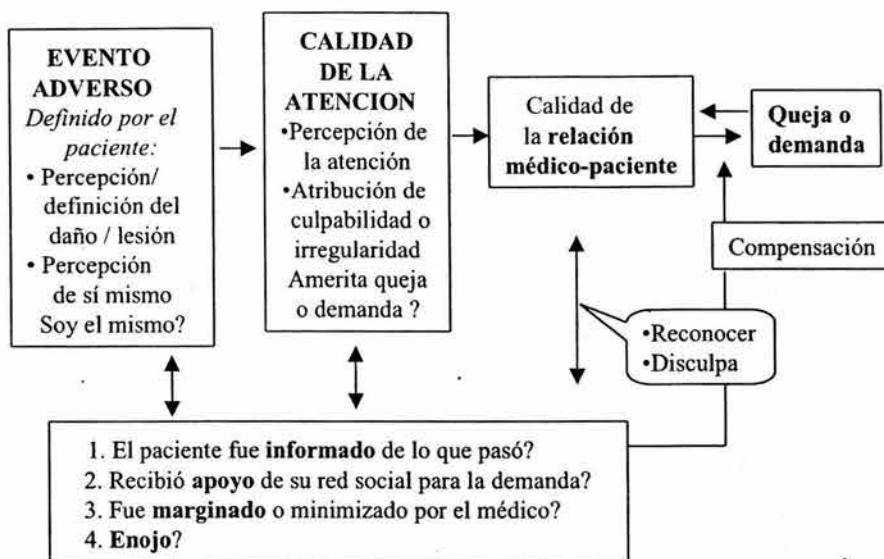
La insatisfacción con la calidad de la atención no es nueva, como tampoco son los eventos adversos ocasionados por negligencia y errores médicos. Lo nuevo es la manifestación de la insatisfacción por parte de los pacientes y la demanda de compensación por los daños que atribuyen fueron causados por fallas en la atención médica. Queja médica es la que entablan los pacientes ante una situación que ellos consideran como una irregularidad en la calidad de la atención médica. Es decir, es un hecho social que se construye independientemente de que exista un error o evento adverso o médicamente definidos, ni siquiera un error o evento adverso definido por el paciente, pero siempre hay una expectativa de calidad de la atención no cumplida. Aquí la perspectiva del paciente es un factor nodal. Al respecto, Margaret Stacey ha mencionado que nuestra primera reacción es decir que “ellos no entienden”, pero, añade la autora, *¿no será que somos nosotros los que no entendemos?*¹ Debemos buscar entender el punto de vista de los pacientes en sus propios términos y no en los nuestros.

1) Elementos que considera el paciente para interponer una demanda

Muchos tipos de factores intervienen en el hecho de que los pacientes insatisfechos interpongan o no quejas y demandas médicas. Con el propósito de organizar los argumentos alrededor de esta problemática, se propone el siguiente “*modelo conceptual de demandas médicas centrado en el paciente*” en el cual se presentan los elementos que diversos estudios han encontrado asociados con el hecho de interponer demandas por mala práctica. Los elementos del modelo parten de las propuestas de Vincent² y principalmente de los hallazgos de Fielding derivados de resultados de diversas investigaciones y de entrevistas a profundidad de personas que interpusieron demandas por mala práctica.³ Según Vincent, los pacientes que interponen demandas primero toman en cuenta si la atención recibida ha sido inferior al estándar de atención. Es decir, los pacientes hacen una *evaluación con algún estándar de atención y/o expectativa*. Fielding, sin embargo,

encuentra que para los “*pacientes decidir si ponen o no una demanda al médico no depende del estándar de atención sino de la percepción del daño, si su vida cambió y si piensa que el médico es moralmente culpable*”. Es decir para el paciente, definir si el resultado de la intervención médica es un ‘evento adverso’ (que involucre mala práctica) depende del hecho de que la

Figura 1
FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA DECISION DE RADICAR UNA DEMANDA MEDICA
 Enfoque centrado en el paciente



Adaptado de Fielding S. The practice of uncertainty. Voices of physicians and patients in medical malpractice claims. Westport, Connecticut. Auburn House. 1999. (Con permiso del autor) Infante 2004

atención recibida haya tenido *consecuencias* que produjeran *cambios en su integridad física* y la forma *como éstos afectan sus vidas y sus relaciones con las demás personas*. Es decir, *evalúan su funcionalidad y sus relaciones* con las demás personas. La decisión puede tomar cierto tiempo, ya que los pacientes esperan para evaluar la seriedad de las consecuencias.

Después de que el paciente evalúa si hubo un evento adverso, la decisión de interponer una demanda depende del hecho de *atribuirle culpabilidad al médico* por la cual amerite ser demandado. A su vez, esta decisión depende mucho de la calidad de la *relación entre el paciente y su médico*, en la cual influyen por lo menos cuatro factores: 1) que los pacientes hayan sido *informados* sobre el problema que hubo; 2) el *apoyo* que reciben de otras personas para efectuar la demanda; 3) si se sintieron *menospreciados*; y 4) de su grado de *enojo*. Los estudios de Fielding demuestran que la calidad de la relación con el médico, está fuertemente influenciada por la honestidad, por el hecho de que se tenga la *información* sobre el problema médico que sucedió en su manejo y que el personal involucrado *reconociera* la negligencia y *ofreciera una disculpa formal*. De hecho, uno de los factores que llevan a las quejas son las expectativas no cumplidas de los pacientes sobre la *confianza* en sus médicos. Esta idea también la apoyan otros estudios en donde los pacientes manifestaron que *la interposición de su demanda no fue porque el médico haya cometido un error, sino por el hecho de que después de cometerlo no lo reconoció*, por lo cual buscan que lo acepte entablando una demanda. También se ha demostrado que en muchos casos el rompimiento de la relación médico-paciente o institución-paciente es lo que activa las demandas.^{4,5} Según el grupo de Harvard, entre los motivos por los cuales los pacientes con daño por negligencia no se quejan está el no querer dañar la relación con su médico de muchos años.⁶

Para enfrentar los resultados adversos de la atención médica, las personas necesitan *entender* lo que sucedió y que lo que les digan tenga *sentido*. Desconocer qué sucedió es un poderoso motivo para activar la demanda, pues ésta constituye una forma de obtener la *información* requerida, de *enfrentar* el peso emocional del problema por el que atraviesan y de recuperar el *control* sobre sus vidas. En este proceso también influyen las redes sociales. Su *apoyo* y motivación es importante en cualquiera de las dos alternativas, ya sea para no demandar o para interponer la demanda, pues sobrellevar el litigio es muy estresante. Al respecto es importante mencionar que uno de los factores que hacen que la insatisfacción del paciente no derive en una queja o demanda es porque el costo emocional de articular y manifestar su insatisfacción es muy alto y no perciben que puedan tener una ganancia acorde con su esfuerzo.⁷

Otro factor fundamental de la relación del paciente con su médico que propicia la demanda es el sentirse *marginado* de su proceso de atención, ser ignorado en las decisiones y resultados, que sus

puntos de vista sean devaluados o *menospreciados* y que su opinión no sea tomada en cuenta. El *enojo*, proviene de los cuatro factores anteriores sumados a elementos de la historia personal y las atribuciones que hace el paciente. Es importante recordar que los cuatro factores que hemos mencionado asociados con la decisión de interponer quejas *también* están asociados con la experiencia de padecer una *enfermedad*: la información y entender su padecimiento, contar con apoyo, sentirse marginado (o deprimido) y estar enojado por su enfermedad. Al paciente le puede tomar mucho tiempo el entender y aceptar sus enfermedades (e incluso pueden nunca aceptarlas), y mucho más cuando sus vidas cambian por ese motivo. En esta situación inestable y vulnerable que caracteriza a los pacientes, éstos pueden canalizar sus sentimientos *sobre su enfermedad* en una queja *sobre su atención*.

Finalmente, sobra decir que uno de los factores que determinan la decisión de interponer una demanda es la posibilidad de solicitar la compensación económica de los daños. Sin embargo, la magnitud del esfuerzo y recursos necesarios para entablar una demanda son elementos que compiten con los factores no económicos que afectan en la radicación de la demandas analizados en este capítulo.

2) Manifestación de las quejas y opiniones de insatisfacción con los servicios

La demanda es la acción mas extrema que puede hacer un paciente ante la percepción de una irregularidad y daño por atención médica. Aunque existe una diferencia entre las quejas y demandas médicas, muchos de los factores que intervienen en la decisión de poner una demanda son igualmente aplicables a las decisiones para radicar una queja. Las quejas son una alternativa para denunciar irregularidades, dentro de las cuales hay diferentes tipos: desde aquellas que manifiestan los pacientes directamente a los profesionales que lo están atendiendo, las que se manifiestan en el hospital o institución de atención o bien, aquellas que se interponen en organismos especializado para la atención de quejas de todo el Sector Salud.

La *queja* es un medio genuino de control de la calidad de la atención médica recibida, pero este hecho está inserto dentro de una relación interpersonal desigual entre los pacientes y los prestadores de servicios. La relación médico-paciente es una negociación en la cual los pacientes practican una economía de demandas basada en sus propios principios de intercambio, razón por

la cual en muchas ocasiones restringen su derecho a expresar descontento o quejas por temor a tener reacciones contraproducentes o incluso sanciones por conducta “inadecuada” o “demandante”.⁸ Aunque conozcan sus derechos y consideren que tienen razón en su descontento, muchas veces los pacientes no sólo no expresan su insatisfacción espontáneamente sino que incluso al ser interrogados en forma directa, se muestran reticentes a expresar sus desacuerdos con los médicos.^{9,10}

En la investigación sobre la *manifestación de opiniones e insatisfacción* con la atención médica resalta el clásico trabajo de Tagliacozzo y Mauksch, sobre las opiniones de los pacientes sobre el papel del paciente.¹¹ A partir de entrevistas semiestructuradas y grabadas en donde los pacientes expresaron libremente sobre sus experiencias en el hospital, el estudio analizó “la cuestión de si la posición y las actitudes de los pacientes los despojan de medios genuinos para controlar a otras personas del sistema y los restringen en su aptitud para expresar sus quejas y deseos sin temor a la sanción”.

Entre los resultados del estudio se encontró que el paciente está consciente de su grado de *dependencia* de quienes lo atienden; la dependencia se basa en el poder para sanar y para ofrecer o denegar los servicios; el hecho de que los pacientes sean extraños a la comunidad hospitalaria aumenta el *poder* de los proveedores de salud; para la mayoría de los pacientes es muy importante percibir que se adaptan a las expectativas de la enfermera y del médico; la adherencia a las órdenes médicas estaba asociada con el deseo de tener una atención confiable y eficiente de las enfermeras; los pacientes que consideraban que la cooperación con las indicaciones del médico era el principio rector durante la hospitalización, eran muy sensibles a la reacción de los demás y demandaban un buen trato del personal; la mayoría de los pacientes consideraban que los médicos esperaban cooperación y confianza, y que las enfermeras esperaban que no fueran exigentes sino respetuosos y considerados; los pacientes juzgaban poder ser menos o más exigentes, según su gravedad.

Respecto a la manifestación de sus quejas, dos tercios de los pacientes indicaron que al menos una vez habían frenado su deseo de expresar sus necesidades y críticas, principalmente basados en su conciencia de la alta carga de trabajo de enfermeras y médicos. La restricción de la expresión de las demandas también se reforzó con la evaluación del paciente acerca del *poder* del personal y médicos con relación al suyo. Más de la cuarta parte de los pacientes que admitió una

limitación con sus demandas expresó con resentimiento su evaluación de su propia *impotencia*. En consecuencia, muchos de quienes siendo “*considerados*” no manifestaron su descontento, quizás actuaron así para no poner en peligro sus buenas relaciones y no ser castigados o para que no se les negara el servicio, aunque de hecho, pocas veces los pacientes manifestaron explícitamente su preocupación por recibir sanciones debidas a conducta inadecuada o demandante. Es decir, los pacientes restringen sus demandas menos urgentes a fin de asegurarse una respuesta pronta cuando efectivamente lo necesitan.

En cuanto a la percepción de los *derechos de los pacientes*, éstos tuvieron dificultad para responder cuando se les preguntó sobre ellos y la mayoría se limitó a dar respuestas generales como “buena atención” y que sus derechos dependían de su *gravedad*. Una de las conclusiones del estudio fue que la *conducta del paciente está en mucho determinada por el sistema de expectativas que lo rodea*, por lo que éste se esfuerza por ser un “buen paciente”, por cumplir con las obligaciones que percibe tener. Asimismo, su cooperación está restringida por el *sistema de comunicación*, el cual, si fuera más efectivo, le permitiría desempeñar su papel con más certidumbre sobre sus derechos y obligaciones, controles y riesgos.

Por su parte, no sólo los pacientes desconocen con frecuencia sus derechos, sino incluso el personal de salud no los respeta. Como menciona Lifshitz¹² en su análisis sobre los derechos de los pacientes: “Los factores que matizan actualmente la interpretación de la condición del paciente, sus necesidades y sus derechos son muy diversos y complejos. El conflicto entre los derechos y necesidades del paciente y algunos otros valores sociales no siempre es percibido en su justa dimensión, y se observa una cierta falta de conciencia en el personal de salud sobre cuál es el punto de vista del paciente”.¹³

El *género* también se encontró asociado con la manifestación de demandas. Toda la muestra estudiada concordó en que era más difícil para el hombre ser paciente. Esto puede estar asociado a que los valores sociales en el hombre demandan que controle más su conducta expresiva, mientras que de la mujer se espera que sea dependiente y pasiva. Pero también la mujer es típicamente la administradora del hogar y ejecutante de las labores domésticas. Por lo tanto, tiende a aplicar las normas de atención personal cuando es atendida. Esto se muestra en el hecho de que, en comparación con los hombres, las mujeres fueron más críticas hacia el trabajo de las enfermeras, dieron más importancia a las relaciones personales, a los atributos de personalidad, a

la eficiencia y respuesta inmediata. Es posible que el hombre no sea tan crítico ante estos aspectos porque éstos se asocian a los ámbitos del ama de casa y madre. Esto podría explicar en parte la marcada preferencia de las enfermeras por pacientes masculinos.

El paciente acude a la atención médica con *miedo* por su salud por las consecuencias de su enfermedad, y por la dependencia en otros. Se torna así más sensible ante cambios de su organismo y vigila y analiza su tratamiento, así como la confiabilidad de quienes lo atienden. Le interesa su seguridad y “esto se manifiesta en la preocupación por *protegerse contra los errores y la negligencia*, tópico predominante cuando los enfermos mencionan sus necesidades y expresan sus recuerdos de experiencias anteriores, pues no sólo se concentran en las que fueron negativas, sino que seleccionan los sucesos que ejemplifican los peligros de la negligencia y falta de atención”. Los autores mencionan que “aunque en general los pacientes niegan que tienen temor, tienen la tendencia a atribuir tal sentimiento a otros enfermos”.

Los temores de los pacientes también se asocian a “la conciencia realista de la *complejidad de las grandes organizaciones*, o simplemente al hecho de que entre los numerosos médicos y enfermeras que muestran competencia e interés siempre pueden existir algunos *incompetentes*”. Es decir, los pacientes perciben los *riesgos* y su *impotencia ante las organizaciones complejas* como el hospital, que caracterizan a la atención médica actual. En el siguiente capítulo se comenta con mayor profundidad la relación entre los pacientes y el sistema de atención médica.

Las expectativas del papel tradicional del enfermo no permiten a los pacientes *expresar abiertamente* sus temores, pues una de sus *obligaciones es confiar en quienes lo atienden*, por lo que el sólo mencionar sus preocupaciones puede ser tomado como una muestra de “falta de concordancia con sus deberes de paciente” además de que “se valora en más alto grado a los pacientes valerosos que a los quejumbrosos”. Es decir, las obligaciones del papel tradicional del paciente limitan la expresión de insatisfacción, pues ésta no concuerda con las expectativas para el funcionamiento acostumbrado del sistema de atención médica.

Existen ciertos factores que funcionan en el paciente como *indicadores de peligro, inseguridad e incompetencia* en la atención médica. Uno de ellos son las experiencias anteriores que para el paciente indicaron incompetencia, desinterés y negligencia. Otro indicador es el hecho de que el exceso de trabajo del personal médico contribuye a la *inseguridad* y al descuido. La demanda de

seguridad y protección por parte del paciente también se manifiesta en sus expectativas sobre la *capacidad* de los médicos y enfermeras.

El control es el último punto fundamental sobre la manifestación de las opiniones y quejas de los pacientes. El paciente ha tenido tradicionalmente muy poco control sobre la atención médica que se le proporciona y se ha esperado de él una actitud pasiva y obediente. La relación médico-paciente es por naturaleza desigual en cuanto al conocimiento experto que le da sentido. Sin embargo, “un requisito previo para controlar las acciones de los demás es la capacidad de *sentirse competente para juzgar el desempeño*.” La mayoría de los pacientes se considera incompetente para ello, y aún con más frecuencia los médicos consideran a los pacientes incompetentes para juzgar su desempeño. “Esto podría ser una de las razones de la gran importancia que prestan [los pacientes] a la ‘personalidad’, la que se considera que está relacionada con, y es un indicador de, las cualidades más técnicas que los pacientes *no creen* poder juzgar”.

Sin embargo, el problema no es solo de tener o no la competencia y capacidad para juzgar la atención médica, pues los pacientes la juzgan por diferentes vías.¹⁴ Como mencionan Strauss y colaboradores¹⁵ en su clásico análisis de la organización social del trabajo médico: los pacientes que han pasado por los mismos procedimientos aprenden rápidamente a juzgar las habilidades del personal y además pueden distinguir rápidamente entre los factores individuales y los organizacionales de la negligencia; pero difieren en la forma de *expresar* la identificación de la incompetencia o negligencia: a veces guardan silencio al sentirse rebasados por la autoridad del médico o ante el temor a represalias por quejarse. Coinciden Taglizcozzo y Mauksch al respecto: “el control no sólo depende de la capacidad para juzgar la competencia o la eficiencia de los demás, sino también implica la *libertad de transmitir e imponer opiniones y criterios*. Aun cuando los pacientes se sientan muy seguros de sus juicios, podrían mostrar cierta renuencia a expresarlos si ello significa una reducción en la calidad de la atención que reciben”.

3) *Los motivos de queja*

Uno de las grandes argumentaciones en el campo de estudio de las quejas médicas ha sido el cuestionarse hasta dónde los pacientes pueden juzgar la competencia de los médicos y en consecuencia, si sus quejas deben tomarse en cuenta, o bien, que contenido de las quejas “es útil”

y que partes de la queja no lo son. Este argumento presupone que para que los motivos de queja sean válidos, éstos deben de concordar con evaluaciones técnicas de calidad de la atención, lo cual es un error porque *los pacientes se quejan de lo que ellos perciben y definen como una irregularidad o error*. Esto puede o no coincidir con criterios técnicos, pero el que no lo sea no convierte en inválido un motivo de queja.

La necesidad de identificar “*el motivo de queja*” para fines de análisis de las inconformidades también sesga la comprensión del fenómeno de las quejas. Es muy inusual que los pacientes se quejen por una sola acción o evento. Esa conceptualización de las quejas es completamente lineal y a ella subyace muy poca claridad en la comprensión del fenómeno de la insatisfacción con la calidad de la atención médica. También implica que la solución a las quejas se orientará a “*el motivo de queja*”, y se menospreciará toda la situación interpersonal y contextual que es la que realmente da cuenta de la inconformidad.

Al respecto Fielding señala un factor adicional de especial relevancia, prácticamente ignorado en otras investigaciones y en literatura sobre este tema. El autor menciona haber encontrado que “*en algunos casos el enojo del paciente se construye de una secuencia de eventos relativamente menores*”. Es decir, no necesariamente se trata de “*un*” error o acción negligente, ni tampoco se trata de un “*grave*” error o irregularidad, sino de un *conjunto de factores* que se presentan en un *ambiente determinado* y a la luz de una *relación médico-paciente problemática*. No es entonces, como mencionan Allsop y Mulcahy al referirse a las quejas en los hospitales, que “*la mayoría de las quejas clínicas fueron por cuestiones menores*”.¹⁶ Lo que puede estar sucediendo es que pequeños incidentes que particularmente pudieron pasar inadvertidos o vistos como problemas menores, *se agregan, interactúan o se potencian* ante algún nuevo acontecimiento, maltrato, o resultado de la atención que les da un nuevo significado. Muy probablemente este *nuevo* acontecimiento activador de la queja en muchos casos se relacione con problemas de comunicación y de interrelación humana. De hecho, es frecuente que *no sean los problemas técnicos los que “activan” las quejas, aunque si son las irregularidades técnicas las que usan los pacientes para justificar su inconformidad y enojo. La queja médica es una construcción de los pacientes a partir de historias, hechos y sentimientos, no son sólo descripciones neutras o técnicas de situaciones.*

La comprensión de la *naturaleza de esta problemática* es fundamental para la atención y el estudio de las quejas médicas ya que en su análisis se observa que en *cada queja*, se identifica un *conjunto de eventos* que presenta el paciente, sólo algunos de ellos los entiende como irregularidades en la atención y/o negligencia, y otros factores simplemente los menciona para explicar su situación. El paciente narra los hechos con base en las atribuciones que hace sobre las causas de su problema. A su vez, a partir de las evidencias y atribuciones, los pacientes fundamentan sus pretensiones al interponer la queja oficial. Este hecho es fundamental pues la mayoría de las quejas y en todas las demandas, las pretensiones y compensaciones deben estar fundamentadas precisamente en los motivos de queja, esto es, en la negligencia, errores o irregularidades del caso. Por lo tanto, se debe entender que la queja es un fenómeno que involucra menos por tres grandes elementos: 1) refleja situaciones multidimensionales intrínsecas de la atención médica que además sucedieron en un pasado imposible de reconstruir totalmente (elemento técnico médico); 2) porque el paciente reconstruye su caso en razón del significado de los hechos en su situación personal (perspectiva del paciente); y 3) la queja es compleja porque se reconstruye en función de lo que se desea obtener a través de ella.

Se podría decir que las quejas médicas se ubican dentro de la denominada epidemiología de la calidad en tanto que, como mencionaba Donabedian: “Tiempo, lugar y persona, la tríada tradicional de la epidemiología descriptiva, es también aplicable al estudio de la calidad de la atención sanitaria. No obstante, la epidemiología de la calidad se diferencia en que posee, simultáneamente, dos grupos de población a los que pertenece: el de los proveedores de la atención y el de los clientes.”¹⁷ La atención médica, el juicio sobre su calidad y su manifestación son actividades sociales y, como tales, parafraseando a Giddens, están siempre constituidas en tres momentos de intersección que los diferencian: “la temporalidad, el paradigma (invocando a la estructura que sólo está presente en un momento dado) y el espacio. Todas las prácticas sociales están *situadas* en cada uno de estos sentidos”.¹⁸

4) *Las pretensiones de las quejas*

Si bien muchas veces el deseo de la compensación es un motivo más que suficiente para interponer la demanda,¹⁹ esto no es así en cuanto a las quejas médicas por inconformidades con la

atención, en donde las pretensiones económicas se refieren sólo a un aspecto de aquello que buscan los quejosos. En general los estudios han identificado otros factores como son: el deseo de prevenir que a otras personas les suceda lo mismo que a ellos, solicitar una disculpa, buscar revertir un problema o corregirlo, obtener un tratamiento, reprender al médico, obtener un servicio negado, etcétera. Si se reconoce que el activador de muchas quejas es un problema interpersonal, entonces resulta muy lógicos los resultados obtenidos por Daniel y colaboradores en su estudio de quejas médicas en donde, a pesar de que documentar que atrás del 64% de las quejas se hubo un problema clínico, “la mayoría de los quejosos no estuvieron satisfechos con la conclusión de la queja interpuesta, y hubieran deseado que se tomaran medidas más fuertes: pocos querían compensaciones, deseaban más que se reconociera lo sucedido y la mayoría querían castigos para los médicos.”²⁰ Esto fortalece los argumentos presentados en este capítulo apuntando a que uno de los factores que intervienen con mayor fuerza en la decisión de interponer una queja es el menosprecio a los pacientes y su enojo.

Al respecto es importante reflexionar sobre el papel que tienen las pretensiones en los diferentes tipos de quejas médicas. Por ejemplo, en análisis de quejas escritas, se ha encontrado que “en las cartas de quejas, no siempre es obvio qué es lo que busca la queja ... el 28.7% de las quejas no aclaran para nada qué es lo que quieren que suceda como resultado de su queja, 21.3% adicional contiene solo solicitudes vagas, como el deseo de que el hospital ‘resuelva el asunto’ o ‘haga algo’. Esto tiene claramente implicaciones para la habilidad del administrador o médico para responder a la queja en una forma apropiada”.²¹ Es decir, existe el *problema* de que los pacientes escriban sus quejas *sin solicitar nada concreto*. Sin embargo, también existe el *problema* de que en las quejas, para que procedan legalmente, se requiera forzosamente que los pacientes *soliciten algo*. Esta situación nos lleva a reflexionar que los sistemas “oficiales” de atención de quejas en algunos casos pueden estar produciendo pretensiones originalmente no pensadas por los pacientes. Indudablemente hay casos que no se desea sino plantear la queja, compartir una experiencia para hacer saber una situación que consideran de alguna forma inadecuada o irregular, asumiendo que “de alguna forma” la queja es útil para mejorar el servicio.

Esos es quizá lo que desean quienes se quejan y “no piden nada”, además del hecho de querer ser escuchados, es decir, plantean la queja “*como fin en sí mismo*”.²² El requerir que obligatoriamente

se plantee una pretensión en la queja la hace viable legalmente, pero es muy factible que provoque una monetarización de las quejas, más de lo que normalmente sucedería.

En resumen, en la decisión de interponer una queja intervienen factores de diferente tipo como son no se darse cuenta de la irregularidad, no conocer los estándares que deben esperarse, no aceptar la enfermedad, tener diferentes expectativas a las condiciones posibles, niveles de tolerancia, falta de conocimiento sobre cómo interponer la queja o mala información o asesoría, poco apoyo de su red social, bajas expectativas de éxito, miedo al castigo o recriminaciones que afecten su futura atención, sentimientos de gratitud y deferencia a profesionales de la salud, intervención de abogados creando expectativas erróneas, etcétera.²³

5) *Las quejas de los que no tienen voz*

Existe un tipo de factores que limitan las quejas a ciertas poblaciones que merecen consideración especial. La población con bajo nivel socio-económico y la que carece de un servicio de seguridad social tiene menores probabilidades de quejarse y de demandar.²⁴ Ese es un problema de inequidad dentro de los servicios de salud. Evidentemente, la población que puede quejarse es aquella que ya tuvo acceso a los servicios o por lo menos está buscando el acceso a ellos y la atención le fue negada. Sin embargo, para millones de mexicanos la *queja silenciosa* se refiere a su *falta de acceso* a los servicios de salud. Los millones de mexicanos en pobreza extrema, no tienen disponible ningún servicio o si acaso cuentan con un médico en servicio social en un centro de salud aislado y desabastecido. En las cada vez más pobladas áreas urbanas crece la proporción de personas viviendo en condiciones de pobreza y aspirando a un empleo y junto con él, al derecho a la seguridad social. El perfil epidemiológico de la pobreza ahora incluye el SIDA, el cual se incrementa con los migrantes que huyen de la miseria buscando mejor vida y regresan a sus comunidades ya infectados. El vertiginoso ascenso del costo de los servicios y de los medicamentos aleja la atención médica a cada vez más personas. El financiamiento para atender las enfermedades mas sencillas de los millones de pobres compite con los gastos de ciertos servicios de altísimo costo como es el de los pacientes terminales, proporcionados a una pequeña proporción de la población. Los cálculos económicos orientan las inversiones en salud hacia las intervenciones mas redituables y que tengan una mayor eficiencia. Los problemas ético-

filosóficos de la justicia distributiva en la atención a la salud se confrontan con la objetiva y robusta economía de la salud. Las decisiones no son fáciles: se encuentra compitiendo la equidad en el acceso y la eficiencia de las intervenciones.²⁵ El estudio de esta problemática rebasa los objetivos de este análisis que solo pretende contribuir a escuchar y entender las voces de los quejosos, sin embargo, el problema de la exclusión de la opinión y participación de una altísima proporción de la población en nuestro país no se puede dejar de considerar.

Referencias

- ¹ Stacey M. The power of lay knowledge. En: Popay J, Williams G, eds. *Researching the people's health*. Londres: Routledge, 1994. p. 95.
- ² Vincent C. Caring for patients harmed by treatment. *Quality in Health Care* 1995;4:144-150.
- ³ Fielding S. The practice of uncertainty. *Voices of physicians and patients in medical malpractice claims*. Westport, Connecticut: Auburn House, 1999. p. 100, 104.
- ⁴ Penchansky R, Macnee C. Initiation of medical malpractice suits: A conceptualization and test. *Medical Care* 1994;32:813-831. Citado en: Karman S, Hamm G. Risk management: Extreme honesty may be the best policy. *Ann Intern Med* 1999; 131 (12): 963-967.
- ⁵ Rubin B. Medical malpractice suits can be avoided. *Hospitals* 1978; 52: 86-88. Citado en: Karman S, Hamm G. Risk management: Extreme honesty may be the best policy. *Ann Intern Med* 1999; 131 (12); 963-967.
- ⁶ Brennan AT, Leape L, Laird N, Hebert LI, Localio R, Lawthers A, Newhouse J, Wiler P, Hyatt H. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *N Eng J Med* 1991; 324 (6):370-376.
- ⁷ Sinding C. Disarmed complaints: unpacking satisfaction with end-of-life care. *Soc Sci & Med* 2003; 57 (8):1375-1385.
- ⁸ Tagliacozzo DL, Mauksch HO. La opinión del paciente sobre el papel del paciente. En: Jaco EG, comp. *Pacientes, médicos y enfermedades*. México: IMSS Colección Salud y Seguridad Social, 1982. p. 309-334.
- ⁹ Busby H. et al. Bodies of knowledge: lay and biomedical understandings of musculoskeletal disorders. En: Elston MA. *The sociology of medical science and technology*. Oxford: Blackwell Publishers, 1997. p. 90.
- ¹⁰ Salmon P. Using patients' perspective to evaluate care. En: Salmon P. *Psychology of medicine and surgery*. Chichester: John Wiley & Sons, 2000. p 274.
- ¹¹ Tagliacozzo DL, Mauksch HO. La opinión del paciente sobre el papel del paciente. En: Jaco EG, comp. *Pacientes, médicos y enfermedades*. México: IMSS Colección Salud y Seguridad Social, 1982. p. 309-334.

-
- ¹² Declaración de derechos del paciente (Asociación Americana de Hospitales); Declaración de Lisboa (Derechos del Paciente); Fundamento y marco jurídico de los derechos humanos del paciente hospitalizado. En: Lifshitz A. La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. México: UNAM/IMSS, 1997. p. 119, 126.
- ¹³ Lifshitz A. La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. México: UNAM/IMSS, 1997. p. 104.
- ¹⁴ Kisch AI, Reeder LG. Client evaluation of physician performance. En: Schwartz HD, Kart CS. Dominant issues in medical sociology. Reading, Mass: Addison Wesley Publishing, 1978. p. 117-124.
- ¹⁵ Strauss A, Fagerhaugh S, Suczek G, Wiener C. Social organization of medical work. New Brunswick: Transaction Publishers, 1997. 2a. ed. p. 127.
- ¹⁶ Allsop J, Mulcahy L. Regulating medical work. Formal and informal controls. Buckingham: Open University Press, 1996. p. 188 [Comillas originales de las autoras].
- ¹⁷ Donabedian A. The epidemiology of quality. *Inquiry* 1985; 22:282-292.
- ¹⁸ Giddens A. Central problems in social theory. Action, structure and contradiction in social analysis. Londres: Macmillan Press, 1979. p. 54.
- ¹⁹ Vincent C. Caring for patients harmed by treatment. *Quality in Health Care* 1995;4:144-150.
- ²⁰ Daniel A, Burn R, Horarik S. Patients' complaints about medical practice. *Medical Journal of Australia* 1999; 170 (12):598-602.
- ²¹ Allsop J, Mulcahy L. Regulating medical work. Formal and informal controls. Buckingham: Open University Press, 1996. p. 188.
- ²² Mulcahy L, Lloyd-Bostock. Complaining – What's the use? En: Dingwall R, Fenn P, ed. *Quality and regulation in health care*. Londres: Routledge, 1992. p. 64.
- ²³ Allsop J, Mulcahy L. Regulating medical work. Formal and informal controls. Buckingham: Open University Press, 1996. p. 188
- ²⁴ Burstin H, Johnos W, Lipsitz S, Brennan T. Do the poor sue more? A case-control study of malpractice claims and socioeconomic status. *Journal of the American Medical Association* 1993; 270 (14):1697-1701. Burstin H, Lipstiz, Brennan T. Socioeconomic status and risk for substandard medical care. *Journal of the American Medical Association* 1992; 268 (17):2383-2387. Citados en: Fielding S. *The practice of uncertainty. Voices of physicians and patients in medical malpractice claims*. Wesport, Connecticut: Auburn House, 1999. p. 115.
- ²⁵ Gwatkin DR, Bhuiya A, Victoria C. Making health systems more equitable. *Lancet* 2004; 364: 1273-1280.

Capítulo 3

El sistema y los actores: la atención médica y la relación médico-paciente

La investigación sobre la manifestación de la insatisfacción con la calidad de la atención médica desde la perspectiva del usuario ha sido prácticamente ignorada y usualmente mal entendida como el estudio de la epidemiología y econometría de la mala práctica. El avance en la explicación de las quejas médicas como fenómeno social requiere de un cambio de enfoque, en donde los costos de la mala práctica, la negligencia médica, los eventos adversos y las irregularidades en la atención sean solo un lado del problema.

El estudio de las quejas médicas requiere una aproximación multidisciplinaria que incluya los fundamentos teóricos básicamente de la medicina, el derecho, la economía y la epidemiología. Sin embargo, para entender las quejas como fenómeno social y desde las perspectivas de los actores: el médico, los prestadores de servicios, la población y los pacientes, se requieren los fundamentos de las ciencias sociales: la sociología, la antropología y la psicología. A continuación se plantean un conjunto de elementos teóricos sociológicos que nos permiten abordar la comprensión de las quejas médicas en tres niveles: nivel micro, nivel meso y nivel macrosocial.^{1,2} a) El aspecto macro se desarrolla a partir de la sociología de la estructuración social y de la modernidad de Giddens, de la sociología del riesgo, de Luhman, Beck y Gabe, la percepción del riesgo; la confianza y la transparencia; b) La relación médico-paciente se plantea como proceso social integrador de las dimensiones macro y micro, haciendo énfasis en la comunicación; y c) Los factores directamente involucrados en la manifestación de las quejas se ubican en la dimensión micro del problema en estudio (presentados en el capítulo anterior).

1) El contexto de la atención médica en las sociedades modernas: algunas bases sociológicas

De especial interés para comprender los *mecanismos a través de los cuales los pacientes ejercen actualmente una influencia creciente en la reestructuración de la atención médica* es la *teoría de la estructuración social*, que reconcilia acción social, las relaciones sociales y su papel en la estructuración social (e.g. reconcilia la “acción” con la “estructura”, la “producción” con la

“reproducción” de la vida social, la “acción” con las “colectividades”). Al respecto, Giddens plantea una mutua determinación entre las dimensiones micro y macro sociales: “para la teoría de la estructuración [...] los agentes, la acción y la interacción se encuentran limitados por la dimensión estructural de la realidad social, pero son aquellos mismos agentes quienes la generan”.³ Es decir, toda vida social se genera en la *praxis* social y mediante ella:⁴ “Aunque no es creada por una única persona, la sociedad se crea y recrea de nuevo [...] por los participantes en cada encuentro social”.⁵

Dentro de estas teorías contemporáneas sobre el proceso de estructuración y modernización de las sociedades, también se plantea un énfasis especial en la *sociología del riesgo*.⁶ Gabe ha propuesto una división de los análisis sociales sobre el riesgo en: a) los estudios de la “*microsociología del riesgo*”, que se concentran en el individuo y en aquellas áreas de la vida social que éste puede percibir, y b) los estudios de la “*macrosociología del riesgo*”, asociados a los aspectos públicos de la vida social que trascienden el ambiente local del individuo y que son vistos como amenazadores de algún valor estimado.⁷

El autor plantea que en la llamada “microsociología del riesgo” se han concentrado dos áreas: aquella concerniente a las percepciones del riesgo y a la conducta de riesgo; y aquella que ve las relaciones entre el conocimiento del riesgo por parte del lego y por parte del experto. La *primer* área se ha enfocado, a la manera en que las personas *interpretan el riesgo*, racional e instrumentalmente, dentro de las circunstancias y limitaciones de su vida diaria. Por ejemplo, se estudia la forma como la construcción y percepción del riesgo está influida por la biografía, por la cultura, por la experiencia que han tenido los pacientes de los servicios de salud, por la situación específica de vida en la que se encuentra cada individuo, etcétera.

La *segunda* área de interés de la microsociología del riesgo ha sido la *relación entre las percepciones de riesgo del lego y las de los expertos*. Estudios particulares han mostrado las áreas de concordancia y de divergencia según los diferentes problemas de salud, y la forma como las personas intentan o no incorporar el juicio experto en su vida cotidiana. En este aspecto existe un punto de *enlace entre la micro y la macrosociología del riesgo*, como plantea Gabe: “el enfoque de estos estudios sobre la relación entre el conocimiento lego y experto reflejan una preocupación teórica más general entre los teóricos sociales sobre la *decadencia de la confianza*

en la autoridad experta en las sociedades modernas. De acuerdo con Giddens, estamos viviendo un periodo en el que el juicio de los expertos está constantemente abierto al escrutinio o está ‘crónicamente desafiado’ y es aceptado o rechazado por el lego”.⁸ La atención médica y el médico se encuentran sin duda dentro de este desafío a las profesiones en la modernidad. Los lineamientos de la *legitimidad a partir del conocimiento experto* en el que se han basado las profesiones —como la medicina— encuentra en los fenómenos de la *modernidad* desafíos nunca antes experimentados.

Para Beck,⁹ una de las consecuencias inevitables de la *modernidad* es la creciente *desregulación social*, la *incertidumbre* de las condiciones sociales y económicas y el surgimiento de la sociedad de riesgo:

“Uno de los efectos de las sociedades avanzadas es el aumento del riesgo como una función de nuestra dependencia en instituciones públicas como el Estado, los hospitales y la policía, y la familia y los sistemas de parentesco se han erosionado. El riesgo se produce por esta precariedad de los arreglos institucionalizados de la existencia humana [...] Beck argumenta que mientras en las sociedades tradicionales los riesgos eran esencialmente individuales, personales, observables y palpables, en sociedades avanzadas a menudo *escapan de la detección del público*. Los riesgos de la sociedad moderna son *globales, impersonales e inobservables*”.¹⁰

En este contexto de las instituciones de la sociedad moderna se asume que el médico es el experto porque domina el conocimiento médico, y que las instituciones de atención médica son *sistemas expertos*. A partir de estos elementos, los enfermos se acercan a los médicos e instituciones médicas porque *confían* en que representan la pericia de la medicina. Con gran influencia de Beck, Giddens profundiza en la sociología del riesgo y propone que “la naturaleza de las *instituciones modernas* está profundamente *basada en mecanismos de confianza en los sistemas abstractos*”. Tanto Luhman¹¹ como Giddens han analizado detalladamente el papel de la *confianza* en las relaciones e instituciones sociales de la modernidad. Este último concede especial importancia a los denominados “*puntos de acceso*” a los sistemas. Es decir, ante los sistemas expertos, los individuos no actúan basados en la confianza que les da conocer de tiempo

atrás a quienes les dan el acceso, sino en el hecho de que éstos son el “punto de acceso” a un sistema abstracto al que le tienen confianza (e. gr. cajeras o gerentes de bancos).

La relación entre el paciente y las instituciones de atención médica se llevan a cabo a través del *médico* quien es considerado el *punto de acceso a dicha atención experta*. De acuerdo con la teoría de Giddens, los contactos con los expertos, o sus representantes, a manera de encuentros en los puntos de acceso son particularmente importantes en la sociedad moderna.¹² *La confianza de la población descansa de hecho en el conocimiento experto* (e.g. conocimiento médico) y de los sistemas expertos (e.g. hospitales), pero no en los representantes que son falibles. Estos representantes (e.g. médicos, enfermeras, etc.) son los operadores que tienen que “actuar” con profesionalismo, es decir, deben mostrar en las relaciones personales la plena confianza en el conocimiento y sistemas expertos (e.g. la medicina y las unidades de atención), aun cuando *ellos mismos saben que hay fallas, errores, riesgos, etc.* A esto se le ha llamado el *desempeño “frente al escenario” y “atrás del escenario”*. *El control del umbral entre el “frente” y “atrás del escenario” es parte de la esencia del profesionalismo*. Una de las razones por las que los expertos ocultan buena parte de lo que hacen es que el ejercicio de la pericia a menudo requiere de ambientes especializados y concentración mental que sería difícil de tener frente al público. Pero también hay otras razones.

Una de ellas es que hay una *diferencia entre la pericia y el perito*, diferencia que quienes trabajan frente al público quieren minimizar lo más posible. El perito puede hacer las cosas mal, puede malinterpretar, o puede ser ignorante de la pericia que se asume posee. La distinción entre “frente” y “atrás del escenario” refuerza conductas como mecanismos para reducir el impacto de las habilidades imperfectas. Los pacientes no tendrían confianza en el personal médico si ellos tuvieran pleno conocimiento de los errores que se cometen en las salas y en los quirófanos. Otra razón de la separación es que siempre existen áreas de contingencia en los sistemas abstractos. No existe una habilidad tan completa ni tampoco una forma de conocimiento experto tan abarcante que impida que los elementos del azar o de la suerte entren en juego. Los expertos asumen que los legos se sentirán más seguros si no pueden observar cuan frecuentemente estos elementos entran en juego en el desempeño del experto. El sistema abstracto se pone en contacto con el usuario mediante el “punto de acceso al sistema”. Es entonces *a partir de las relaciones de*

confianza que se puede contender con la distancia (de tiempo-espacio) asociada con el proceso de modernidad. La confianza entre personas depende de las señales del lenguaje (verbal y no verbal) que actúan como indicadores del sistema al que representa (o pertenece), y no del individuo concreto.

Es mediante los puntos de acceso que se puede mantener la confianza. La confianza en los sistemas abstractos se apoya en un proceso de socialización en donde se da a la ciencia una imagen de conocimiento confiable e indudable, de la cual deriva una actitud de respeto a la mayoría de las formas de especialización técnica. Sólo si se tiene mayor entrenamiento científico se puede ser consciente de la falibilidad potencial del conocimiento en la ciencia.

Al mismo tiempo, las actitudes del lego hacia el conocimiento experto son típicamente ambivalentes. La ambivalencia descansa en el núcleo de todas las relaciones de confianza (de los sistemas abstractos o de los individuos que los representan). Como no podemos escapar de las instituciones modernas, hay una amplia gama de actitudes de aceptación pragmática que coexisten con la ambivalencia. Las actitudes de confianza o falta de confianza hacia los sistemas abstractos están altamente influenciadas por las experiencias con los diferentes “puntos de acceso”, así como por el incremento de conocimientos. Pero el hecho es que *los puntos de acceso son lugares de tensión entre el escepticismo del lego y la pericia profesional que los convierte en puntos de vulnerabilidad* de los sistemas expertos.

La confianza del público en la medicina, en la legitimidad de la profesión médica y de las instituciones de salud es fundamental en el fenómeno de las demandas por mala práctica. En general, en la actualidad nos encontramos en una crisis de confianza de la población respecto a la *clásica* regulación social establecida “*atrás de las puertas*” por las instituciones públicas y la *falta de transparencia* de los mecanismos para establecer y regular las políticas públicas.¹³ Los medios masivos de comunicación han tenido un papel fundamental en desacreditar y magnificar los riesgos y difundirlos globalmente. Por ejemplo, se ha demostrado que en Europa en los últimos 15 años, el factor más importante en el decremento de la confianza pública en el Estado han sido el número y tamaño de los escándalos sobre las regulaciones.¹⁴ Los autores mencionan que en este lapso, la confianza del público ha declinó alrededor de un 30 por ciento.

La *confianza* y la *percepción del riesgo* que tiene la *población* sobre la *medicina*, los *médicos* y las *instituciones* de atención médica son fenómenos interrelacionados y ambos fenómenos influyen en la manifestación *individual* de las quejas y demandas médicas de las personas a *su(s)* médico(s). De hecho, una de las formas a través de las cuales las demandas médicas han influido en la calidad de la atención y en la profesión médica no ha sido corrigiendo los casos individuales ni castigando “el mal desempeño” a nivel individual, sino a través de la difusión de casos particulares negativos, que infunde a los médicos el temor de ser demandados y del costo emocional y legal que esto implica.^{15,16}

Los decrecientes niveles de confianza del público son importantes en el tipo de problemas de convivencia social actuales. En México, Transparencia Internacional hizo una encuesta en el 2001 en la cual se encontró que el 70% de los mexicanos no nos creemos, y el 40% acepta que decir mentiras no es malo.¹⁷ Sobre este tema, investigaciones han demostrado: 1) que es mucho más fácil destruir la confianza que construirla;¹⁸ y 2) que la confianza pública es una de las variables explicativas más importantes en la percepción social del riesgo. Lofstedt apunta que esto es relevante ya que ante las mismas situaciones, el público percibe mayores riesgos cuando hay desconfianza que cuando hay confianza. Dentro de un sistema de salud en donde predomina la confianza, la población percibirá menos riesgos y mayor seguridad en la atención médica que en un sistema en donde prevalece la desconfianza. En ese sistema de salud también habrá menos quejas y demandas médicas.

En este sentido, para recobrar la confianza en la práctica médica, los médicos deben mejorar la calidad de la atención y requieren informar, comunicar, compartir y hacer más transparentes sus acciones. Para restablecer la confianza se requieren políticas de regulación así como acciones de auto-regulación individual y de la profesión médica. Es decir, no solo se requieren acciones individuales de los médicos (nivel micro-social), sino acciones en todos los niveles. A nivel macro social es necesario que se desarrolle la cultura de la transparencia en los mecanismos y políticas públicas de regulación de la atención a la salud. A nivel meso social, en los servicios de salud también se requieren acciones. Se han desarrollado múltiples estrategias para la regulación legal de la mala-práctica, los cuales en general han tenido efectos adversos como es evidente en la práctica de la medicina defensiva. Pero también han surgido otros mecanismos como por

ejemplo el de auto-regulación, “la transparencia se ha convertido en el *leit motiv* del movimiento de seguridad-de-los-pacientes: para aprender de los errores primero debemos identificarlos, para identificarlos debemos propiciar una atmósfera que lleve a abrir los errores”.^{19,20,21}

2) *La relación médico-paciente como proceso social*

La relación médico-paciente consiste en un intercambio entre dos elementos de la sociedad,²² es decir es una interacción social entre dos individuos con posiciones sociales determinadas. Por un lado, el paciente acude al médico con el peso de las representaciones colectivas que él y su grupo social tienen sobre la enfermedad, el médico, la medicina y la ciencia y tecnología. Por otro lado, el médico llega con su educación, socialización profesional y entrenamiento especializado .

En la relación médico paciente está involucrada una *acción social* y como tal, según Weber, está orientada hacia el pasado, presente o expectativas de la futura conducta de los otros.²³ Esto también implica que todo análisis del concepto de “acción e interacción social” lleva implícito el análisis de su *sentido y significado*: “en la acción está contenida toda la conducta humana en la medida en que el actor le asigna un significado subjetivo”.²⁴ De esta forma, la comprensión de la acción social está determinada por el contexto, así como por los valores, conocimientos, creencias y expectativas que guían las acciones: “la teoría del microanálisis es especificar la dinámica de las tres clases de variables: motivacionales, interaccionales y estructurales”.²⁵

Al respecto, Rex, sintetiza las propuestas sociológicas afirmando que las *expectativas constituyen “la categoría fundamental en la definición de relación social”*, y como tales influyen en las acciones particulares de las personas, al interactuar con las *situaciones y contextos específicos*: “Si podemos demostrar que éstas [las expectativas] existen, es decir, que todo individuo que observamos planea su propia acción en la suposición de que otro individuo actuará de cierta manera, se justificará [...] que hablemos de la existencia de una relación social. Los estudios de actitudes constituyen una fuente importante de datos sociológicos, porque a veces suministran tales pruebas.” También es en este sentido que en la sociología de la acción social se incluye el estudio de la motivación (en el sentido sociológico), puesto que “la conducta de un individuo se explica siempre en términos de la motivación del otro”. Es decir, “dada la motivación del

individuo y la circunstancia de que éste es capaz de interpretar la conducta de otros”, es posible explicar la acción social en sus situaciones particulares.²⁶

Este preámbulo enmarca teóricamente el estudio de la posición social del paciente (cuyo prerequisite no es siempre el estar enfermo) y del médico, caracterizados por una conducta normativa y expectativas sociales. *La manifestación de la insatisfacción con la atención está íntimamente ligada con los derechos y obligaciones del papel de paciente y del médico*, con la forma como respectivamente los perciben y concuerdan con lo que éstos asumen que son las *expectativas* de los proveedores de atención sobre su papel de enfermo, las expectativas de los pacientes sobre los pacientes, las expectativas de los médicos sobre los médicos y las expectativas de los pacientes sobre los médicos.

En el campo de la sociología médica, el clásico análisis de Parsons sobre los papeles del paciente y del médico da pie a la reflexión sobre esta problemática. El autor distingue entre el papel de enfermo y el de paciente, y plantea un modelo de paciente y médicos ideales y sin conflicto porque ambos asumen y respetan las características de su propio papel y de su contraparte.^{27,28} La forma como las expectativas en el papel de paciente y curador reflejan los valores de los grupos sociales es tan nítida que, a pesar de las fuertes críticas a la propuesta de Parsons, sociólogos destacados como Turner han propuesto que “en el marco de la sociología comparativa, el concepto del papel de enfermo es un instrumento poderoso para el análisis de la cultura [...] y de su relación con la conducta de enfermedad”.²⁹

La búsqueda del médico por el enfermo se basa en que el primero es el *experto y depositario de la ciencia y experiencia de la ciencia médica*. Este argumento básico es diferente según la perspectiva teórica a partir de la cual se fundamenta. Dentro del enfoque *filosófico*, la búsqueda del médico parte de la intención del paciente de obtener *ayuda* y del médico de otorgarla. En este enfoque la relación médico-paciente tiene un contenido técnico para prestar ayuda, pero el contenido *humanístico, afectivo, moral y ético* de la relación interhumana es lo fundamental.³⁰ Desde una perspectiva *psicoanalítica* y humanística, Szaz y Hollander proponen clasificar la relación médico paciente en tres modelos: actividad/pasividad, asesoramiento y participación mutua.³¹

Dentro del enfoque *sociológico* clásico de Parsons (teoría del consenso), la base de las expectativas del papel en la relación médico-paciente se apoya en que el médico debe tener una *ventaja asimétrica de poder* para que el paciente siga sus indicaciones, lo cual es una de las obligaciones. De hecho, en esta línea de fundamentos sociológicos se basa el fuerte desarrollo empírico actual del estudio del apego o adherencia terapéutica. Lamentablemente en muchos de estos estudios se desconoce la teoría social en la que se basa, teniendo un efecto muy empobrecedor en la calidad de la investigación, de los hallazgos y de las interpretaciones, así como en las posibles intervenciones para modificar los fenómenos estudiados. Muchas de las críticas en contra de la apertura a escuchar la opinión de los pacientes sobre la calidad de la atención que reciben también se basan en esta corriente teórica sobre una necesaria asimetría del conocimiento y del poder.

Contraria a esta teoría, Freidson encabeza las propuestas sobre la relación médico-paciente como inherentemente *conflictiva* debido a las perspectivas discrepantes entre ellos.^{32,33} En este sentido pero dentro de la teoría crítica, con estudios empíricos de la relación médico paciente, Waitzkin ha analizado en que forma sucede que aunque haya buenas intenciones de pacientes y médicos, la relación entre ellos constituye una instancia de control social a través de la cual la medicina reproduce las contradicciones socio-económicas e ideológicas de la sociedad en su conjunto. Por ejemplo dice el autor, “en la medicina, el control social frecuentemente involucra la transformación de relaciones sociales problemáticas en síntomas, signos y tratamientos objetivos. Esta reificación orienta la atención fuera de las contradicciones de la estructura social, llevándola hacia problemas individuales de fisiopatología y personalidad”.³⁴ Este es precisamente uno de los riesgos de cerrar el análisis de las quejas y demandas médicas hacia problemas individuales y técnicos y olvidar el trasfondo de los problemas sociales y del sistema de salud de los que son producto y que nos están mostrando.

Existen otras corrientes que analizan las fuentes de *conflicto* de la relación médico-paciente dentro de una perspectiva *meso-social* y básicamente contextual. Dentro de ella, Bloor y Horobin han propuesto que la naturaleza de las expectativas de pacientes y médicos en interrelación están determinadas por otros factores *del ambiente* como son, por un lado, la ubicación y características del lugar en donde ocurre la consulta y el tipo de servicio de salud en el cual ésta se lleva a cabo,

en donde factores como la alta burocratización, los espacios privados, etc. influyen en la naturaleza de la interacción social. La consideración del impacto de los *ambientes* y contextos, así como de la disponibilidad de la tecnología de la atención médica en la relación médico-paciente y en la comunicación (por ejemplo, en el hospital y en la atención ambulatoria, en la práctica privada y en la institucional, etc.), es actualmente de fundamental importancia.³⁵ En la atención médica institucionalizada, en la cual la longitud de la consulta está altamente reducida, el aspecto de las restricciones organizacionales para una buena comunicación es básico para explicar las causas y manifestaciones de insatisfacción de los pacientes.

Por otro lado, la naturaleza de las expectativas es diferente “según el tipo de *problema de salud*” y de la forma como ambos —médico y paciente— la entienden. Por definición la conceptualización y significado de la enfermedad y de la curación³⁶ es distinta para cada uno de ellos.³⁷ A partir de estos argumentos, los autores de la corriente interaccionista *analizan el encuentro médico-paciente como un proceso de negociación de la realidad, en donde la realidad se construye socialmente.*^{38,39} En ella existe una “dirección asimétrica que favorece la realidad del médico, quien puede negar o ignorar la percepción del paciente de la realidad.” El paciente, por su parte, puede ignorar las órdenes del médico, dejar de recurrir a él, etc. El encuentro médico-paciente se encuentra en proceso de transición. Es posible que, en el futuro, el impulso de la medicina centrada en el paciente dé lugar a un mayor interés sobre el tema por parte de los médicos.^{40,41}

Uno de los principales factores de la relación médico-paciente asociados tanto con la satisfacción del paciente como con la manifestación de las opiniones de los pacientes es, naturalmente, la *comunicación e información*, la cual ha sido reiteradamente reconocida como fundamental en la atención médica, aunque también ha sido sistemáticamente subestimada por los médicos. La comunicación se refiere tanto a la verbal como a la no verbal⁴² pero lo más importante de ella no es la información en sí misma, sino que es un elemento fundamental para construir la relación interpersonal entre el médico y el enfermo y a través de ella se cumplen o no las expectativas del paciente, dando como resultado la satisfacción con la atención.

Waitzkin ha reportado que en 65% de las consultas, los médicos subestiman el deseo de los pacientes de recibir información,⁴³ y Smith y colaboradores encontraron que mayores niveles de

información, mayor tiempo invertido en discutir las estrategias preventivas, y una mayor longitud de la consulta están asociados positivamente con la satisfacción del paciente.⁴⁴

La investigación sobre la *comunicación* en la relación médico-paciente es muy vasta. Cabe mencionar aquí dos aspectos que subyacen a los problemas de comunicación que tienen una relevancia especial por su relación con la satisfacción del paciente: el problema de la *brecha de conocimientos* entre médicos y pacientes y la influencia de *la incertidumbre* de la práctica médica y de la medicina en la comunicación.

1. La información es poder y, por ello, en una relación en donde se consulta a una persona por sus conocimientos, el manejo de la información significa el manejo del poder y el *control*. Precisamente por la “supuesta” desigualdad de conocimientos se produce la denominada “*brecha de competencias*” (*competence gap*), a partir de la cual se puede atribuir a la “ignorancia” del paciente (falta de conocimiento médico especializado), cualquier problema de comunicación en la relación médico-paciente. En contraparte, se ha propuesto que uno de los problemas no es sólo que el médico no *da* suficiente *información*, sino que no *escucha*.⁴⁵ Por lo tanto, proponen que para resolver la “brecha de competencias” se motive a los médicos para que tomen seriamente el conocimiento lego de sus pacientes y que los escuchen, para hacer del encuentro médico un encuentro entre expertos: el médico con su entrenamiento, y el paciente con la experiencia de su enfermedad.⁴⁶ El hecho de que “el médico no escuche” no es sólo un problema de forma, pues refleja dimensiones de la relación desigual entre el paciente y el médico. Este último frecuentemente busca, selecciona y registra principalmente “lo técnico”, elude el contenido afectivo y así evita involucrarse (*i.e.* “neutralidad afectiva”, que Parsons propone como un aspecto del papel de médico vs. “conducta afectiva” del médico, que según Fitzpatrick⁴⁷ tiene sobre el paciente una influencia mayor que la conducta instrumental con la cual el médico pone en juego su competencia técnica). Este hecho es percibido por el paciente como “falta de interés” y por ende, fuente de insatisfacción con la consulta, a pesar de que en ésta el contenido técnico y clínico sean de excelencia. Una de las formas a través de las cuales los pacientes juzgan la competencia clínica es a través de la comunicación, lo cual significa que una adecuada comunicación constituye el mecanismo fundamental para explicar al paciente situaciones que pueden mal interpretarse como incompetencia.⁴⁸ Alrededor de este argumento se identifica la

necesidad de profundizar en el tema sobre la construcción social y expectativas, profesionales y de la población, sobre lo que significa e incluye el concepto de “competencia clínica”.

2. La pericia y la competencia médica son lo que determina que la población legitime la profesión médica y a los médicos. Sin embargo, *la medicina* no es una ciencia exacta y adicionalmente, como toda persona, *el médico* está en constante *riesgo de equivocarse*. Los médicos han denunciado que “el exceso de confianza” (en sí mismos) puede ser desastroso,⁴⁹ ya que por naturaleza la *práctica médica* está sujeta a la *incertidumbre*. El manejo de la incertidumbre, del control y de la autopercepción del médico se puede analizar a partir de la información que éste proporciona al paciente y a su familia.⁵⁰

La *incertidumbre* puede originarse en tres *fuentes*: el dominio imperfecto del conocimiento médico (incertidumbre del médico), las limitaciones de la ciencia médica (incertidumbre de la ciencia médica), o la complejidad de distinguir entre ambas (*i.e* entre la ignorancia o ineptitud personal de las limitaciones de la ciencia).⁵¹ Los médicos varían en la conciencia de estos hechos y en la respuesta a la incertidumbre. Davies⁵² ha propuesto que también hay que distinguir los “*usos*” de la incertidumbre (en el manejo de los pacientes y de su familia): la “real” derivada de la ciencia y de la práctica, y la pretendida (disimulada) o “funcional”. Esta última consiste en la manipulación de una “supuesta” incertidumbre cuando de hecho el médico ya no tiene dudas. Esta forma de incertidumbre es usada para varios objetivos: evitar dar información dolorosa y manejar las emociones del paciente, facilitar al paciente asumir su problema; evitar que el paciente o su familia molesten al médico, etc. Adicionalmente, para el médico es más fácil callar cuando no se pueden calcular los posibles efectos de los numerosos factores desconocidos. El análisis conceptual que se ha desarrollado sobre el menor riesgo que corren los médicos al no notificar las enfermedades mortales es otro ejemplo de los beneficios del manejo del silencio.⁵³

Según Scheff, existen otros tipos de *estrategias para enfrentar la incertidumbre*. Para él hay dos tipos de error:

“el tipo 1 rechaza una hipótesis verdadera y el tipo 2 acepta una hipótesis falsa. En los tribunales debe evitarse el error 2, es decir, la condena de un hombre inocente. Sin embargo, en la medicina se evita el tipo 1, o sea, declarar sano a un paciente que

realmente está enfermo. Por otra parte, además de la vergüenza personal y profesional del médico o la clínica, también existe la amenaza de demandas por actos de negligencia. Así, con frecuencia, los pacientes son sujetos a pruebas innecesarias, costosas y, algunas veces, potencialmente perjudiciales a fin de “cubrir” al doctor. Junto con el potencial de repercusiones jurídicas y personales, para el médico también existe la suposición subyacente de que el tratamiento innecesario o la clasificación incorrecta del paciente no es tan perjudicial como una enfermedad no tratada [...] Además, existen los mayores costos para el paciente y, a menudo, las mayores utilidades para el médico”.⁵⁴

El *riesgo* y la *incertidumbre* que caracterizan muchas de las decisiones del médico son frecuentemente manejados a partir del tipo y cantidad de información que proporciona,⁵⁵ así como con el *lenguaje* utilizado (técnico o cotidiano, discurso inter-profesional, extra-profesional). Incluso el tipo de vocabulario que usan cotidianamente los médicos, también se ha comprobado que refleja estilos de enfrentamiento a los errores y fracasos, y a éste subyace una carencia de controles profesionales internos sobre la calidad de la atención.⁵⁶

3) *La comunicación en la relación médico-paciente y las quejas médicas*

La comunicación es el componente mas importante de la calidad de la relación médico-paciente y es un factor determinante en las quejas médicas ya que en forma independiente o potenciando algún procedimiento o resultado médico, puede llevar al paciente a radicar quejas o demandas.

Muy poca de la investigación actual se ha orientado a comprender la relación entre la comunicación y las demandas, esto a pesar de la creciente gravedad del problema de la mala práctica y a pesar de que existen resultados de investigación consistentes mostrando que aparentemente la dimensión técnica de la calidad de la atención no es el determinante mas importante en la decisión del paciente para interponer una demanda.^{57,58,59,60} Por ejemplo, entre los resultados del clásico estudio de Harvard, Localio y colaboradores encontraron que mientras que el 1% de los pacientes hospitalizados eran víctimas de un daño derivado de negligencia, menos del 2% de esos pacientes interponían una demanda. Como se señalaba en el primer capítulo, es la percepción del paciente sobre el daño sufrido por negligencia y sobretodo la

insatisfacción con la atención lo que produce las quejas, no es el desempeño médico técnico ni los resultados de la atención en sí mismos.⁶¹ También se ha comprobado en Estados Unidos que sólo algunos médicos son los que atraen una parte desproporcionada de las demandas por mala práctica: en Florida, más del 85% de los pagos por malpráctica se concentraron en el 3% de los médicos y se comprueba que estas tendencias son consistentes en el tiempo.^{62,63}

En este contexto, la comprensión del problema requiere rebasar la simple aceptación de que una buena parte de la explicación de las quejas es una “mala relación médico-paciente” o “problemas de comunicación”.⁶⁴ Lo relevante es averiguar *cómo* y *qué* de la comunicación con el paciente es lo que hace la diferencia, y a partir de esta información, buscar estrategias para el cambio. Con base en esta pregunta, Levinson y colaboradores investigaron la relación entre los patrones de comunicación de los médicos que son demandados y los que no los son.⁶⁵ Los autores encontraron que si existen diferencias: Los médicos no demandados tienden a tener consultas más largas, a dar más información educativa a los pacientes, tienen mejor sentido del humor, tienen un tono emocional más cálido y amistoso, tienden a propiciar más elementos que faciliten la comunicación como preguntar la opinión de los pacientes, constatar si entendieron la información y motivar a los pacientes a hablar, no interrumpen al paciente, tienden a orientar al paciente en la consulta (e.g. primero lo voy a examinar y después hablamos sobre el problema). El estudio señala que estas diferencias se encontraron entre los médicos de primer nivel de atención pero no entre los cirujanos. Ellos proponen que la consulta a diferentes tipos de especialistas tiene expectativas específicas por especialidad y que el papel de la comunicación es diferente en cada una de ellas. Por su parte, Hickson y colaboradores, han demostrado que, contrastando con los pacientes que van a consulta con médicos sin antecedentes de demandas, los pacientes que consultan a médicos con antecedentes de demandas, en general sienten que son ignorados, que no reciben explicaciones o consejos, que no les dan suficiente tiempo y que no muestran interés.⁶⁶ En estudios posteriores este mismo grupo de investigación demuestra que no hay diferencias en la calidad de la atención médica-técnica recibida entre los médicos demandados y los no demandados con lo cual proponen que es muy posible que la evaluación de la competencia y calidad de la atención médica de los pacientes está altamente afectada por la percepción que tienen del interés y atención que les presta el médico. Esto significa que al experimentar desinterés del médico, el paciente puede molestarse tanto que puede decidir interponer una

demanda ante cualquier resultado adverso que perciba, independientemente de que éste haya o no sido causado por negligencia.⁶⁷

Es de esperarse que la comunicación en la relación médico-paciente tenga efectos diferenciales en la satisfacción dependiendo del contexto, la biografía y el tipo de problema de salud de los pacientes. Por ejemplo, en una investigación hecha con pacientes en la Ciudad de México se identificó que ciertos aspectos de la relación médico-paciente (explicaciones del médico y responder a preguntas de los pacientes) tienen un efecto en la recuperación y satisfacción de los pacientes con enfermedades agudas, pero no afectan en los pacientes con enfermedades crónicas ya que naturalmente la intervención que puede tener el médico en ellas es menor.⁶⁸

El incremento de la difusión masiva de información médica es otro factor que está afectando el tipo y cantidad de información que los pacientes están esperando de sus médicos. La conciencia de las consecuencias y riesgo de los tratamientos médicos también ha aumentado y en consecuencia, cada vez más los pacientes demandan no sólo información sobre su diagnóstico y pronóstico, sino también mucho más información sobre los riesgos de las diferentes alternativas de tratamiento a sus problemas.⁶⁹ Se pide cada vez más certidumbre de la medicina y más información del médico. Esto tiene efectos en la dimensión ética de la relación médico-paciente dentro de la cual debe incluirse el consentimiento informado en el amplio sentido de la palabra. Es decir, no solo la acción legal formal de aprobar y autorizar tratamientos sino intercambiar la información suficiente que permita al paciente comprender claramente los tratamientos para autorizar en forma autónoma su elección.⁷⁰

Referencias

-
- ¹ Infante C. El enfoque sociológico de la prevención de los problemas de salud. *Acta Sociológica* 1994; 11:203-226.
 - ² Newman WL. *Social Research Methods. Qualitative and quantitative approaches.* Allyn and Bacon: Boston, 1991. p. 42.
 - ³ Giddens A, Turner J. Introducción. En: Giddens A, Turner J, *et al.* México: Alianza Editorial, 1991. p. 18.

-
- ⁴ Cohen I. Teoría de la estructuración. Anthony Giddens y la constitución de la vida social. México: UAM-I, 1996. p. 2.
- ⁵ Giddens A. Las nuevas reglas del método sociológico. Buenos Aires: Amorrortu, 1997. Citado en: Giddens A, Turner J et al. México: Alianza Editorial, 1991. p. 364.
- ⁶ Luhman N. Sociología del riesgo. México: UIA/Universidad de Guadalajara, 1992.
- ⁷ Gabe J. Health, medicine and risk: the need for a sociological approach. En: Gabe J, ed. Medicine, health and risk. Sociological approaches. Oxford: Blackwell Publishers, 1995. p. 8-9.
- ⁸ Gabe J. Health, medicine and risk: the need for a sociological approach. En: Gabe J, ed. Medicine, health and risk. Sociological approaches. Oxford: Blackwell Publishers, 1995. p. 10.
- ⁹ Beck U. Teoría de la sociedad del riesgo. En: Giddens A, Bauman Z, Luhman N, Beck U. Las consecuencias perversas de la modernidad. Barcelona: Anthropos, 1996. p. 201-222.
- ¹⁰ Turner B.S. Medical power and social knowledge. Londres: SAGE, 1996. p. 229-221.
- ¹¹ Luhman N. Confianza. Barcelona: UIA/Anthropos, 1996.
- ¹² Giddens A. The consequences of modernity. Stanford, Ca: Stanford University Press, 1990. p. 83-92.
- ¹³ Lofstedt RE. Risk communication and management in the 21st Century. AEI-Brooking Joint Center for Regulatory Studies. Kings's Centre for Risk Management, International Policy Institute, King's College London. Working Paper 04-10, April 2004. <http://aei-bookings.org/admin/authorpdfs/page.php?id=939>. Consultado mayo 13, 2004.
- ¹⁴ Lofstedt RE, Vogel D. The changing character of regulation: A comparison of Europe and the United States. Risk Analysis 2001; 21:399-406. Citado en: Lofstedt RE. Risk communication and management in the 21st Century. AEI-Brooking Joint Center for Regulatory Studies. Kings's Centre for Risk Management, International Policy Institute, King's College London. Working Paper 04-10, April 2004.
- ¹⁵ _____. Limits: The role of the law in bioethical decision making. The New England Journal of Medicine 1997; 337:431.
- ¹⁶ Shavell S. Economic analysis of accident law. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1987. Citado en: Studdert DM, Mello MM, Brennan TA. Medical Malpractice. The New England Journal of Medicine 2004; 350 (3): 283-292.
- ¹⁷ _____. Transparencia Internacional. 2001. Citado en: Ruelas E. La comunicación en la calidad de la gestión médica. En: Tena C, Sánchez J. (eds) Memoria del simposio. La comunicación como reto actual y futuro del profesional de la salud. México: Ed. Piensa. 2003. p. 15.
- ¹⁸ Slovic P. Perceived risk, trust and democracy. Risk analysis 1993; 13:675-682. Citado en: Lofstedt RE. Risk communication and management in the 21st Century. AEI-Brooking Joint Center for Regulatory Studies. Kings's Centre for Risk Management, International Policy Institute, King's College London. Working Paper 04-10, April 2004.

-
- ¹⁹ Studdert DM, Mello MM, Brennan TA. Medical Malpractice. *The New England Journal of Medicine* 2004; 350 (3): 283-292.
- ²⁰ Karman S, Hamm G. Risk management: extreme honesty may be the best policy. *Ann Intern Med.* 1999; 21:963-967.
- ²¹ Rosner F, Berger J, Kark P, Potash J, Bennet A. Disclosure and prevention of medical errors. *Arch Intern Med* 2000; 160 (14):2089-2092.
- ²² Bastide R. *Sociología de las enfermedades mentales.* México: FCE, 1968.
- ²³ Weber M. *Economía y sociedad.* México: FCE, 1968.
- ²⁴ Weber M. The theory of social and economic organization. p. 110. Citado en: Rex J. *Problemas fundamentales de la teoría sociológica.* Buenos Aires: Amorrortu, 1977. p. 102.
- ²⁵ Turner J.F. Teorizar analítico. En: Giddens A, Turner J et al. México: Alianza Editorial, 1991. p. 223.
- ²⁶ Rex J. *Problemas fundamentales de la teoría sociológica.* Buenos Aires: Amorrortu, 1977. p. 71, 113, 111.
- ²⁷ Parsons T. Definiciones de salud y enfermedad a la luz de los valores y la estructura social de los Estados Unidos. En: Jaco EG, comp. *Pacientes, médicos y enfermedades.* México: IMSS Colección Salud y Seguridad Social, 1982. p. 205-242.
- ²⁸ Parsons T. *El sistema social.* Madrid: Revista de Occidente, 1976. Cap. X.
- ²⁹ Turner B. *Medical power and social knowledge.* Londres: SAGE, 1996. p. 46-54.
- ³⁰ Lain Entralgo P. *La relación médico enfermo.* Madrid: Alianza Editorial 1983.
- ³¹ Szaz TS, Hollander M. The basic models of the doctor-patient relationship. En: Schwartz H, Kart C. *Dominant issues in medical sociology.* Reading, Mass: Addison Wesley Publishing, 1978. p. 100-107.
- ³² Freidson E. Dilemmas in the doctor patient relationship. En: Cox C, Mead A, eds. *A sociology of medical practice.* Londres: Collier-Macmillan, 1975. p. 285-298.
- ³³ Freidson E. *Patient's views of medical practice.* New York: Roussel Sage, 1954.
- ³⁴ Waitzkin H. The micropolitics of medicine: A contextual analysis. *International Journal of Health Services* 1984; 14 (3): 339-378.
- ³⁵ Varlaam A, Dragoumis M, Jefferys M. Patients opinions of their doctors. A comparative study of patients in a Central London Borough Registered with single-handed and partnership practices in 1969. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1972; 22 (125):811-816.
- ³⁶ Mechanic D. *Illness and cure.* En: Kosa J, Antonowsky A, Zola Y, comp. *Poverty and health.* Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1969.

-
- ³⁷ Bloor MJ, Horobin GW. Conflict and conflict resolution in doctor-patient interactions. En: Cox C, Mead A, eds. *A sociology of medical practice*. Londres: Collier-Macmillan, 1975. p. 271-281.
- ³⁸ Anderson WT, Helm DT. El encuentro médico-paciente: un proceso de negociación de la realidad. En: Jaco EG, comp. *Pacientes, médicos y enfermedades*. México: IMSS Colección Salud y Seguridad Social, 1982. p. 427-446.
- ³⁹ Scheff TJ. Negotiating reality: Notes on power in the assessment of responsibility. *Social Problems* 1963a; 16:3-17. Citado en: Anderson WT, Helm DT. El encuentro médico-paciente: un proceso de negociación de la realidad. En: Jaco EG, comp. *Pacientes, médicos y enfermedades*. México: IMSS Colección Salud y Seguridad Social, 1982. p. 427-446.
- ⁴⁰ Like R, Zyzanski SJ. Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants. *Soc Sci & Med* 1987; 24:351.
- ⁴¹ Henbest RJ, Stewart MA. Patient- centeredness in the consultation. 2: Does it really make a difference? *Family Practice* 1990;7:28. Citado en: Ong LML, de Haes J, Hoos A, Lammes F. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci & Med* 1995; 40 (7):903-918.
- ⁴² DiMatteo MR, Taranta A, Friedman D, Prince LM. Predicting patient satisfaction from physicians' non verbal communication skills. *Medical Care* 1980; 18 (5):376-387.
- ⁴³ Waitzkin H. Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research. *J Am Med Assoc* 1984; 252:2441. Citado en: Ong LML, de Haes J, Hoos A, Lammes F. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci & Med* 1995; 40 (7):903-918.
- ⁴⁴ Smith CK, Polis E, Hadae RR. Characteristics of the initial medical interview associated with patient satisfaction and understanding. *J Family Practice* 1981; 12:283. Citado en: Ong LML, de Haes J, Hoos A, Lammes F. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci & Med* 1995; 40 (7):903-918.
- ⁴⁵ Turner B. *Medical power and social knowledge*. Londres: SAGE, 1996. p. 47-48.
- ⁴⁶ Tuckett D, Bolton M, Olson C, Williams A. *Meetings between experts: an approach to sharing ideas in medical consultation*. Londres: Tavistock, 1985.
- ⁴⁷ Fitzpatrick R. Satisfacción con la atención a la salud. En: Fitzpatrick R, ed. *La enfermedad como experiencia*. México: FCE, 1990. p. 173-196.
- ⁴⁸ Rodríguez G. (coord) *Relación médico-paciente. Interacción y comunicación*. México: Porrúa. 2000. p. 9.
- ⁴⁹ Nolen WA. To err is human. En: Schwartz HD, Kart CS, eds. *Dominant issues in medical sociology*. Reading, Mass: Addison Wesley Publishing, 1978. p. 213-217.
- ⁵⁰ Berger CR. Message production under uncertainty. En: Philipsen G, Albrecht T, eds. *Developing communication theories*. Nueva York: State University of New York, 1997. p. 29-55.

-
- ⁵¹ Fox R. Training for uncertainty. En: Schwartz H, Kart C, eds. *Dominant issues in medical sociology*. Reading, Mass: Addison-Wesley Publishing, 1978. p. 189-202.
- ⁵² Davies F. Uncertainty in medical prognosis: clinical and functional. En Tuckett D, Kaufert J. *Basic readings in medical sociology*. Londres: Tavistock, 1978. p. 153-160.
- ⁵³ Glasser BG. Notificación de enfermedades mortales. En: Jaco EG, comp. *Pacientes, médicos y enfermedades*. México: IMSS Colección Salud y Seguridad Social, 1982. p. 378.
- ⁵⁴ Scheff T. Being mentally ill: A sociological theory. Chicago: Aldine, 1966. Citado en: Anderson WT, Helm DT. El encuentro médico-paciente: un proceso de negociación de la realidad. En: Jaco EG, comp. *Pacientes, médicos y enfermedades*. México: IMSS Colección Salud y Seguridad Social, 1982. p. 205-242.
- ⁵⁵ Scheff T. Decision rules, types of error and their consequences in medical diagnosis. En: Tuckett D, Kaufert J. *Basic readings in medical sociology*. Londres: Tavistock, 1978. p. 245-253.
- ⁵⁶ Stelling J, Bucher R. Vocabularies of realism in professional socialization. En: Tuckett D, Kaufert J. *Basic readings in medical sociology*. Londres: Tavistock, 1978. p. 161-168.
- ⁵⁷ Rolph J, Kravitz R, McGuigan K. Malpractice claims data as a quality improvement tool, II: Is targeting effective? *JAMA* 1991;266:2093-2097.
- ⁵⁸ Targarin M, Sonnenberg F, Karns M, Trout R, Shapiro S, Carson J. Does physician performance explain interspeciality differences in malpractice claims rates? *Med Care*. 1994; 32:661-667.
- ⁵⁹ Entman SS, Glass CA, Hickson GB, Githens PB, Wheetten-Goldstein K, Sloan FA. The relationship between malpractice claims history and subsequent obstetric care. *JAMA*. 1994; 272: 1588-1591.
- ⁶⁰ Charles S, Gibbons R, Firsh P, et al. Predicting risk for medical malpractice claims using quality-of-care characteristics. *West J Med*. 1992; 157:433-439.
- ⁶¹ Localio AR, Lawthers AG, Grennan TA *et al* Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence: results of the Harvard Medical Practice Study III. *N Engl J Med*. 1991;325:245-251.
- ⁶² Sloan FA, Mergenhagen PM, Burfield B, Bovbjerg RR, Hassan M. Medical Malpractice experience of physicians: predictable or haphazard? *JAMA* 1989;262:3291-3297.
- ⁶³ Hickson GB, Federspiel CF, Pichert JW, Miller CS, Gauld-Jaeger J, Bost P. Patient Complaints and malpractice risk. *JAMA* 2002;287:2951-2956.
- ⁶⁴ Beckman HB, Mrkakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-plaintiff relationship: lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med*. 1994; 154:1365-1370.
- ⁶⁵ Levinson W, Roter DL, Mulloly JP, Valerie T, Frankel RM. Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997; 277: 553-559.

-
- ⁶⁶ Hickson GB, Clayton EC, Githens PB, Sloan FA. Factors that prompted families to file malpractice claims following perinatal injury. *JAMA* 1992; 287: 1359-1363.
- ⁶⁷ Hickson GB, Clayton EC, Entman SS, Miller CS, Githens P B, Whetten-Goldstein K, Sloan FA. Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. *JAMA* 1994; 272:1583-1587.
- ⁶⁸ Finkler K, Correa M. Factors influencing patient perceived recovery in Mexico. *Soc Sci & Med* 1996; 42 (2): 199-207.
- ⁶⁹ DelVecchio Good MJ. *American medicine: The quest for competence*. Berkley: University of California Press, 1995. Cap. 1. Medical malpractice and the voices of medicine. p. 13.
- ⁷⁰ Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson, 1999. p. 134-138.

Capítulo 4

Las quejas médicas dentro del proceso de atención médica¹

1) *Ubicación de las personas que se quejan dentro de la población general*

La queja es un elemento relativamente nuevo que se incorpora al proceso de búsqueda de atención médica que llevan a cabo los pacientes para resolver sus necesidades de salud. El proceso de búsqueda de atención inicia con un *problema de salud* definido por la persona que lo padece. Existe la clásica diferencia entre el *padecer* (definición del enfermo sobre su problema) y el *enfermar* (definición clínica del problema), pero para fines de la búsqueda de atención es la experiencia del enfermo, la forma como vive, interpreta, define y explica su padecimiento lo que desencadena la búsqueda de atención.² El siguiente paso es el tipo de *respuesta que dan las personas a los problemas* de salud percibidos. Una serie de factores pueden influir en la forma como las personas identifican y responden a los problemas de salud³ entre otros, la visibilidad de los síntomas, la frecuencia y percepción de gravedad, el grado de interferencia con la rutina, la tolerancia, las necesidades competitivas, las creencias, conocimientos y experiencia sobre la enfermedad, el deseo de ganancias secundarias y finalmente la disponibilidad y accesibilidad a la atención médica.⁴

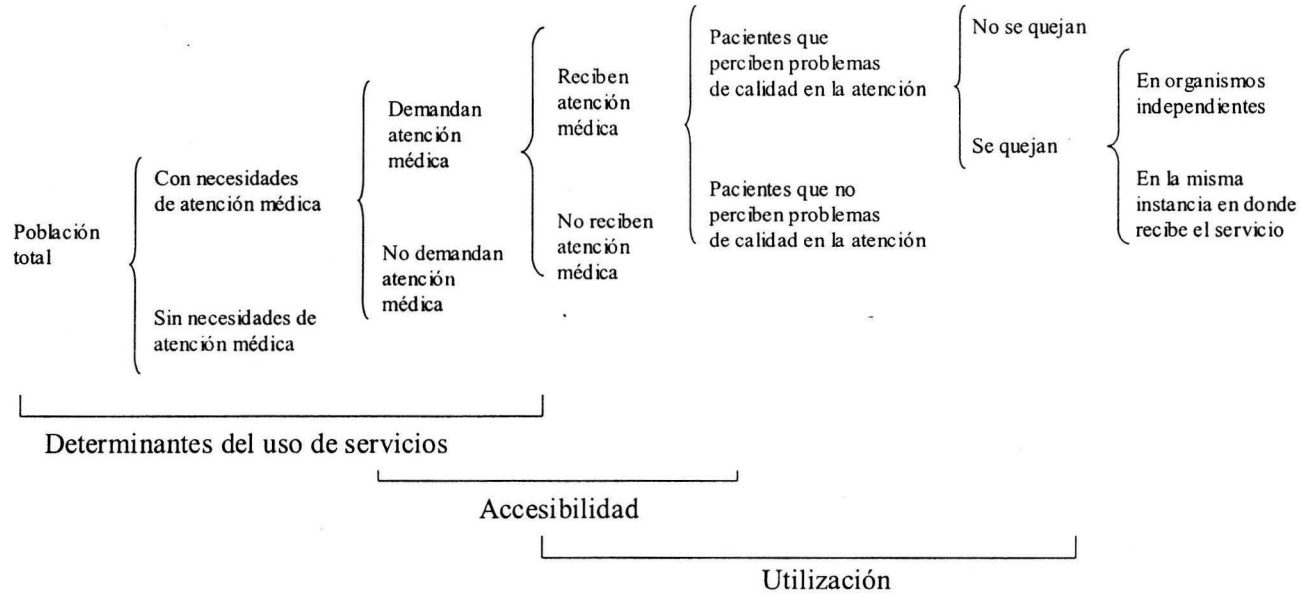
La interacción de los factores de la denominada “carrera de búsqueda de ayuda”⁵ ha sido motivo de múltiples estudios antropológicos y sociológicos, que buscan comprender las conductas de las personas ante las enfermedades, y entre ellas, conocer el (los) *tipo(s)* de acciones que llevan a cabo, por ejemplo, el uso de remedios caseros, acudir a curanderos, búsqueda de médicos particulares o de instituciones públicas, médicos generales o especialistas, etcétera⁶. También desde hace décadas existe toda una línea de investigación muy amplia sobre utilización de los servicios de salud que busca identificar y explicar, *porqué y ante qué* circunstancias las personas buscan atención *médica*, así como la forma como estas conductas conforman diferentes patrones de utilización de servicios de salud.^{7,8}

Las trayectorias que decide el enfermo para buscar ayuda y la forma como utiliza los servicios es producto de una secuencia de *toma de decisiones* determinada por las *expectativas* de atención y solución a su problemática. La percepción de problemas de calidad en la atención recibida y/o el incumplimiento de resultados esperados pueden generar el deseo de manifestar quejas por la atención recibida.

La Figura 1 presenta como se van definiendo las poblaciones dependiendo de las acciones que toman respecto al uso de servicios de salud. Del total de personas que identifican problemas de salud, sólo una parte de ellas busca atención médica. Muchos casos de personas enfermas que no se atienden se debe a que ellos mismos deciden no acudir al médico, lo cual sucede con mucho más frecuencia en la población derechohabiente comparados con las personas que no tienen acceso a servicios de seguridad social.⁹ Es decir, una proporción importante no busca atención médica porque no tiene acceso a ningún servicio de salud al cual acudir. En México aproximadamente la mitad de la población tiene derecho a alguna institución de seguridad social, mientras que el resto de la población se atiende en instituciones públicas o con servicios privados. En 1993 ya se documentaba estadísticamente que los mexicanos más pobres tienen menor acceso a los servicios de salud, aproximadamente el 10% de la población no tenía acceso físico a consultorios de salud y el 50% de la población que vive en los municipios de más marginación no tenía acceso a camas hospitalarias.¹⁰ La decisión de buscar atención médica está determinada en gran parte por la falta de acceso a los servicios, y cuando llegan a tener atención, la posibilidad de seguir los tratamientos indicados se basan en la capacidad económica para pagar los estudios y medicamentos, situación que frecuentemente frena a los enfermos para buscar atención médica. Este es el denominado “iceberg de la atención”, en donde el témpano completo son todas las personas que requieren de atención médica. La punta del iceberg que sobresale del agua es la parte de la población que requiere atención médica y la obtiene¹¹. La falta de disponibilidad y/o de acceso a los servicios de salud por la población que los requiere y que tiene menos recursos es uno de los mayores problemas de inequidad en México, al cual se añade la gran desigualdad en el financiamiento, recursos y calidad de los servicios entre las diferentes instituciones de salud.^{12,13}

FIGURA 1

UBICACIÓN DE LAS POBLACIONES SEGÚN LAS FASES DEL PROCESO DE BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA



C. Infante

Las características de los servicios de salud y las de la población, los problemas de salud así como la toma de decisiones para buscar ayuda y solicitar atención médica son los *determinantes de la atención*. En el proceso de *utilización* de servicios de salud se manifiestan los problemas de *accesibilidad* geográfica, económica y organizacional, así como los problemas de *calidad* de la atención. Aquellas personas que *perciben irregularidades* en la atención, que deciden *manifestar* su insatisfacción y conocen y tienen los canales para hacerlo, son quienes finalmente radican las *quejas* médicas.

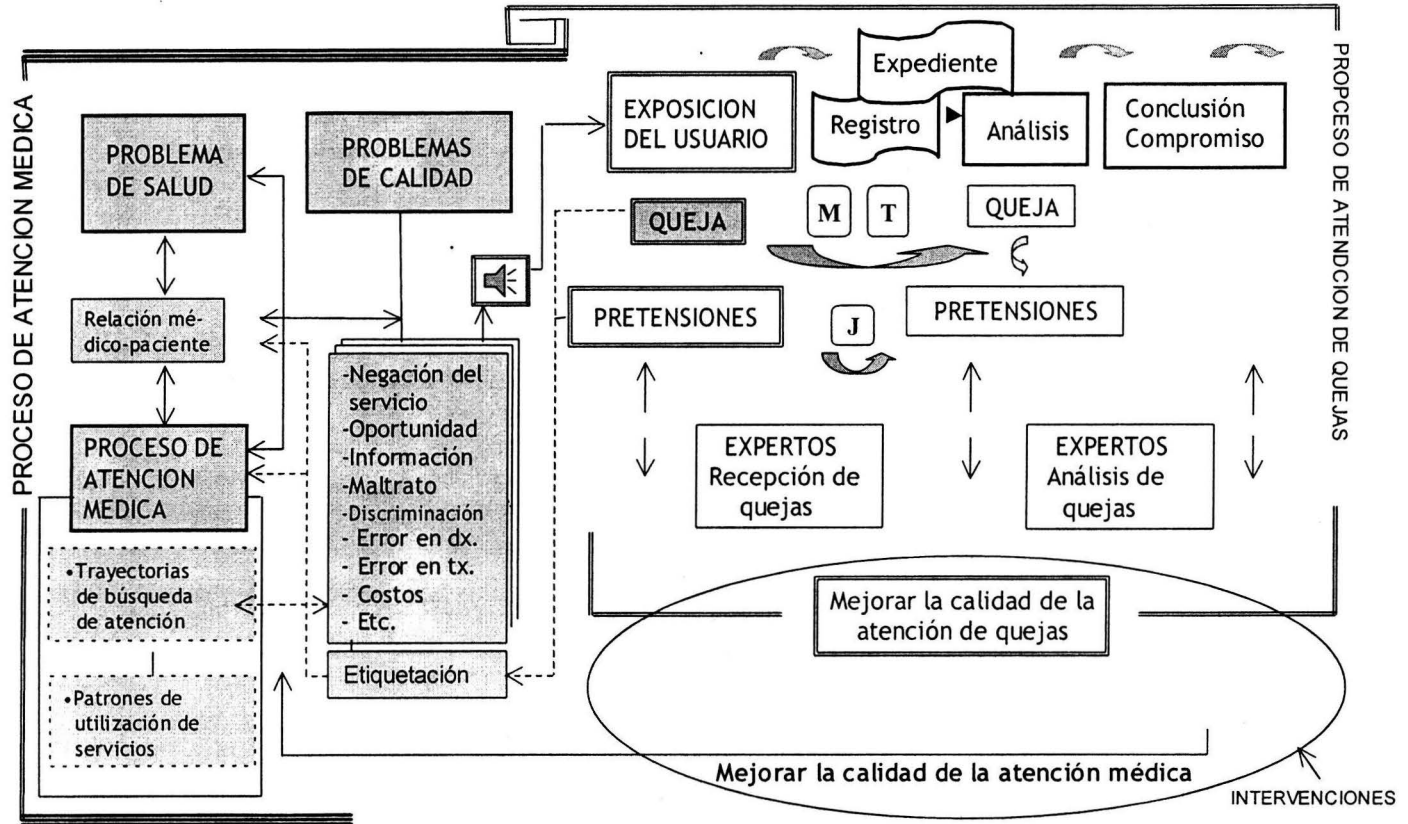
2) *El proceso de atención a las quejas médicas: Modelo conceptual y preguntas de investigación*

La Figura 2 presenta un modelo conceptual que *integra los dos procesos* involucrados: los elementos del *proceso de búsqueda de atención médica* arriba descrito (recuadros grises); y los elementos del *proceso de atención a la queja* (mitad derecha de la figura).

En este modelo sólo se contempla a los pacientes que interponen quejas y desglosa el proceso general por el que transitan. Como se veía, el proceso se activa con un problema de salud, posteriormente, el paciente inicia la *búsqueda de atención médica*. Los servicios y la forma como se solicita la atención médica conforman las trayectorias de búsqueda de atención y los patrones de utilización de servicios. Derivado del contacto del paciente con los servicios se presenta la relación entre el paciente y el médico y personal de salud, la cual modula la atención técnica.

El siguiente elemento del modelo conceptual son aquellas situaciones que, en opinión de los pacientes, son irregularidades en la atención o problemas de calidad. Ante esta percepción, los pacientes que manifiestan formalmente su insatisfacción, incorporan la queja médica dentro de su trayectoria de búsqueda de ayuda con el fin de obtener el tipo y calidad de atención médica deseada. Los problemas de atención subestándar, de irregularidad en la atención, de error médico, etc., se presentan en *cualquier* momento del proceso de atención. Por ejemplo, al inicio de la atención con la negación del servicio; durante el proceso de la atención por un diagnóstico o tratamiento inadecuado, por maltrato, etcétera; y al final de la atención típicamente con la percepción de resultados

Figura 2
 MODELO CONCEPTUAL: LAS QUEJAS MEDICAS Y SU PROCESO DE ATENCIÓN



C. Infante 2003

PROCESOS DE: M= Medicalización T= Tecnificación J = Judicialización

negativos del tratamiento. La insatisfacción con el servicio fácilmente propicia que los pacientes busquen diferentes alternativas de atención hasta solucionar su problema. En la Figura 1, las flechas entre los problemas de calidad y las trayectorias de búsqueda de atención señalan esta interrelación. Estos mecanismos van conformando patrones de utilización, por ejemplo, sobreutilización de servicios, duplicación de fuentes de atención, inadecuado desgaste del paciente, erogaciones múltiples, pérdida de tiempo, gastos evitables y saturación en los servicios de salud, entre otros efectos.

Después de la decisión de interponer formalmente su queja, el paciente entra al proceso formal de recepción de quejas que consiste en exponer su caso, narrar su experiencia, exponer su problemática y plantear sus pretensiones¹⁵. Para fines de conformación del expediente y trámite de la queja, un equipo formado por un médico y un abogado recibe la queja y la redactan. En este proceso ocurre una transformación del discurso en el cual la narración del usuario es transcrita a un lenguaje con construcción y términos técnicos médico-jurídicos. Dentro del esquema del modelo conceptual, a este proceso de transformación de la narración de los motivos de queja y pretensiones del paciente, a una construcción tecnificada, se le denomina *medicalización* y *judicialización* de la queja. Una vez interpuestas las quejas, los casos pasan a un análisis y trámites desde el punto de vista médico y legal. Las implicaciones de esta transformación de discursos para la epistemología y metodología de las quejas médicas se desarrollan a profundidad en el capítulo seis.

La definición y mecanismos de la atención de la queja médica son fenómenos socialmente contruidos. Su naturaleza ha orientado esta acción al cumplimiento de requerimientos legales que imprimen un estructura judicializada al proceso y resultado. A su vez, la radicación de la queja ante un médico y un abogado propicia que la experiencia de la cual se quejan los pacientes se medicalice. Es decir, se transforme a un discurso médico, alejándose del control de los pacientes. El paciente al radicar su queja vuelve a perder el control de su caso, control que buscaba recuperar a través de la queja.

Esta situación hace posible una determinada atención de la queja médica pero se debe reconocer que, a su vez, aleja la queja médica como la expresión de la insatisfacción bajo la mirada del paciente. El siguiente texto, tomado de un folleto explicativo de la Comisión para difusión pública, ejemplifica esta situación: “¿Cómo procede la CONAMED al recibir una queja del

usuario de servicios médicos? La queja es recibida por un médico y un abogado, lo que asegura que los hechos planteados por el quejoso sean valorados de manera integral, a la vez que permite entender cabalmente los aspectos específicos de la atención brindada y no sólo las posibles consecuencias jurídicas del acto médico...” y prosigue “¿Cómo es atendida la queja y se analiza el informe que rinde el prestador del servicio? Los servidores públicos de la CONAMED evalúan la queja y el informe bajo una estricta confidencialidad y determinan la existencia o no de posibles irregularidades en la prestación del servicio. Posteriormente se convoca al médico y al usuario del servicio a una audiencia de conciliación...”¹⁶

Una vez interpuestas las quejas, los casos pasan a un análisis desde el punto de vista médico y legal. Para ello se conforma el resto del expediente de queja junto con otros elementos en donde el expediente clínico es de la mayor importancia. Posterior a la revisión de los casos, con base en gestiones conciliatorias, los pacientes y prestadores se reúnen para buscar posibles acuerdos y soluciones a través de, por ejemplo, explicaciones, atención médica o quirúrgica, el reembolso de gastos o la indemnización. En algunos casos en que no se llega a una conciliación, las partes pueden solicitar pasar a un procedimiento arbitral¹⁷.

La ausencia de modelos conceptuales explícitos a partir de los cuales comprendamos el problema de las quejas nos pone en riesgo de actuar sobre rutas poco claras y a veces no deseadas. A partir de una visión mas amplia de los procesos sociales que involucran las quejas médicas el modelo hace explícito que: 1) las quejas médicas son un fenómeno social que construyen los pacientes sobre la atención médica; y 2) la respuesta a las quejas médicas no es un “hecho *neutro* que busca objetivar la calidad de la atención dada”, es un fenómeno social en tanto que nosotros lo construimos, lo definimos, lo normamos y damos pie u obstaculizamos *lo que se está entendiendo como queja médica, sobre lo que nos dicen las quejas y de que se quejan los pacientes.*

Este modelo conceptual puede aplicarse con fines de *investigación* científica para conocer los factores y mecanismos que explican la queja médica. También puede usarse para ubicar y orientar los procesos de mejora continua en la calidad de la *atención a las quejas* basada en el mejoramiento en los *procesos* del sistema de atención a quejas en su conjunto y de habilidades y competencias de *expertos.*

Los sistemas rutinarios internos de información de las quejas médicas dentro de los servicios deben proporcionar elementos para tres propósitos: atender las quejas individuales, mejorar la calidad de la atención de las quejas, y proporcionar un monitoreo general de los problemas de calidad de la atención médica que son reportados a través de las quejas. Para que la investigación pueda responder a un sistema de monitoría más detallado y/o a preguntas científicas particulares habrá de requerir información y procedimientos que usualmente rebasarán los sistemas de información internos de las instituciones.

Con base en los lineamientos anteriores, el proyecto de investigación realizado para iniciar (1998) el estudio de las quejas médicas bajo la perspectiva del paciente, partió de las siguientes preguntas de investigación: ¿Qué características tienen los quejosos? ¿De qué se quejan los pacientes? ¿Qué situaciones de atención exponen como irregulares? ¿Qué circunstancias rodean los problemas y las quejas? ¿Qué elementos describen la atención médica recibida? ¿Cuáles fueron las trayectorias de búsqueda de atención médica y cómo se incorpora la queja dentro de ellas? ¿Qué patrones se identifican a partir de los contextos de atención, los sujetos, las características de la atención médica recibida, los motivos y los tipos de queja? ¿A qué se deben las diferentes solicitudes de los pacientes?

3) *Enfoques de análisis de las quejas médicas: el enfoque médico-legal y el enfoque del paciente.*

Las quejas abren la posibilidad a los pacientes de manifestar su insatisfacción con la calidad bajo su propia perspectiva. Sin embargo, si se analizan y atienden a la luz de un marco interpretativo médico-legal, la perspectiva del usuario sobre los problemas de calidad en la atención médica se diluye. Bajo este marco, el paciente funciona como *informante* de las irregularidades técnicamente definidas pero no permite identificar y comprender de qué se quejan los pacientes y no permite responder a lo que nos están pidiendo sobre los servicios, más allá de lo que técnicamente queremos ver y definir.

El antecedente conceptual es el siguiente. La antropología médica ha hecho énfasis en incorporar la perspectiva del paciente a la cultura médica y a la práctica clínica, estrategia útil para dirigir los cambios hacia la “medicina centrada en el paciente”. Partimos de hacer una analogía entre la experiencia del paciente sobre su *padecimiento*, desde la perspectiva *sociomédica*, y la

enfermedad desde la perspectiva *médica*. La propuesta concreta ha consistido en que en la práctica clínica el médico *decodifique* la información que le da el paciente (síntomas, signos) para efectuar el *diagnóstico y tratamiento* de la *enfermedad* en los términos del discurso médico¹⁸ y que, en forma *paralela*, el médico *también decodifique la información* para comprender el *significado* que el paciente le da a su *padecimiento y al tratamiento*, a qué se lo atribuye, cómo lo entiende e interpreta, cómo le afecta en de su vida, etcétera.¹⁹

Se puede hacer una reflexión similar para la atención de las quejas médicas. Actualmente se inicia la atención a las quejas con la narración de los usuarios sobre su experiencia con la atención médica recibida. Esta narración se escucha y *decodifica* para llegar a *redactar* la queja en términos técnicos médico-legales, con el objeto de que la queja se pueda atender.

Este procedimiento orientado a solucionar los problemas en términos técnicos, implica que se pierda el significado que el paciente da a su queja, así como muchos de los elementos del entorno en el cual se presenta la experiencia de atención médica del usuario. Es decir, queda la *queja del usuario* ajena a la *construcción del usuario, a su significado dentro de su contexto y biografía*, que son los elementos que le *dan sentido y que dan cuenta* de las atribuciones²⁰ y los motivos que subyacen a la insatisfacción con la atención y a la manifestación formal de la queja.

En el Cuadro 1 se comparan una serie de elementos en los que se basa el enfoque técnico médico-legal tradicional de la atención y análisis de las quejas *versus* la perspectiva del paciente. La comprensión de las diferencias en características, objetivos, métodos y metas de cada enfoque permite comprender algunos mecanismos de la forma como se lleva a cabo la medicalización y judicialización de la queja médica, y esclarece lineamientos necesarios para rescatar la perspectiva del paciente.

Actualmente existe una tendencia a pasar de una atención médica centrada en la opinión favorable de los colegas, hacia una atención centrada en los pacientes,²¹ lo cual implica modificar los “centros de poder”.²² A primera vista parecería que estos cambios amenazan la posición del médico. Sin embargo, desde otra perspectiva, el paciente bien informado, *corresponsable* de su salud y con su confianza recuperada, la permite al médico compartir responsabilidades, cambiar

CUADRO 1

QUEJAS MÉDICAS: COMPARACION ENTRE LA
PERSPECTIVA TÉCNICA MEDICO-LEGAL Y LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE

PERSPECTIVA TÉCNICA: MÉDICO-LEGAL	PERSPECTIVA DEL PACIENTE
<p><i>Motivo de la queja, pretensiones</i> Atención médica recibida técnicamente definida. Problemas técnicos, organizacionales.</p>	<p><i>De que se queja el paciente</i> Constructo significativo para el quejoso. Calidad de la atención definida como un proceso y no como eventos. Incluye la interrelación de situaciones que los usuarios reportan como problemas de calidad de la atención. Circunstancias subyacentes a la inconformidad y a la queja. A qué o a quienes le atribuyen las causa de los problemas.</p>
<p><i>Estructura de relevancia</i> Información médico-técnica relevante para sustentar que la queja procede.</p>	<p><i>Estructura de relevancia</i> Experiencia del quejoso descrita en sus propios términos y bajo sus prioridades. Información relevante que revela el significado y el porqué de la insatisfacción y de la queja.</p>
<p><i>Procedimientos para obtener información</i> Historia clínica, pruebas clínicas, pruebas legales, peritajes.</p>	<p><i>Procedimientos para obtener información</i> Narraciones de las quejas de los usuarios. Construcción y evaluación de modelos explicativos. Análisis del contexto mediante el cual se comprende el significado de la queja</p>
<p><i>Objetivo interpretativo</i> Diagnóstico y explicación técnica. Determinar si existió una falla, error, atención sub-estándar, etc., y si determinar si la reclamación procede en términos técnicos. Dictaminar problemas técnico-médicos y legales.</p>	<p><i>Objetivo interpretativo</i> Identificar las situaciones de atención percibidas como de baja calidad: como las vive el paciente, sus efectos, sus implicaciones. Comprensión de la perspectiva de los usuarios. Perspectiva integral y no tecnificada pero incluyendo su definición técnica.</p>
<p><i>Estrategia interpretativa</i> Relación entre la narración del usuario y los motivos de queja y solicitud de solución, en términos médico-legales</p>	<p><i>Estrategia interpretativa</i> Explorar la relación entre las experiencias y los contextos en donde suceden, con el fin de entender las situaciones de las que se quejan. Descripción sistémica de la problemática de los servicios recibidos. Incorporar el punto de vista del paciente.</p>
<p><i>Meta</i> Solucionar la queja, responder a las pretensiones solicitadas por el usuario y, en su caso, reparar el daño.</p>	<p><i>Meta</i> Atender la experiencia en términos del usuario: entender y explicar y atender las situaciones que el paciente describe como problemáticas, sean o no técnicas. Modificar los aspectos de los servicios que el paciente define como expectativas no cumplidas.</p>

su estilo profesional hacia una práctica más humana, reflexiva y menos estresante, que paralelamente eleva la calidad de la atención, disminuye su costo y mejora la satisfacción de médicos y pacientes.

Muchas quejas de los pacientes reflejan posibles quejas de los proveedores de servicios, quienes no las reportan por falta de canales para expresarlas o bien por situaciones de su ambiente laboral. El proveedor de la atención también es un usuario de los servicios de salud por lo que, al igual que el paciente, debe contar con canales para opinar y mejorar la calidad de la atención; también debe tomarse en cuenta su opinión (subjetiva) sobre los servicios y no reducirla a la evaluación de indicadores técnicos (objetivos) de la atención. La atención médica actual se proporciona en sistemas complejos interrelacionados en donde una queja del paciente implica una queja de los proveedores. Es urgente superar la limitación de asumir las quejas como problemas individuales y como errores aislados, pues la mayoría de los incidentes en la atención médica son producto de un conjunto de errores o irregularidades sólo comprensibles en términos sistémicos, aún cuando parezca que fue la equivocación de un solo individuo.²³

4) *Visión prospectiva de las quejas médicas*

También es necesario tener una visión prospectiva de lo que constituyen las quejas médicas como fenómeno socialmente situado en tiempo y espacio. Para ello, es preciso identificar dos tipos de opiniones de los usuarios: aquellas que detectan una falla, un error desde el punto de vista de los estándares *vigentes* del sistema ya establecido, y las que reflejan la irrupción de necesidades *emergentes* de pacientes y proveedores, las cuales, al no encontrar respuesta en el sistema de salud actual, se pueden mal interpretar.

En efecto, las necesidades, las percepciones y las prioridades varían a lo largo del tiempo. La opinión desfavorable o las quejas no supone necesariamente un error, sino son frecuentemente el reflejo de un cambio de necesidades y puntos de vista de los usuarios que el sistema de salud no ha identificado. Esta es una anomalía prospectiva en la cual subyace un trasfondo constructivo y propositivo, que abre la posibilidad de un mejor acoplamiento de los prestadores a las nuevas expectativas y necesidades de los pacientes. Los medios de transitar a estos cambios están en mucho supeditados a la actitud de los proveedores de salud y tomadores de decisiones.

En resumen, debe considerarse a los usuarios en cuanto portadores de innovación, ya que muchas de sus demandas expresan nuevas necesidades del conjunto y no forzosamente fallas de orden individual, aun cuando a menudo tal sea la apariencia. Sus opiniones son indicadoras de un nuevo espíritu de participación, elemento éste de cambio y renovación que demanda respuestas innovadoras.

Referencias

- ¹ Versiones parciales preliminares de este trabajo se publicaron en: *La Psicología Social en México 2000*; 8:522-527. Y en: *Proposta de um modelo conceitual para abordar as queixas médicas a partir da perspectiva do usuario. Estudos qualitativos em serviços de saúde. Brasil. Ed. Vozes. 2004.*
- ² Twaddle A. *Sickness and the sickness career: Some implications.* En Eisenberg L, Kleinman A, eds. *The relevance of social science for medicine.* Dordrecht: Reidel Publishing, 1985.
- ³ Rosentock K. *The Health Belief Model and preventive health behaviour.* *Hlth Educ Monogr* 1974; 2: 354-360.
- ⁴ Mechanic D. *Medical Sociology.* New York: The Free Press. 1978:249-289.
- ⁵ McKinlay J.B. *The concept of "patient career" as a heuristic device for making medical sociology relevant to medical students.* *Soc Sci & Med* 1971; 5: 441-448.
- ⁶ Andersen O. *The utilization of health services.* En: H.E. Freeman *et al.* (eds) *Handbook of Medical Sociology.* Englewood Cliffs, N.J.:Prentice Hall. 1963.
- ⁷ Rosentock I. *Why people use health services.* *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966; 44 (2):94-127.
- ⁸ Suchman E. *Etapas de la enfermedad y de la atención medica.* En: White K. *et al.* (eds) *Investigaciones Sobre Servicios de Salud.* Washington: OPS. 1992:357-373
- ⁹ Infante C, Schlaepfer L. *La pobreza en México y el acceso a los servicios de salud.* *Acta Sociológica* 1996; 17:39-60.
- ¹⁰ Lozano R, Infante C, Schlaepfer L, Frenk J. *Desigualdad, Pobreza y Salud en México.* México: El Nacional/ Programa Nacional de Solidaridad. 1993.
- ¹¹ Last J. *The iceberg: Completing the clinical picture in general practice.* *Lancet* 1963; 2:28-31.
- ¹² Frenk J, Infante C, Lozano R. *Equidad y salud en México.* En: *Población y Desigualdad Social en México.* Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM. 1993. p. 272-298.
- ¹³ Ruelas E, Querol J. *Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud.* México: Fundación Mexicana para la Salud. *Documentos para el análisis y la convergencia.* Núm. 8. 1994. p. 11.

-
- ¹⁴ Ruelas E, Querol J. Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. México: Economía y Salud, Documentos para el análisis y la convergencia Núm. 6. Fundación Mexicana Para la Salud. 1994.
- ¹⁵ Domínguez R., (2000). Procedimientos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. En: Valle, A., Fernández Varela, H., (comp). JGH editores: México. p. 9.
- ¹⁶ CONAMED. El profesional de la salud y la Conamed. CONAMED. México. Folleto de difusión s/f.
- ¹⁷ CONAMED. Cuarto informe de actividades. Junio 1999 - Mayo 2000. México. Agosto 2000.
- ¹⁸ DelVecchio Good M.J. Medical malpractice and the voices of medicine. En: American medicine: The quest for competence. Berkley: University of California Press. 1995.
- ¹⁹ Good B.J, DelVecchio Good M.J., The meaning of symptoms: A cultural hermeneutic model for clinical practice. En: Eisenberg L, Kleinman A, eds. The relevance of social science for medicine. Dordrecht: Reidel Publishing. 1985.
- ²⁰ Stoecke J.D, Barsky A. Atributions: Uses of social science knowledge in the "doctoring" of primary care. En: Eisenberg L, Kleinman A, eds. The relevance of social science for medicine. Dordrecht: Reidel Publishing. 1985.
- ²¹ Armstrong D. The emancipation of biographical medicine. Soc Sci & Med 1979; 13A:1-8.
- ²² Toffler A. Powershift. Nueva York: Bantam Books, 1991.
- ²³ Bogner S. Human error in medicine. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1994.

II PARTE: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Capítulo 5. *Abriendo las puertas a la atención de las quejas de los pacientes*

Capítulo 6. *Porqué la perspectiva del usuario es un problema de construcción del conocimiento*

Capítulo 5

Abriendo las puertas a atención de las quejas de los pacientes

1) La opinión de los pacientes en el escenario de la atención médica

La satisfacción de los usuarios constituye un indicador de la calidad del servicio recibido fundamentalmente a partir de dos vertientes: su influencia en el mejoramiento de la salud/enfermedad y la satisfacción de los pacientes.¹ De hecho, en el año 2000, el Informe Mundial de Salud de la Organización Mundial de la Salud ya establece explícitamente que dentro de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud se debe incluir la forma como éstos están cumpliendo con las expectativas de la población.² Dentro de este contexto, es cada vez más frecuente que se busque que los cambios para mejorar la calidad de la atención se basen no sólo en la evaluación y opinión de los “expertos” sobre la calidad de la atención, sino también en la percepción de los pacientes sobre los servicios que reciben, lo cual se ha convertido en un aspecto medular de los resultados que buscan los servicios e intervenciones para la salud.^{3,4,5}

Ante esta tendencia resalta lo lejos que estamos de comprender los mecanismos que intervienen en la satisfacción y la insatisfacción con los servicios de salud, cómo definir las, medirlas, analizarlas y explicarlas, cómo identificar los estándares de atención con base en los cuales los pacientes juzgan los servicios, qué opciones técnicas tenemos para obtener las opiniones de los usuarios, cómo varía la información que obtenemos según la metodología usada para recabarla, qué aspectos de la insatisfacción reflejan las quejas, cómo aproximarnos a las quejas respetando el punto de vista de los pacientes, entre otras preguntas. Debemos enfrentar estos cuestionamientos con acciones concretas, ya que “una cosa es afirmar el derecho y la obligación del paciente de definir y evaluar la calidad de la asistencia, y otra cosa muy distinta es otorgar una expresión práctica y legítima a esa creencia”.⁶ El discurso en estos rubros aún supera a la práctica.

Los pacientes demandan sus derechos, confían menos en los médicos y esperan más de la medicina; la población tiene mayores niveles de esperanza de vida y los perfiles epidemiológicos muestran más enfermos crónicos y padecimientos que requieren participación del paciente para cambiar su estilo de vida y demandan más y diferentes

recursos del sector salud; los médicos requieren cada vez más conocimientos y habilidades; los estándares de la práctica médica han subido y el médico trabaja bajo mayor escrutinio que antes, la sociedad espera resultados cada vez más perfectos de sus encuentros con los profesionales,⁷ se incrementan los costos de la atención médica y se restringen los presupuestos. La investigación sobre la incidencia de eventos adversos y muertes asociados a los errores y la negligencia médica atemoriza a la población, a los médicos y alerta a abogados, políticos y tomadores de decisiones en el campo de la salud. Es dentro de estos escenarios en donde permanentemente las demandas médicas constituyen un reto adicional a la atención médica.⁸

2) Creación de las condiciones para la manifestación de la insatisfacción con la calidad de la atención médica.

Opiniones sobre la atención siempre ha habido, lo que ha cambiado son las condiciones sociales y culturales que permiten exteriorizarlas. Esta situación desafía a los expertos y crea nuevas reacciones y retos en los médicos, tanto en el ámbito individual como en el de la legitimación de la profesión en cuanto a su autorregulación y monitoreo. Para obtener las opiniones que manifiestan los pacientes es necesario crear las condiciones para escucharlas, atenderlas y aprovecharlas.

Al respecto es preciso aclarar sobre los “tipos” de manifestaciones de los usuarios, pues la satisfacción y la insatisfacción no son contrarias.⁹ Aquí sucede lo que bien menciona el refrán: “si se salvó, fue la Virgen; si se murió, fue el doctor”. Al respecto, DelVecchio ha encontrado que irónicamente la profesión médica internaliza la incompetencia y la iatrogenia por medio de un mecanismo análogamente inverso del refrán anterior: “cuando los médicos tienen que interpretar resultados indeseables atribuibles a errores médicos o a accidentes [...] lo atribuyen a ‘actos de Dios’ y a procesos inalterables de la enfermedad”.¹⁰

Para que las opiniones sobre la insatisfacción se manifiesten en una forma *propositiva* y *constructiva* es necesario crear los mecanismos para que la población tenga la confianza, así como los elementos y las formas para manifestar sus opiniones. Esto es, crear una *cultura* social y responder a la confianza con mecanismos institucionales para escuchar y estudiar las opiniones. También se requiere crear las estructuras, los procesos y los

ambientes, así como una *cultura de la calidad* en los proveedores (individuos y organizaciones), que favorezcan y permitan construir las estrategias para *aprender de ellas* y solucionar los problemas a fondo. Hay que superar la visión de la invulnerabilidad de la medicina y evitar el reduccionismo que atribuye una causalidad individual a los problemas de calidad de la atención médica.

La vía para la incorporación de los usuarios al mejoramiento de los servicios es permitir la participación social y la corresponsabilidad. Las condiciones para escuchar y atender las manifestaciones de insatisfacción con el consumo de productos y servicios se han creado mediante un proceso paulatino en el cual, de diferentes maneras, la población y los pacientes han adquirido control sobre las decisiones que afectan su salud (*empowerment*), como parte de la creciente cultura en defensa de los derechos humanos. Esto es parte del denominado “movimiento del consumidor”, el cual ha permitido que la población denuncie anomalías en los servicios recibidos.^{11,12} En el campo de la salud, en los últimos tiempos se han venido desarrollando las políticas y los mecanismos técnicos y legales mediante los cuales los pacientes pueden denunciar inconformidades con la atención médica recibida.

Los más exitosos enfoques de control y garantía de calidad proponen que las opiniones de los usuarios son excelentes fuentes para mejorar los servicios y que de hecho las instituciones deben hacer esfuerzos por buscar *ex profeso* la opinión de los usuarios y no deben conformarse sólo con las quejas externadas espontáneamente, ya que “los consumidores no suelen quejarse [...] normalmente, en las empresas, sin buenos programas de control de calidad, las quejas potenciales son diez veces más que las reales. Estas últimas son apenas la punta del iceberg”.¹³

Característica de las sociedades modernas son las *nuevas formas de interrelación* entre la sociedad civil y los prestadores de servicios, entre las cuales se han creado instancias oficiales para responder a las demandas de la sociedad civil. Esto es parte de las tendencias sociales mundiales de la última década de “desregulación de la sociedad y de la economía bajo la nueva doctrina económica de derecha del mercado radical, de desregulación y de devolución de responsabilidades”. Contrario a la tendencia que habíamos visto de un incremento de la regulación del Estado (*e. gr.* en la salud), actualmente el Estado tiende a retraerse. Pero la “desregulación a menudo se acompaña por un incremento del control e

intervención del Estado. Aquí hay una *clara paradoja porque la desregulación a menudo requiere que el Estado garantice, por ejemplo, la calidad de los servicios*".¹⁴ Ante esta situación, la actual tendencia del Estado hacia la privatización de los servicios de salud seguramente demandará mecanismos e indicadores innovadores para regular la calidad de la atención. Se puede esperar que el papel fundamental de la satisfacción al cliente en los servicios privados ejercerá mayor presión por escuchar las opiniones, quejas y demandas de los pacientes.

Precisamente este es el caso de los derechos humanos y la salud: "los derechos humanos que pertenecen a la segunda generación, entre los que se incluye el derecho a la salud, implican una *obligación por parte del Estado de cumplir* con esas prestaciones o, en todo caso, de crear las condiciones que permitan la plena satisfacción de esos derechos".¹⁵ Sin embargo, concordamos con Bobbio en que "el verdadero desafío de los derechos humanos en la actualidad es el de su efectivo cumplimiento".¹⁶

Como parte de esta tendencia, en Europa y especialmente en el Reino Unido, en los años ochenta se estructuró un conjunto de mecanismos para la atención y análisis de quejas médicas dentro de sus Sistemas Nacionales de Salud. En otros países con sistemas de salud más orientados hacia los servicios privados, como Estados Unidos, se han reproducido las empresas de seguros médicos, así como de asesoría y defensa legal de demandas. Desde los años noventa, en los países del primer mundo empezó a desarrollarse una filosofía, elementos y un rango de organizaciones públicas y privadas orientadas al manejo del riesgo. Preocupado por los resultados de las investigaciones sobre los efectos de los errores médicos en los pacientes, en el año 2000 el Institute of Medicine publica su primer informe al respecto "*To err is human: Building a Safer System*", en el cual se refiere que en los Estados Unidos anualmente existen entre 44 y 98 mil muertes de pacientes hospitalizados y más de un millón de pacientes tienen daños derivados de errores.¹⁷ En el 2004 publica el segundo informe al respecto pero orientado hacia la búsqueda de estrategias para lograr seguridad del paciente "*Patient safety. Achieving a new standard for care*".¹⁸ En él se propone el análisis de riesgos, el reporte de errores y el desarrollo de sistemas de seguridad incluyendo la cultura de la calidad y los apoyos organizacionales para los procesos de seguridad. En resumen, la meta no es reaccionar respondiendo a las demandas y quejas

médicas, sino usar todos los medios para *prevenir* los errores, los daños, las demandas y las quejas y como *estrategias de mejoramiento continuo de la calidad de la atención*.¹⁹

No extraña que en este contexto, exista una tendencia mundial de “decadencia de la confianza en la autoridad experta en las *sociedades modernas*”, en donde el “juicio de los expertos está constantemente abierto al *escrutinio* o está ‘crónicamente desafiado’ y es aceptado o rechazado por el lego”.²⁰ Nuestro país no es la excepción: “hay que reconocer que hoy en día, el ejercicio de la medicina tanto pública como privada se encuentra sometido a un *escrutinio social* mucho más crítico y exigente, y que al igual que ocurre en muchos otros países, hoy existen en el nuestro mayores espacios para la libre expresión de la insatisfacción y las controversias emanadas de la prestación de los servicios médicos [...] Por añadidura, la creciente complejidad y sofisticación de algunos procedimientos que han enriquecido la práctica médica han generado asimismo nuevas situaciones cuyas implicaciones éticas no habían sido contempladas en el pasado”.²¹

Estos procesos han coadyuvado a los cambios en la atención y práctica médica, tanto positivos como negativos. Entre los primeros están los esfuerzos por garantizar la calidad en instituciones y de los recursos humanos mediante instrumentos tales como la certificación de médicos, de escuelas de medicina y de hospitales. Otra de las tendencias ha sido la propuesta de la nueva perspectiva del modelo de práctica clínica centrada en el paciente (vs. la centrada en la enfermedad y, por ende, en el médico).²² Esta estrategia no busca “culpar a la víctima”,²³ sino compartir el poder y las responsabilidades de atención entre médico y paciente.

No se pueden ignorar los efectos negativos de este proceso, entre los que están los denominados “efectos perversos” de las demandas de los pacientes, que generan una práctica médica defensiva,²⁴ elevan costos, reducen la confianza entre médico y paciente, enriquecen a abogados, etcétera.²⁵ Estos efectos se han suscitado, entre otras causas, por la falta de instancias que medien las quejas entre paciente y médico antes de llegar al nivel judicial. En Gran Bretaña, el Servicio Nacional de Salud (*National Health Service*) en el año 2001 duplicó sus gastos de demandas por negligencia, en comparación con 1997.²⁶ En Estados Unidos, en el año 2001, los costos de las primas de los seguros se encontraban en

la tasa más alta desde mediados de los años ochenta, lo cual se suma al incremento de costos de la atención médica.²⁷

Existe una creciente exigencia y expectativas generales de los usuarios de los servicios de salud que de manejarse exclusivamente por vía de la resolución y satisfacción personal de las quejas, se corre el riesgo no solo de tener un conflicto interminable, sino de que éste se agrave, ya que se mantienen (reciben y solucionan) los problemas a escala individual, sin profundizar en los factores —de usuarios y servicios— que subyacen a la manifestación de la inconformidad.

Si bien el problema urgente es atender los problemas de insatisfacción con la calidad de la atención conforme los reportan los usuarios, el problema importante es identificar, comprender y solucionar los problemas de fondo que subyacen a las quejas.

3) *Los diferentes tipos de quejas y demandas: aspectos legales*

Las vías para interponer quejas y demandas varían mucho entre los países, debido en gran parte a la forma como están organizados los diferentes Sistemas de Salud, y por el tipo de legislación e instancias jurídicas de cada nación. En México, los pacientes de los servicios de salud pueden manifestar su insatisfacción a diferentes niveles según los efectos y alcances de lo que desean. Naturalmente, las distintas intervenciones tienen muy diferentes implicaciones y consecuencias para los pacientes, para los médicos, para la relación médico-paciente y para las instituciones. Tal como menciona Córdoba, “cuando un profesional de la medicina en el ejercicio del acto médico incumple sus deberes y como consecuencia causa daño en el cuerpo o salud del paciente, puede verse sometido a procesos de diferente naturaleza y, por lo mismo, a diversas sanciones.”²⁸ Estos procesos pueden ser, ya sea una queja (extrajudicial), o bien una denuncia basada en un medio judicial que puede ser administrativa, laboral, civil o penal.

- Respecto a las quejas, en *primer* lugar los pacientes pueden quejarse en forma *informal* directamente con el médico y/o personal que los atiende. Una *segunda* alternativa es interponer una queja un poco más formal a niveles centrales de la *institución*, que puede ser al director, la oficina de relaciones públicas o de atención al derechohabiente. En este nivel, los pacientes todavía confían en que habrá una respuesta a nivel institucional

y buscan resolver internamente los problemas que se presentan. Aunque muchas de estas quejas buscan que se agilice algún procedimiento y/o que se corrijan problemas, por el nivel en que se presentan tienden exculpar a la institución y a individualizar la problemática de la atención, frecuentemente atribuyendo culpas a los médicos.

- El *tercer* tipo de queja constituye ya una *queja formal* que se interpone ante alguna *instancia mediadora* (extrajudicial) entre el prestador de servicios y el paciente. La atención a estas quejas no implica la intervención de un medio judicial y su procesamiento busca llegar a un acuerdo o conciliación. Las instancias mediadoras que tienen atribuciones para recibir quejas y que cuentan con normas y procedimientos para su atención y para sancionar a quienes incurran en responsabilidad son: la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO).

1. Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). Este organismo fue creado en 1992 con el objeto de recibir quejas a presuntas violaciones a derechos humanos por actos u omisiones de servidores públicos o de autoridades administrativas de carácter federal. Este organismo no tiene facultades para atender problemas generados en la práctica privada de la medicina.²⁹ Esta característica, aunada al incremento en la recepción de quejas por negativa de atención médica o por negligencia médica, y dada la necesidad de contar con personal técnicamente capacitado para su atención, llevaron a la creación de CONAMED en 1996. La CNDH puede solicitar a la CONAMED la información que requiera para atender las quejas de su competencia.³⁰ La CNDH tiene un Manual para la calificación de hechos violatorios de derechos humanos, en el cual se incluyen las siguientes voces vinculadas al derecho a la protección de la salud: abandono de paciente, aislamiento hospitalario, deficiencia en los trámites médicos, falta de notificación de estado de salud de VIH, investigación científica ilegal en seres humanos, negativa de atención médica, negativa o inadecuada prestación de servicio público, negligencia médica y violación del derecho a la protección de la salud. La CNDH cuenta con servicios periciales con profesionales altamente capacitados, sin embargo, cuando los casos no impliquen la violación de los derechos humanos y corresponden estrictamente a la práctica médica, se remiten a la CONAMED.³¹

2. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Los usuarios que presentan estas quejas se caracterizan por haber perdido la confianza en la institución prestadora de los servicios de salud. Por ello, lo más común es que los pacientes que llegan a CONAMED, ya hayan presentado su queja dentro de su institución y ante la falta de solución, acuden a otro nivel. La CONAMED se creó con la misión de contribuir a tutelar el derecho a la protección a la salud y a mejorar la calidad de los servicios médicos, mediante la resolución de conflictos entre usuarios y prestadores de los servicios públicos y privados por la vía de la conciliación y sin tener que llegar a un proceso judicial. La Comisión tiene plena autonomía técnica para recibir quejas, investigar las presuntas irregularidades o negativa en la prestación de servicios médicos y emitir sus opiniones, acuerdos y laudos. No le competen los ámbitos de pensiones, jubilaciones, incapacidades, desacuerdos con los montos de reembolso de gastos médicos erogados en forma particular, ni en general problemas de carácter laboral, mercantil o fiscal.

En CONAMED los usuarios en forma gratuita pueden recibir asesoría o bien interponer una queja, la cual se busca resolver mediante una conciliación, a través de un procedimiento sencillo en el cual se escucha la posición de las partes y se proponen compromisos. Las quejas que no se concilian en esta instancia tienen dos alternativas, dejan a salvo los derechos de las partes quienes tienen la libertad de hacer uso de algún procedimiento judicial; o bien las partes pueden designar como árbitro a CONAMED para solucionar la controversia, con lo cual se inicia el proceso arbitral que concluye en un laudo. Si el laudo absuelve al demandado, ahí concluye el proceso. Si el laudo condena a la parte contra quien se interpuso el arbitraje, se acude a un Juez Civil para ejecutarla ya que CONAMED no es una autoridad jurisdiccional.³²

3. La Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO). Instaurada en 1992, la PROFECO tiene “funciones de autoridad administrativa y está encargada de promover y proteger los derechos e intereses del consumidor y procurar la equidad y seguridad jurídica en las relaciones entre proveedores y consumidores. En el campo de la salud, tiene la competencia para intervenir en cualquier tipo de prestación de servicios que no impliquen el ejercicio profesional, por ejemplo, las cuotas por

hospitalización.”³³ En forma similar al procedimiento de la CONAMED, las quejas interpuestas en este organismo buscan resolverse primero con base en un proceso de conciliación. De no resolverse las partes pueden designar a la institución como árbitro caso en el cual deben especificar si el arbitraje es en estricto derecho o en amigable composición.

- *Responsabilidad administrativa.* Una gran parte de la atención médica en nuestro país es proporcionada por instituciones públicas en donde la relación médico paciente se regula con base en el desempeño de los médicos en calidad de servidores públicos. Es decir, la responsabilidad de los servidores públicos nace a partir del nombramiento que se le encarga por parte del Estado, y por lo tanto debe responder a su conducta ante éste. En materia de justicia *civil*, el Estado es el responsable de la reparación del daño y perjuicios que ocasionen los servidores públicos en el desempeño de sus funciones. Al respecto, en el 2004 entró en vigor una reforma constitucional en la cual en el artículo 113 se establece que el Estado tiene la responsabilidad objetiva y directa de responder a los daños. A su vez el Estado puede exigir a sus funcionarios el pago de las obligaciones que haya cubierto (Código Civil artículos 1927 y 1928). Cabe destacar que en México esta situación está provocando fuertes erogaciones por parte las instituciones públicas. En materia de *responsabilidad administrativa*, los profesionales de la salud como funcionarios del gobierno federal están regulados por la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos la cual indica los procedimientos disciplinarios a los que tiene objeto el servidor público que incurra en faltas a sus obligaciones. Dentro de las dependencias de salud de la administración pública existen unidades específicas para que los usuarios presenten sus quejas cuando se vean afectados sus derechos. Las contralorías internas en cada Secretaría así como la SECODAM tienen normas y procedimientos para la atención al público y para imponer las *sanciones administrativas disciplinarias* que pueden ser: apercibimiento, amonestación, suspensión, destitución del puesto, sanción económica e inhabilitación temporal para desempeñar empleos en el sector público.
- *La demanda civil.* En términos de Derecho, la relación médico-paciente constituye un contrato cuyo incumplimiento se regula por el Código Civil. El médico está obligado a actuar con diligencia, pericia y sin dolo. En el médico la falta de conocimientos, la

impericia, la imprudencia y la negligencia son consideradas como culpas graves. Las *obligaciones civiles contractuales de los médicos* tienen dos modalidades: la de medios y la de resultado. La obligación de *medios* implica el compromiso de utilizar todos los recursos disponibles para tener un resultado pero sin la obligación de alcanzar el éxito. Es decir, no se le puede culpar si actuó de acuerdo al estándar de atención médica y utilizó todos los recursos a su alcance y no tuvo éxito. La obligación de *resultado* solo se puede exigir cuando los resultados sean evaluables, cuyo caso son las cirugías puramente estéticas, los análisis clínicos, los medios auxiliares de diagnóstico y la anatomía patológica, en las cuales hay un compromiso de resultado. Lo anterior significa que básicamente la obligación del médico es de medios, porque el objeto de su contrato es la asistencia al paciente con empeño pero sin compromiso de salvarle la vida o eliminar la enfermedad.³⁴

Las demandas civiles se basan en el incumplimiento de una responsabilidad de prestación de servicios profesionales, en la cual *se denuncia el daño y se busca la reparación de daños y perjuicios*. En las demandas debe comprobarse que los daños y perjuicios sufridos son consecuencia directa de la falta de cumplimiento de la obligación, o de un acto ilícito. Cuando el daño produzca la incapacidad o la muerte de la persona, la responsabilidad es objetiva (cuantificable) y el grado de su reparación se basará en lo establecido en la Ley Federal de Trabajo. El responsable está obligado a resarcir el daño material (responsabilidad objetiva) y moral (responsabilidad subjetiva) tanto en responsabilidad contractual como extra contractual y debe pagar la indemnización correspondiente. Cuando el médico es dependiente de una institución en la cual ejerce su profesión, la persona jurídica es la institución y la responsabilidad del médico se le denomina responsabilidad civil extra contractual. En cambio cuando el médico ejerce en forma independiente la figura jurídica es la responsabilidad civil contractual. Cuando el médico utiliza los servicios de una clínica u hospital para practicar sus actos profesionales (uso de hospitalización, exámenes de apoyo, quirófano, etc.), la clínica es la responsable de los actos de sus profesionales. Las personas afectadas por el incumplimiento profesional de un médico pueden poner en forma paralela una demanda civil y una penal.

➤ La *demanda penal*. Esta modalidad *denuncia un delito y busca que la persona que lo cometió sea sancionada*. “Cuando un médico en ejercicio de su actividad profesional causa daño a su paciente y tal resultado adverso es susceptible de tipificarse como un delito penal, caso en el cual, cuando las autoridades competentes lo conocen, surge a la vida jurídica la responsabilidad penal por actos médico-asistenciales.”³⁵ Los delitos son actos u omisiones sancionados por leyes penales. La responsabilidad penal debe ser jurídicamente declarada, es decir, es necesario un juicio legal previo. “Para que haya culpa penal es necesario que se cumplan tres elementos: un *error* de conducta cometido por imprudencia, impericia, negligencia, violación a reglamentos o inobservancia de determinados deberes; un resultado dañoso como la *muerte o lesión* en una persona; y, relación de *causalidad* entre el error de conducta y el resultado dañoso.”³⁶ El solo error de conducta no es suficiente para declarar culpa, es necesario que el error haya producido una lesión o la muerte y que entre el acto médico y el daño exista una relación de causalidad demostrada. En este contexto, el supuesto indispensable en la responsabilidad jurídica es la existencia de un *daño*.

El concepto de *responsabilidad* es nodal tanto para las quejas como para las demandas, y es central para el aspecto legal dentro del cual “se entiende por responsabilidad la obligación de reparar y satisfacer por uno mismo o en ocasiones especiales, por otro, la pérdida causada, el mal inferido o el daño originado. Desde el punto de vista penal, la responsabilidad es la obligación de soportar la sanción.”³⁷ La diferencia entre la responsabilidad civil y penal “radica en la ontología de ambas, mientras la *responsabilidad civil* tiene por objeto *reparar*, la *penal* pretende *prevenir* la reiteración de conductas notoriamente graves.”³⁸ Es decir, la responsabilidad penal reclama investigar la culpabilidad de la persona como agente socialmente peligroso, mientras que la responsabilidad civil no parte de un daño social sino de un mal infligido a un individuo y tiene un carácter reparatorio buscando resarcir el daño. La responsabilidad penal no excluye la civil.³⁹

Las demandas civiles y penales ya implican la actuación de expertos en los conflictos entre los afectados y los médicos. Aunque en mucho menor dimensión que en los Estados Unidos, en nuestro país esta situación ha sido utilizada por muchos abogados como una fuente de ingresos. También ha significado la necesidad de recurrir a médicos expertos que

funjan como peritos, hecho que ha constituido una situación nueva y difícil para los médicos mexicanos para los cuales este escenario les era ajeno hasta hace pocos años. Para dictaminar responsabilidad son necesarias las pruebas periciales, para las cuales los peritos toman en cuenta si se procedió correctamente dentro de los principios científicos, técnicos y éticos aplicables al caso y en las condiciones en las que se actuó; si dispuso de los instrumentos, materiales y recursos; si se tomaron todas las medidas indicadas; si se dispuso del tiempo necesario y cualquier otra circunstancia que haya sucedido en el acto médico bajo análisis. Es decir, demostrar la responsabilidad de un médico es un proceso de gran complejidad que se basa no solo en su actuación técnicamente adecuada, sino también de las situaciones dentro de las cuales actuó. En este contexto hay que recordar que el concepto de *culpa* en el actuar del médico es muy amplio ya que no sólo se refiere a la prohibición de causar *daño*, sino también a la prohibición de ponernos en situación de causarlo, es decir, *dejar de prevenir un daño* que era previsible.⁴⁰ Al respecto cabe resaltar que aunque se ha demostrado que el 65% de los daños iatrogénicos son potencialmente previsible,⁴¹ también se ha demostrado que no hay una correlación (estadística) entre las demandas y los resultados adversos.⁴²

La práctica de la medicina implica riesgos provenientes de diferentes dimensiones, muchos de los cuales son difíciles de prever y controlar. La mayoría de las veces el médico no trabaja solo sino que se apoya en un equipo de profesionistas y depende en mucho de la disponibilidad y calidad del material, equipo e instalaciones de las instituciones, recursos que en nuestro país son insuficientes y están inequitativamente distribuidos, coexistiendo instituciones con la más alta tecnología junto con centros de salud carentes de lo indispensable. Como se demuestra en el siguiente capítulo, esto hace que tanto los pacientes como los médicos tengan diferentes tipos de riesgos por mala calidad de la atención según el tipo de institución de salud. Adicionalmente, conforme aumentan los conocimientos científicos y la tecnología, la responsabilidad es mayor, ya que los elementos de diagnóstico y tratamiento van haciendo mas compleja y completa la determinación de la conducta a seguir y carga de modo mas grave la responsabilidad del médico.⁴³ Ante esta muy compleja situación a la que se enfrenta la atención médica en nuestro país, este trabajo intenta entender que experimentan y como *juzgan los pacientes* los problemas de calidad de la atención que los llevan a interponer quejas médicas. Dadas

las diferentes implicaciones entre las quejas y las demandas civiles y penales, es de esperarse que exista una gran diferencia en el universo, contenido y naturaleza de los casos, lo cual constituye un reto para investigar las características y diferencias desde el punto de vista de los usuarios.

Referencias

-
- ¹ Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. En: White K. *et al.*, eds. Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. Washington: OPS, 1992. p. 394.
 - ² WHO. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Ginebra: World Health Organization, 2000.
 - ³ Scambler G, ed. Sociology as applied to medicine. Londres: Baillière Tindall, 1992. p. 272-4.
 - ⁴ Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Soc Sci & Med 1997; 45:1829-1843.
 - ⁵ Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. Salud Pública Mex 1986; 28:324-327.
 - ⁶ Donabedian A. The Lichfield Lecture. Garantía de calidad en atención de salud: el papel del consumidor. Revista de Calidad Asistencial 2001; 16:S103.
 - ⁷ British Medical Association. No-fault Compensation Working Party. D/D22. Londres: Feb 1987. p. 1. Citado en: Annandale E. Professional defenses: Medical students' perceptions of medical malpractice. International Journal of Health Services 1996; 26 (4):751-775. p. 766.
 - ⁸ Kennedy I, Brubb A. Medical Law. Londres: Buterworths, 1994. Citado en: Annandale E. Professional defenses: Medical students' perceptions of medical malpractice. International Journal of Health Services 1996; 26 (4):751-775. p. 752.
 - ⁹ Jurán J. ¿Cuáles son las necesidades de los clientes? En: Jurán y la planificación para la calidad. Madrid: Díaz de Santos, 1990. p. 31-54.
 - ¹⁰ DelVecchio Good MJ. Medical malpractice and the voices of medicine. En: American medicine: The quest for competence. Berkley: University of California Press, 1995. p. 25.
 - ¹¹ Reeder L.G. The patient-client as a consumer: Some observations on the changing professional-client relationship. En: Schwartz HD, Kart CS. Dominant issues in medical sociology. Reading, Mass: Addison Wesley Publishing, 1978. p. 111-117.
 - ¹² Citado en: Silberman C. Quality improvement: A patient's perspective. En: Graham N, ed. Quality in health care. Gaithersbur, Maryland: Aspen Publishers, 1995.

-
- ¹³ Ishikawa K. ¿Qué es el control total de calidad? Bogotá: Norma, 1986. p. 77.
- ¹⁴ Turner BS. Medical power and social knowledge. Londres: SAGE, 1996. p. 219.
- ¹⁵ Azzolini A, de la Barreda L. Salud y derechos humanos. La labor de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal en el ámbito de la salud. En: Frenk J, Liguori AL, Sepúlveda J, eds. Salud y derechos humanos. Cuernavaca, Mor: Perspectivas en Salud Pública No. 22. INSP, 1995. p. 69-76.
- ¹⁶ Bobbio N. Presente y porvenir de los derechos humanos. En: Anuario de derechos humanos. Madrid 1981;1:8-28. Citado en: Azzolini A, de la Barreda L. Salud y derechos humanos. La labor de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal en el ámbito de la salud. En: Frenk J, Liguori AL, Sepúlveda J, eds. Salud y derechos humanos. Cuernavaca, Mor: Perspectivas en Salud Pública No. 22. INSP, 1995. p. 69-76.
- ¹⁷ Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. (eds) To err is human. Building a Safer Health System. Washington: Institute of Medicine. The National Academy Press. 2000. (<http://books.nap/catalog/9728.html>)
- ¹⁸ Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J, Wrickson S. (eds) Patient safety. Achieving a new standard for care. Washington: Institute of Medicine. The National Academy Press. 2004. (<http://www.nap.edu/books/0309090776/html/>)
- ¹⁹ Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman JE, Hewett D, Prior S, Strange P, Tizzard A. How to investigate and analyze clinical incidents: Clinical risk unit and Association of litigation and risk management. BMJ 2000;320:777-781.
- ²⁰ Gabe J. Health, medicine and risk: the need for a sociological approach. En: Gabe J, ed. Medicine, health and risk. Oxford: Blackwell Publishers, 1995. p. 8-9.
- ²¹ De la Fuente JR. Presentación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Revista CONAMED 1996;1:4-6.
- ²² Wayne W, Belle J. Overview of the patient-centered clinical method. En: Stewart M, *et al.* Patient-centered medicine. Transforming the clinical method. Thousand Oaks: SAGE, 1995. p. 23-24.
- ²³ Pitts M. The psychology of preventive health. Londres: Routledge, 1996. p. 126.
- ²⁴ Barton A. Medical litigation: who benefits? BMJ 2001; 322:1189.
- ²⁵ Gostin L. A public health approach to reducing error. Medical malpractice as a barrier. JAMA 2000; 283 (13):1742-1744.
- ²⁶ Ferriman A. NHS faces medical negligence bill of £2.6bn. BMJ 2001; 322:1081.
- ²⁷ Treaster J. Malpractice rates are rising sharply; health costs follow. The New York Times 2001 Sep 10.
- ²⁸ Córdoba JE. La responsabilidad penal del médico frente al acto médico. En: La Responsabilidad Profesional y Jurídica de la Práctica Médica. Simposio. CONAMED-Academia Mexicana de Cirugía. México, 1997. p. 76.

-
- ²⁹ García-Ramírez S. Consideraciones sobre el derecho penal y la práctica médica. En: La Responsabilidad Profesional y Jurídica de la Práctica Médica. Simposio. CONAMED-Academia Mexicana de Cirugía. México, 1997. p. 19.
- ³⁰ Moctezuma Barragán G. Derechos de los usuarios de los servicios de salud. México: Cámara de Diputados-UNAM. 2000. p. 162.
- ³¹ Soberanes JL. La protección a la salud en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, 2002. p. 175-184.
- ³² Galindo JA. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Comentarios jurídicos. En: Valle A y Fernández Varela H. (comp.) Arbitraje médico. Análisis de 100 casos. México: JGH Editores, 200. p. 12-15
- ³³ Moctezuma Barragán G. Derechos de los usuarios de los servicios de salud. México: Cámara de Diputados-UNAM. 2000. p. 145.
- ³⁴ Achaval A. Responsabilidad civil del médico. Buenos Aires: Abeledo-Perrot. 1996. p. 24-25.
- ³⁵ Tamayo A. Ética médica y responsabilidad legal. En: La Responsabilidad Profesional y Jurídica de la Práctica Médica. Simposio. México: CONAMED-Academia Mexicana de Cirugía. 1997. p. 57.
- ³⁶ Córdoba JE. La responsabilidad penal del médico frente al acto médico. En: La Responsabilidad Profesional y Jurídica de la Práctica Médica. Simposio. México: CONAMED-Academia Mexicana de Cirugía. 1997. p. 79.
- ³⁷ Córdoba JE. La responsabilidad penal del médico frente al acto médico. En: La Responsabilidad Profesional y Jurídica de la Práctica Médica. Simposio. México: CONAMED-Academia Mexicana de Cirugía. 1997. p. 77.
- ³⁸ CasaMadrid O. La responsabilidad profesional del médico, el derecho sanitario y la filosofía del derecho. En: La Responsabilidad Profesional y Jurídica de la Práctica Médica. Simposio. México: CONAMED-Academia Mexicana de Cirugía. 1997. p. 13.
- ³⁹ Fernández Ruiz J. El aspecto civil de la responsabilidad profesional. En: La responsabilidad profesional del médico y los derechos humanos. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos/ Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM/ Academia Nacional de Medicina. 1995. p. 19-30.
- ⁴⁰ Márquez Piñero R. La responsabilidad profesional del médico y los derechos humanos de los pacientes. En: La responsabilidad profesional del médico y los derechos humanos. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos/ Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM/ Academia Nacional de Medicina. 1995.p. 31-53
- ⁴¹ Leape L. Error in medicine. JAMA 1994; 272: 1851-1857.
- ⁴² Brennan T, Sox CM, Bursstin H. Relation between negligent adverse events and the outcome of medical malpractice litigation. The New England Journal of Medicine 1996; 335 (26):1963-1967.

⁴³ Montoya LE. Aspectos civiles de la responsabilidad médica. En: Ética y responsabilidad en medicina. Santafé de Bogota, Colombia: Tribunal Nacional de Ética Médica. 1994. p.99.

Capítulo 6

Porqué la perspectiva del usuario es un problema de construcción del conocimiento

1) Identificación de los retos de investigación

La apertura de opciones para que los pacientes puedan resolver conflictos derivados de la atención médica sin llegar a radicar demandas es un paso fundamental pero no es suficiente, es indispensable estudiar las quejas para identificar acciones que puedan prevenirlas y resolverlas cuando ya se han presentado. Para comprender la problemática desde el punto de vista de los pacientes se requieren esfuerzos orientados a:

- 1) Recuperar la *perspectiva de los pacientes* sobre la calidad de la atención que reciben de los servicios;
- 2) Desarrollar las *estrategias teórico-metodológicas* que nos permitan acercarnos a la identificación y comprensión de la evaluación de los servicios a partir del punto de vista de la población;
- 3) Hacer *investigación* que busque profundizar en el conocimiento de:
 - a. Los factores que dan cuenta de la *insatisfacción* con la calidad de la atención en los diferentes servicios médicos, contemplando la meta de mejorar el nivel y disminuir la desigualdad existente entre ellos.
 - b. Las *relaciones* entre la *insatisfacción* y las *quejas/demandas*.
 - c. Los elementos que actúan como *catalizadores o activadores de las quejas/demandas* médicas.
 - d. Los mecanismos a través de los cuales la *dimensión interpersonal* de la calidad de la atención afecta la decisión de *interponer* quejas/demandas y sobre su papel en la *solución* de conflictos entre usuarios y prestadores de servicios de salud.

La investigación de las *quejas y demandas* médicas desde la *perspectiva del paciente* y bajo el *paradigma de las ciencias sociales* ha sido casi ignorada. Sin embargo, los antecedentes de investigación sobre la *satisfacción de la población* con los servicios de salud son de gran

utilidad para reflexionar sobre la problemática común que caracteriza a esta investigación y como punto de partida para desarrollar los fundamentos de la investigación social de las quejas médicas desde la perspectiva de la población.

2) *La investigación sobre la opinión de los usuarios acerca de la calidad de la atención médica.*

El estudio de las experiencias y respuestas ante la enfermedad vistas desde el punto de vista del propio sujeto predominan dentro de la antropología médica, la psicología y la psiquiatría. Estas disciplinas han utilizado básicamente estudios de caso y métodos cualitativos antropológicos y clínicos. Por su parte, la *primera encuesta* que genera una explicación sistemática sobre “lo que las personas piensan y por qué hacen lo que hacen en relación con su salud” fue desarrollada por Earl Koos en una comunidad anónima de Estados Unidos y publicada en 1954. Armstrong¹ señala que esta investigación marca el inicio del interés sobre el “punto de vista del paciente” a nivel poblacional y es parte del gran avance en el desarrollo de la metodología de las encuestas, elaborada principalmente por las ciencias sociales en la posguerra. Dentro de esta tendencia, un conjunto de encuestas médicas y socio-médicas inician el mapeo del predominio de síntomas y de los puntos de vista del paciente en la comunidad. La nueva metodología de la encuesta incluía a toda la población con su técnica de muestreo aleatorio y a partir de ésta se inicia la comprobación de que casi toda la población reporta sintomatología y que solo pocos reciben atención médica. De aquí surge el ahora común término de *iceberg médico*.

La información recabada a partir de encuestas sirvió para reforzar los cuestionamientos que proponen las diferencias entre el enfermo y el paciente, así como el enfermar y el padecer. Posteriormente y en forma más empírica que conceptual, en la epidemiología se hace otra diferenciación entre el enfermo y la persona “en riesgo” (de enfermar). Finalmente y de nuevo dentro de las ciencias sociales, se voltea a ver el punto de vista de este “nuevo tipo de enfermo” (persona no enferma pero con características que la ponen “en riesgo de”), la cual abarca la reciente gran corriente de investigación sobre la denominada “percepción del riesgo”.

Comparando con los avances de las ciencias médico-biológicas, a cincuenta años del inicio de las encuestas sobre las opiniones de la población respecto a los servicios de salud, en la actualidad la investigación sobre la insatisfacción con la atención es mínima y aquella relativa a las quejas y demandas bajo el punto de vista del paciente es prácticamente inexistente. Diferentes factores propician el aletargamiento de este tipo de investigación, entre los que resaltan: la hegemonía del *paradigma* biológico-lesional en la medicina (con sus implicaciones científicas, ideológicas y económicas); la complejidad de la investigación *interdisciplinaria*; el pobre desarrollo de *estrategias metodológicas* rigurosas más sofisticadas que cumplan con los requisitos de sensibilidad teórica a la que deben responder las ciencias sociales aplicadas; y finalmente, la insuficiente aplicación de *marcos teóricos* de las ciencias sociales para estudiar y explicar la opinión de los pacientes, ya que se ha reducido su uso a la incorporación de indicadores psico-sociales teóricamente aislados de sus implicaciones conceptuales, haciendo que mucha de la investigación socio-médica se caracterice por un “empiricismo conceptual”, hecho que además conduce a que los hallazgos sean simples descripciones y no generen explicaciones.² A estos factores hay que agregar el desfase entre los problemas sociales que demandan ser investigados y el tipo de investigación que prevalece dentro de las ciencias sociales.³

En 1994 Ruelas y Querol publicaron una revisión detallada de los estudios que se han realizado en México sobre calidad de la atención y en ella señalan que los primeros antecedentes de evaluación de la calidad de los servicios de salud en México se registran en 1957 en el Instituto Mexicano del Seguro Social con la creación de la Comisión de Supervisión Médica.⁴ En dicha revisión se identifica que hasta los años setenta, es decir, durante prácticamente veinte años no se hizo en nuestro país ningún estudio sobre calidad de la atención fuera de los que derivaron de este núcleo del IMSS y se basaron fundamentalmente en análisis de los expedientes clínicos y autopsias. Es a partir de los años ochenta cuando se empiezan a generar investigaciones teórica y técnicamente más robustas. En éstas predominan las evaluaciones orientadas a conocer la calidad técnica de la atención medida con base en indicadores “objetivos” definidos y registrados por los investigadores, como por ejemplo, mortalidad y morbilidad por diferentes causas (e.g. materna, perinatal, por diarreas, infecciones respiratorias, infecciones intrahospitalarias, etc.), tipos de procedimientos médico-quirúrgicos (con o sin atención médica, quién

proporcionó la atención, con o sin cesárea, etc.), recursos disponibles (humanos, infraestructura), tipo de institución (SSA, IMSS, ISSSTE, privados), nivel de la unidad (primero, segundo o tercer nivel). Fuera de los escasos estudios recientes basados en metodología cualitativa,⁵ los esfuerzos por investigar e implementar acciones de mejoramiento en la calidad de la atención a partir de las opiniones de los usuarios en nuestro país es muy reciente⁶. Es a finales de los años ochenta que se identifican investigaciones basadas en las opiniones de la población, sobre el contenido “técnico” de la atención, y sobre cuestiones tanto “organizacionales” como “interpersonales”. Cabe resaltar que en estos estudios los aspectos de la calidad de la atención sobre los que se ha recabado información de los usuarios han sido definidos por los investigadores y no por los pacientes.

El tipo de estrategia de investigación sobre la utilización y satisfacción con los servicios se puede dividir en dos grandes rubros: el estudio de los pacientes de determinados servicios y que son interrogados dentro de los mismos; y los estudios que detectan, quiénes han estado enfermos y quiénes han utilizado los servicios de salud dentro de la población general. Esta última estrategia es más compleja en cuanto al tamaño de muestra y el esfuerzo de localizar a los pacientes en sus hogares. Entre las ventajas de estas investigaciones está el poder comparar a la población que estando enferma acudió y fue atendida y aquellos que no recibieron atención. Esto también permite comparar las opiniones sobre la atención en las diferentes servicios de salud. Las Encuestas *Nacionales* (de Salud, de satisfacción, etc.) son ejemplo del uso de esta estrategia. La aplicación de encuestas *institucionales* de opinión en los usuarios de los servicios es logísticamente más sencilla, pero no permite comparar el perfil de los usuarios con los no usuarios en las mismas circunstancias de salud y usualmente abarcan únicamente a los pacientes de un servicio de salud.

Los estudios sobre la satisfacción con la calidad de los servicios no solo se caracterizan por incluir diferentes poblaciones y el métodos sino también por el contenido y temática de las preguntas que se le hacen a los usuarios. En las encuestas (nacionales e institucionales) las preguntas se han enfocado más a las características de los servicios de salud que a la atención médica. Por ejemplo, se han dirigido a preguntar sobre dificultades de accesibilidad de los servicios,⁷ problemas organizacionales internos (tiempos de espera, costos), elementos de confort y en forma muy general, a preguntar cómo le pareció el

servicio al usuario. En este tipo de estudios se ha presentado una tendencia, que ha sido internacionalmente criticada, hacia evitar preguntar a la población su opinión sobre los “aspectos técnicos” de la atención médica. Caso ilustrativo de esta situación es la encuesta británica clásica realizada en 1978 la cual fue ampliamente cuestionada por ignorar totalmente la investigación sobre las quejas y beneficios del tratamiento médico.⁸ En el mismo sentido, dos meta-análisis realizados posteriormente en 1988 por Hall y Dornan y en 1994 por Wensing y colaboradores encontraron que *sólo* entre 6% y 8% de los estudios sobre satisfacción de los pacientes les preguntaban sobre los resultados en su salud, mientras que 65% abordaban aspectos sobre relaciones interpersonales y humanidad de la atención, y 48% sobre información proporcionada a los pacientes.^{9,10}

En México, la Encuesta Nacional de Salud I (1987) reporta a la “atención inadecuada” como la primera causa de insatisfacción, en segundo lugar la “lentitud” del servicio, en tercero que “no se alivió”, y en cuarto el “mal trato”. El tiempo y el costo tuvieron proporciones muy bajas.¹¹ La segunda Encuesta Nacional de Salud (ENSA II: 1994) señala que “los motivos para no regresar a solicitar atención al mismo lugar se circunscriben a problemas de accesibilidad (económica y geográfica), de conocimientos técnicos del personal y de suministro de medicamentos”.¹² Adicionalmente, se observa que los motivos de insatisfacción de cada tipo de servicio se asocian directamente con los problemas conocidos que tiene cada uno de ellos; asimismo, que para los usuarios de los servicios de seguridad social y públicos, el primer motivo de insatisfacción fueron los largos tiempos de espera (29.3% y 15.4%, respectivamente). Sin embargo, mientras que los usuarios de seguridad social reportan insatisfacción por haber obtenido “resultados de salud negativos” (10.9%) y “revisión y diagnóstico no realizado” (10.0%), proporciones mayores de usuarios de servicios públicos ubican la problemática en la “falta de recursos materiales” (14.0%) y “trato personal malo” (10.0%). Por su parte, para pacientes de servicios privados el problema es el costo; mientras que para los usuarios de “otros servicios” (posiblemente servicios no médicos), la problemática la refieren a aspectos netamente técnicos: “revisión y diagnóstico no realizado” (35.8 por ciento).

A partir de los datos de dicha encuesta (ENSA II) se concluye que 81.2% de las personas entrevistadas manifestó que la atención recibida fue buena y 18.8%, que fue mala. Estas cifras son similares a las obtenidas en la Encuesta de Satisfacción con los Servicios de

Salud en México, realizada en 1994 por la Fundación Mexicana para la Salud, en la que se reportó que 82% de los usuarios manifestó que la atención recibida fue de buena calidad. En el análisis de la ENSA II se concluye la siguiente concentración de las opiniones (positivas y negativas) de los usuarios entrevistados sobre la calidad de la atención: 45% de los juicios se relacionó con el proceso de la atención, 16% con la accesibilidad, 18% con la estructura de los servicios y 21% con los resultados obtenidos. Con base en el examen del principal motivo de percepción de mala calidad y las características de la población, se concluye que “las diferencias encontradas entre los factores sociodemográficos asociados a los perfiles de mala calidad indican que cada grupo de población tiene una percepción propia de los aspectos que modulan su interacción con los proveedores”. Así pues, los resultados de estas encuestas son sin duda valiosos, pero su generalidad solo permite propuestas generales a los servicios de salud. Paralelamente, en aras de posibilitar el desarrollo de las encuestas estadísticamente representativas de grandes poblaciones y de poder replicar las encuestas, *se ha privilegiado estudiar la opinión de los usuarios sobre la perspectiva técnica*. Es decir, más bien lo que se obtiene en estos casos es la opinión de los usuarios sobre lo que los técnicos preguntan y *no la perspectiva de los usuarios o su punto de vista* sobre la atención, lo cual es muy distinto.^{13,14,15}

La inclusión de esta información en las encuestas de salud es en sí un beneficio, sobre todo porque consideran el volumen de demanda de servicios de salud y sus opiniones al respecto a un nivel de representación nacional.¹⁶ Sin embargo, ante este tipo de encuestas, es necesario recordar hasta dónde es real el resultado sobre el grado de satisfacción que reportan, pues tal como apunta Donabedian, “hablando en general, se puede asumir que la calidad de la asistencia es en realidad peor que lo que parecen mostrar las encuestas sobre el grado de satisfacción del paciente”.¹⁷ Es decir, el método de encuestas para evaluar la satisfacción produce tasas infladas de satisfacción positiva.^{18,19}

Sobre esta metodología es indispensable reflexionar en lo que apuntan Locker y Dunt,²⁰ “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”. Es decir, sus fallas tienen que ver con la *insensibilidad de la medida global* para identificar los tipos de problemas por tipo de servicio. Como menciona Donabedian: “una pregunta superficial sobre si un paciente está

satisfecho o no, es muy probable que reciba el mismo tipo de respuesta superficial”.²¹ Los usuarios que están satisfechos con los servicios “en general” o con “algunos aspectos de éstos” pueden estar insatisfechos con otras áreas de los servicios, opinión que nunca se obtendrá porque “las evaluaciones globales tienden a sesgarse hacia la satisfacción”.²² Es decir, lo que indican los niveles extremadamente altos de satisfacción que se obtienen con estas preguntas *no es* una alta satisfacción sino una *no variación* a las preguntas superficiales y/o generales.²³ Sin embargo es interesante encontrar que si existen diferencias en la manifestación de la insatisfacción dependiendo si se trata de componentes clínicos o interpersonales de la atención: Respecto al *aspecto técnico* se ha propuesto que la insatisfacción con la *atención clínica* sólo se expresa cuando hay fuertes diferencias entre su experiencia personal y lo que ellos catalogan como “normal”²⁴; en cambio, se ha observado que los niveles de satisfacción *tienen una mayor variación* cuando las preguntas se refieren a la dimensión *interpersonal* que a la técnica.²⁵

El resultado es que mientras más global sea la información, menor probabilidad habrá de obtener información sobre la satisfacción por los diferentes aspectos, servicios, procesos, etc., de la atención, lo cual también implica una menor potencialidad de hacer los cambios necesarios para mejorar los niveles de satisfacción.

Una alternativa es, naturalmente, separar las preguntas para cada aspecto de interés, pero esta separación está hecha desde el punto de vista del “experto” (el investigador, el médico, el administrador), que incluso puede no tener nada que ver con la perspectiva del usuario. Otra opción sería solicitar a los usuarios que describan su experiencia y que comenten sobre los aspectos positivos o negativos de ésta, y sólo posteriormente preguntar directamente sobre la satisfacción con los diferentes aspectos de la atención. Esta alternativa permite tener el punto de vista y *las prioridades* de los usuarios, así como *sus opiniones de satisfacción*. Una tercera alternativa propuesta es preguntar qué tan satisfecho está el usuario con el servicio recibido y posteriormente preguntar sobre lo que a su parecer constituye la calidad ideal de los servicios.²⁶

Locker y Dunt también han alertado respecto al uso de las investigaciones sobre satisfacción de los consumidores para *evaluar* la calidad de la atención médica. Decir que 80% de los usuarios están satisfechos con la atención no representa una evaluación, sino

una observación. Esta argumentación no tiene que ver con el hecho de que el estudio sea hecho desde la perspectiva del proveedor o del consumidor, sino con el hecho de que *para evaluar es necesario tener un estándar de referencia, una definición de la calidad* a partir de la cual las observaciones de los usuarios (o de los técnicos, en el caso de evaluaciones técnicas) se puedan comparar, hecho con lo cual concuerdan expertos como Donabedian. Si, por ejemplo, se estudia el grado de satisfacción de los usuarios con dos tipos de servicios, existirá un punto de comparación:

“pero éste será definido por el proveedor y será necesariamente arbitrario [...] Un verdadero estudio de evaluación de la calidad de la atención de los consumidores necesitaría identificar y emplear los criterios para los estándares definidos por los mismos consumidores. Actualmente los consumidores están siendo usados como fuentes de información sobre aspectos de la atención predeterminados por los investigadores [...] Puede ser que el punto de vista de la calidad no sea radicalmente distinto al de los proveedores, pero hasta que esto no se investigue, solo será un supuesto y no un conocimiento [...] Los pacientes deben definir sus propias prioridades y evaluar la atención de acuerdo con ellas, y no dejar que esos criterios los seleccionen los profesionales”.²⁷

La investigación relacionada con la opinión de los usuarios sobre la calidad de los servicios recibió un impulso fundamental en el año 2000 con la propuesta de la OMS de incluirla dentro de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Para la OMS los sistemas de salud deben orientarse a mejorar el nivel y distribución de los problemas de salud, *mejorar el nivel y distribución del trato a los usuarios* de los servicios y garantizar la protección financiera en materia de salud.²⁸ A esta propuesta ha seguido la elaboración de diversos estudios que establecen algunos lineamientos teóricos y metodológicos para la medición de la opinión de la población sobre el *trato adecuado* como respuesta a las expectativas no médicas del sistema de salud. Entre otras ventajas esta metodología basada en encuestas de hogares permite una representatividad a nivel nacional y posibilita la comparación entre características sociales, entre la atención hospitalaria y la ambulatoria, entre diferentes regiones del país y entre diferentes estados. “El *trato adecuado* se refiere únicamente a los aspectos no médicos de la interacción entre el usuario y los servicios de salud, y trata de evaluar toda la experiencia reciente del usuario con el sistema y no un contacto en particular.” Es decir, busca evaluar al “sistema como un todo y se enfoca en las interacciones de tipo no médico”. Al respecto, este enfoque de la OMS distingue el

concepto de trato adecuado del de “satisfacción del paciente” fundamentalmente porque éste involucra tanto aspectos médicos como no médicos de la atención.

El *trato adecuado* está compuesto por ocho componentes: atención pronta (rapidez suficiente), trato digno (no humillar ni degradar), comunicación, autonomía (participación en la toma de decisiones en materia de salud), respeto a la confidencialidad (determinar quién debe tener acceso a la información personal de los pacientes), acceso a redes de apoyo social (posibilidad de recibir visitas de familiares y amigos durante la hospitalización), calidad de las instalaciones y servicios, y finalmente, capacidad de elección (libertad para determinar la persona u organización que proporcionará la atención requerida). La metodología estadística para el manejo de este índice incluye un peso determinado para cada componente y también permite ajustar los resultados con base en las expectativas de los usuarios.

Dentro de los resultados de la primera encuesta orientada a medir el trato adecuado a nivel nacional en México (2001), se encontró que la calificación del desempeño del sistema de salud es de 5.7 (clasificación intermedia comparando a nivel internacional en donde Estados Unidos fue el país más alto con 8.1 y algunos países asiáticos con calificaciones menores a 4) y presenta la siguiente tendencia, ordenando los componentes de menor a mayor calificación (escala 0-100): Para la atención ambulatoria: Atención pronta (62.1%), calidad de las instalaciones (74.4%), capacidad de elección (76.7%), calidad de la comunicación (78.7%), autonomía (83.9%), trato digno (84.0%) y confidencialidad (89.8%). Para la atención hospitalaria: Capacidad de elección (73.5%), calidad de las instalaciones (76.9%), autonomía (77.7%), calidad de la comunicación (83.2%), confidencialidad (73.5%) y atención pronta (88.1%).

Los resultados de la segunda encuesta a nivel nacional (con una muestra de 38,000 hogares) en materia de trato adecuado llevada a cabo entre el año 2002 y 2003 documenta que la variable más altamente asociada al nivel de trato ofrecido a los usuarios es la institución en donde se recibió la atención, para la cual se observa que en lo que respecta a la atención ambulatoria, el IMSS y el ISSSTE recibieron las calificaciones más bajas por parte de sus usuarios, los servicios privados obtuvieron las calificaciones más altas siguiendo los servicios de PEMEX y las Fuerzas Armadas.²⁹ Los servicios de la Secretaría de Salud se

ubican en el sitio intermedio. Ya que los componentes de la atención que están siendo medidos con los indicadores de *trato adecuado* no se refieren a la calidad médica, se debe buscar explicar estos hallazgos en los factores que *vinculan a los usuarios en relación con los servicios de salud que utilizan*. Por ejemplo, podríamos asumir que, al tener más conciencia de sus derechos, los usuarios “derechohabientes” tienden a juzgar más severamente a los servicios comparados con los usuarios de servicios públicos.

Es indudable que estas encuestas de *trato adecuado* abren una nueva etapa en la incorporación de la población en la evaluación de la calidad de la atención. Además de las cifras que se obtienen a través de ellas, en los resultados de estas investigaciones se hace hincapié en la importancia de “incorporar el concepto de *trato* en el lenguaje cotidiano de todos los involucrados en el funcionamiento de los sistemas de salud.”

En resumen, los análisis de las dificultades, ventajas y limitaciones de los métodos utilizados para medir la opinión de los usuarios bajo su propio punto de vista indican que “no hay una herramienta única perfecta para medir la opinión de las personas sobre los servicios de salud...” por lo que se requiere combinar enfoques triangulando la información obtenida por diferentes estrategias, por ejemplo, entrevistas, observación, *análisis de quejas*¹, etc.³⁰

3) *Ubicación de las quejas médicas y de la perspectiva de los usuarios dentro de la investigación sobre la calidad de la atención*

Como vemos, el nivel de desarrollo técnico y metodológico sobre el tema es pobre y sin duda ha constituido un freno a la obtención de conocimientos al respecto. Pero este problema es un reflejo de debilidades mayores, pues en el fondo subyace el hecho de que no hay un acuerdo sobre qué se está midiendo³¹ ni a dónde se desea llegar. Es necesario que las investigaciones den cuenta de la *perspectiva* de los usuarios, que *identifiquen los problemas* desde el punto de vista de quienes se quejan, que tomen en cuenta las experiencias de los pacientes dentro de los *contextos* de los servicios en donde se generan y

¹ Cursivas de la autora

que expliquen *porqué los pacientes consideran problemáticas las situaciones* de las que se quejan, aún cuando desde el punto de vista médico o administrativo se encuentren dentro de los “protocolos de manejo adecuados”.

En la revisión de los estudios sobre la calidad de la atención se observa una confusión teórico-metodológica que afecta la definición y clasificación de la investigación sobre la calidad de la atención. El Cuadro 1 busca ilustrar este problema que consiste en asumir que aquellos estudios que se basan en la opinión de la población o de los pacientes, se clasifican como orientados a medir la “dimensión interpersonal” de la calidad, independientemente de que a los pacientes se les pregunte su “opinión” sobre el contenido “técnico” o “interpersonal” de la atención recibida. *Medir la dimensión técnica a partir de la opinión de los pacientes no convierte los resultados en una evaluación de la dimensión interpersonal.* Lo que se mide es la dimensión técnica a través de la opinión de los pacientes, estrategia que solo se puede juzgar como válida o no válida a la luz de lo que se quiera medir. Por ejemplo, si se desea conocer la opinión de los pacientes sobre los aspectos técnicos, es naturalmente válido preguntárselos a los pacientes y la información que obtenemos como resultado caracteriza a la dimensión técnica de la atención. Si se desea una medición médica o gerencial de los aspectos técnicos, la opinión de los pacientes no es válida y deberá seleccionarse una estrategia de medición adecuada, por ejemplo, la observación o la revisión de expedientes.

Es decir, se confunde la “*dimensión teórica* de la calidad de la atención” a ser medida (dimensión técnica o interpersonal), con la *estrategia para obtener la información*. Por otro lado, se puede medir la dimensión interpersonal con indicadores que no involucran la opinión de los pacientes, como por ejemplo el registro de la cantidad de tiempo que el médico dedica a explicar al paciente su tratamiento, el contenido de la conversación con el paciente, la calidez del trato, etc.

Es muy posible que esta confusión esté afectando la orientación e interpretación de la investigaciones sobre calidad de la atención y, dentro de ellas, las relativas a las quejas y demandas médicas ya que la mayoría de las investigaciones al respecto se orientan al análisis clínico de los casos y ello da la falsa idea de que se está estudiando porqué se quejan o demandan los pacientes.

Cuadro 1

Dimensiones de la calidad de la atención y características de sus posibles formas de medición

Características de la medición y recolección de la información			Dimensión de la calidad de la atención*	
Herramientas de recolección de la información		Quien define y determina los aspectos de la calidad de la atención a tomar en cuenta	Técnica	Interpersonal
Observación, expedientes, autopsias, registros, encuestas, etcétera.		"Expertos" (Enfoques: médico, gerencial, etc.)	Múltiples métodos y fuentes de información	
Opiniones	Opiniones de prestadores de servicios, tomadores de decisiones, consensos de expertos, etc.		Métodos cuantitativos y cualitativos	
	Opiniones de los usuarios, pacientes y población en general.		Métodos cuantitativos y cualitativos	
	Opiniones solicitadas	Pacientes, usuarios, etc.	Sugerencias, quejas, demandas médicas, etc.	
	Expresiones voluntarias espontáneas			

* A su vez estas dimensiones pueden ser estudiadas/interpretadas con base en modelos teóricos diferentes, por ejemplo, clínicos, gerenciales, sociológicos, psicológicos, etc.

Un problema adicional que provoca sesgos en la investigación sobre las quejas es que la calidad de la atención la calidad no es un concepto en términos absolutos, sino que es un concepto al que se llega por medio de comparaciones, es relativo y está socialmente situado en términos de tiempo y espacio. La evaluación de la calidad de la atención es un proceso socialmente construido en cuanto son la sociedad y los profesionales quienes fijan los estándares contra los cuales se hacen las comparaciones. Es decir, ellos fijan los "ideales" de calidad. Estos ideales pueden ser "estándares técnicos" (médicos, económicos, gerenciales, etc.), o pueden ser por ejemplo, las expectativas de los pacientes de los

servicios ideales contra los cuales juzgan la atención que reciben. Un caso muy ilustrativo son las quejas posteriores a una segunda opinión, a partir de la cual los pacientes identifican o constatan irregularidades médicas.

A pesar de que la población es quien fija los estándares de lo que juzga en las quejas médicas, la definición de los elementos que se evalúan en ellas han provenido del enfoque de los profesionales quienes imprimen características y sesgos específicos al conocimiento obtenido. Por ello, la mayoría de los estudios sobre quejas y demandas tienen un punto de vista técnico y es prácticamente nula la investigación sobre las quejas médicas a partir de la perspectiva de los pacientes.

Esto implica que se requiere un esfuerzo especial para avanzar en la metodología científica en este campo, entendiéndose por ésta no sólo a las técnicas e instrumentos, sino *al proceso de construcción de conocimiento*. Es indispensable recapitular sobre abordaje del problema de la satisfacción e insatisfacción del *usuario desde la perspectiva del usuario* y no del proveedor.

Pero en este camino, debe evitarse caer en la trampa de ignorar al proveedor. La satisfacción del usuario resulta de una interacción *con* el proveedor; ambos se influyen mutuamente y juntos determinan (y son determinados por) la estructura del sistema y servicios de salud. Investigar y hacer explícitas las expectativas y construcciones sociales *del proveedor* sobre la satisfacción del usuario y de ellos mismos también es fundamental, como también lo es investigar en los usuarios su perspectiva sobre las expectativas y papeles de los prestadores de atención médica.

Dentro de la complejidad de la atención médica poco nos hemos detenido a reflexionar sobre *lo que significa la queja médica* para los pacientes y para los médicos. Es necesario problematizar la manifestación de la insatisfacción con la calidad de la atención, por medio del *pensamiento complejo*. Siguiendo a Morín, hay que evitar el pensamiento simplificador que desintegra la complejidad de lo real, y buscar el pensamiento complejo que integra y rechaza las consecuencias mutilantes, reduccionistas, unidimensionalizantes y finalmente cegadoras de una simplificación. Se requiere superar la visión reduccionista de investigar sobre variables superficiales, “neutrales” y, o, aisladas, sobre lo que se “asume” que la población y los pacientes esperan, ven y evalúan sobre la calidad de la atención. Hay que

evitar suponer que “*lo social*” y los conocimientos de las realidades de los pacientes son algo “fácil” y de “*sentido común*”³² o bien considerar que, por naturaleza, lo médico es objetivo y lo no médico es subjetivo. Las quejas se insertan dentro del estudio del problema de la insatisfacción con la calidad de la atención médica y constituyen un *problema complejo*, punta de un iceberg al cual subyacen determinaciones individuales, sociales, culturales, etc., del paciente y del médico, del contenido técnico e interpersonal de la atención médica, así como de la organización de los servicios de atención médica.

En conclusión, los contenidos y los criterios para estudiar y evaluar los problemas son definidos e impuestos por “los otros”, lo que provoca que obtengamos *opiniones de los pacientes ajenas a ellos mismos*, que corresponde a una construcción social de los médicos, administradores o los investigadores, sobre la insatisfacción de los usuarios.³³ Es decir, lo que ha prevalecido es una “*construcción social de la manifestación de la insatisfacción del usuario*” ajena al usuario mismo.

Referencias

-
- ¹ Armstrong D. The patient's view. *Soc Sci & Med* 1984; 18 (9):737-744.
 - ² Davies P. Sociology and policy science: just in time? 2004; 55 (3): 447-450.
 - ³ Lauder H, Brown P, Halsey A.H. Sociology and political arithmetic: some principles of a new policy science. *British Journal of Sociology* 2004; 55 (1): 3-22
 - ⁴ Ruelas E, Querol J. Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. México: Economía y Salud, Documentos para el análisis y la convergencia Núm. 6. Fundación Mexicana Para la Salud. 1994.
 - ⁵ Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del “cuanto” al “por qué”: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México* 1997; 39:442-450.
 - ⁶ Ruelas E. Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones. *Salud Pública de México* 1992; 34 (suplemento):29-45.
 - ⁷ Penchansky R, Thomas JW. The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care* 1981; 29 (2):127-140.
 - ⁸ Office of Population Censuses and Surveys. Royal Commission on the National Health Service: Patients attitudes to the hospital service. Londres: HMSO, 1978.

-
- ⁹ Hall J, Dornan M. What patients like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci & Med* 1988; 27:935-939.
- ¹⁰ Wensing M, Grol R, Smits A. Quality judgements by patients on general practice care: a literature analysis. *Soc Sci & Med* 1994; 38:45-53.
- ¹¹ Kumate J, Sepúlveda J, Gutiérrez G, comp. Información en salud: la salud en cifras. México: FCE, 1993. p. 235-236. p. 241.
- ¹² Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud II. México: SSA, 1994. p. 52.
- ¹³ Nájera P, Durán-Arenas L, Ramírez T. La calidad de la atención desde la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, Síntesis Ejecutiva SE-40/91, 1992.
- ¹⁴ Ramírez T, Nájera P, Nigenda G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México* 1998; 40:3-12.
- ¹⁵ Avis M, Bond M, Arthur A. Questioning patient satisfaction: An empirical investigation in two outpatient clinics. *Soc Sci & Med* 1997; 44: 85-92.
- ¹⁶ Ruelas E, Ramírez R, Zurita B, Frenk J, González Block MA, Lozano R. Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud 1994. México: FUNSALUD, 1995.
- ¹⁷ Donabedian A. The Lichfield Lecture. Garantía de calidad en atención de salud: el papel del consumidor. *Revista de Calidad Asistencial* 2001; 16:S102-S106.
- ¹⁸ Williams B. Patient satisfaction: A valid concept? *Soc Sci & Med* 1994; 38:509-516.
- ¹⁹ Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Soc Sci & Med* 1998; 47: 1351-1359.
- ²⁰ Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Soc Sci & Med* 1978; 12:283-292.
- ²¹ Donabedian A. The Lichfield Lecture. Garantía de calidad en atención de salud: el papel del consumidor. *Revista de Calidad Asistencial* 2001; 16:S102-S106.
- ²² Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Soc Sci & Med* 1978; 12:283-292.
- ²³ Ruelas E. La comunicación en la calidad de la gestión médica. En: Tena C, Sánchez J. (eds) Memoria del simposio. La comunicación como reto actual y futuro del profesional de la salud. México: Ed. Piensa. 2003. p. 18.
- ²⁴ Nelson EC, Larson C. Patients' good and bad surprises : how do they relate to overall patient satisfaction ? *Quality Review Bulletin* 1993; 19: 89-94. Citado en: Salmón P. *Psychology of medicine and surgery*. Chichester: John Wiley & Sons. 2000. p.274.
- ²⁵ Fitzpatrick R Scope and measurement of patient satisfaction. En: R Fitzpatrick, A Hopkins (eds) *Measurement of Patients' Satisfaction with their Care*. London: Royal

-
- College of Physicians, pp 1-17. Citado en: Salmon P. *Psychology of medicine and surgery*. Chichester: John Wiley & Sons. 2000. p.274.
- ²⁶ Andaleeb SS. Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Soc Sci & Med* 2001; 52:1359-1370.
- ²⁷ Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Cuernavaca, Mor: *Perspectivas en Salud Pública* No. 10, INSP. 1992. p. 26.
- ²⁸ Puentes E, Garrido F. Trato adecuado en México: Respuesta a las expectativas no médicas de los usuarios de servicios de salud. *Síntesis Ejecutiva*. México: SSA. 2002.
- ²⁹ Puentes E, Martínez T, Gómez-Dantes O, Garrido F. Trato inadecuado en México Diferencias estatales e institucionales. *Síntesis Ejecutiva*. México: SSA. 2004.
- ³⁰ Schneider H, Palmer N. Getting to the truth? Researching user views of primary health care. *Health Policy and Planning* 2002; 17 (1):32-41.
- ³¹ Hulka BS, Zyzanski SJ. Validación de una escala de satisfacción de los pacientes: Teoría métodos y práctica. En: White K, et al. eds. *Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología*. Washington: OPS, 1992.
- ³² Infante C. El enfoque sociológico de la prevención de los problemas de salud. *Acta Sociológica*. 1994; 11: 203-226.
- ³³ Veenhoven R. *Conditions of happiness*. Hingham MA: Springer, 1981. Citado en: Day H. Jankey SG. *Lessons from the literature. Towards a holistic model of quality of life*. En: Renwick R, Brown I, Nagler M, eds. *Quality of life in health promotion and rehabilitation*. Thousand Oaks: Sage, 1996. p. 46-47.

III PARTE: METODOLOGÍA

Capítulo 7. *Estrategias metodológicas para la investigación sobre quejas médicas*

Capítulo 7

Estrategias metodológicas para la investigación sobre quejas médicas

La investigación científica orientada a la obtención de conocimiento sobre las quejas médicas depende de tres elementos: El *primero* está ligado a la reflexión de lo que *son* las quejas médicas, lo que *reflejan*, qué *elementos incluyen* y con qué *factores están asociadas*, en qué forma constituyen *dimensiones de la calidad de la atención*, para qué nos pueden y deben *servir* y nos pueden ayudar a *mejorar*. El *segundo* elemento es el avance *metodológico* para analizar la experiencia de los pacientes y obtener pruebas empíricas sobre lo que ellas nos indican. El *tercer* elemento es el tipo y calidad del *material* con el que se cuenta para analizar y reconstruir los hechos que reportan los pacientes en las quejas (expediente clínico, expediente de queja, etc.). Cabe esperar que el desarrollo de estos elementos produzca conocimientos que permitan construir el vínculo entre el análisis individual de las quejas médicas y el análisis social y sistémico, dentro del cual se deberán desarrollar las estrategias para mejorar la calidad de la atención médica. Estos tres rubros: el *qué* estudiar, el *cómo* hacerlo y el *material* con el que se cuenta, aunados a los *procedimientos técnico-metodológicos* utilizados para el desarrollo de la investigación empírica sobre las quejas médicas bajo un enfoque sociológico son los cuatro elementos que constituyen este capítulo.

1) Transformación de las experiencias de los pacientes en quejas médicas: problemas epistemológicos y metodológicos

Para comprender la perspectiva de los pacientes es necesario partir de las situaciones y problemas presentados por ellos mismos, sin un discurso, estructura ni elementos predeterminados por el investigador.^{1,2} Maciejewski ha señalado que “el mayor reto es desarrollar medidas de satisfacción que capturen la perspectiva de los pacientes en términos de lo que es significativo para ellos”.³ Ello implica desmedicalizar la queja médica no porque haya que quitarle el componente médico —lo cual es intrínsecamente imposible además de que no es el propósito— sino para reconstruir la naturaleza social del fenómeno de las quejas médicas. Preguntarse qué tan competentes son los pacientes

para juzgar lo técnico (enfoque médico) es *muy diferente* a preguntarse qué juzgan, esperan y expresan los pacientes.

Las quejas médicas son construcciones hechas por los pacientes sobre experiencias de atención médica vivida como insatisfactoria. Al presentar la queja formal, estas problemáticas construidas y manifestadas por los usuarios son re-construidas por médicos y abogados para interponer y dar curso a la queja o demanda legal. Por ello, el *poder* del paciente en la queja médica “depende en gran medida de su articulación para presentar su caso”.⁴ Posteriormente, las quejas pasan a ser analizadas técnicamente para dar un juicio *experto* y responder a las peticiones de los pacientes. Pero ni los motivos de queja manifestados por los pacientes ni los problemas técnicos que registra el personal técnico receptor de quejas son “entidades naturales objetivas”; son más bien producto de construcciones y prácticas sociales y como tales validan y reproducen relaciones de poder.⁵ Las quejas médicas *no* son simplemente la manifestación de la “subjetividad del paciente” o el “reporte, identificación o descubrimiento de errores o problemas de calidad” de la atención médica que existen *per se*. La experiencia de la enfermedad, de la atención médica y de la atención a quejas médicas son fenómenos socialmente construidos, es decir, implican conocimientos, creencias, emociones, atribuciones, juicios y significados que son interpretados y re-interpretados continuamente,⁶ por todos los actores involucrados: pacientes, personal médico y abogados. De hecho, en el tránsito de los pacientes dentro de la compleja organización de la atención médica actual les proporciona elementos para aprender y entender: “el conocimiento de los especialistas les da a los pacientes nuevas posibilidades de reinterpretación y acción”.⁷

Un conjunto de elementos determina las características *de inicio* del proceso de construcción social y la interposición de la queja: las características del quejoso, el tipo de experiencia de la enfermedad y de atención recibida, así como la forma como la ha vivido el paciente y aquellos quienes lo rodean, el tipo de institución(es) y médico(s) que otorgaron la atención,⁸ el cumplimiento de las expectativas de atención,⁹ las percepciones y atribuciones de los pacientes, la persona que interpone la queja (el paciente o un representante), las expectativas de la queja y su significado para el quejoso, el escenario y

la narración de la queja, y las características de los receptores de las quejas, así como los requerimientos técnicos médicos y legales para interponer una queja.

En el *proceso* de atención de quejas, estas características *originales* de la queja *se orientan paulatinamente de la perspectiva del paciente hacia el paradigma médico*. Al recibir la queja, se incorporan elementos técnicos y se reconstruye la insatisfacción manifestada (usualmente en forma verbal) por el usuario a manera de queja, lo que da lugar al texto denominado “el dicho del usuario” o narrativa de queja. La versión final tal como queda establecida por escrito en la interposición de la queja, se convierte en elemento nodal para el proceso de análisis técnico y para la conclusión legal de la queja.

El sistema de atención a las quejas se ha venido refinando a través de los años y *permite un cada vez más eficiente análisis individual* de las causas técnicas y de la presunta responsabilidad de los proveedores de atención. Sin embargo, por las características de las quejas médicas y los requisitos legales para su atención, este proceso de atención de las quejas lleva a la *medicalización y judicialización* de las experiencias vividas por los pacientes sobre su atención médica.

Es importante analizar uno por uno los *mecanismos* mediante los cuales sucede este fenómeno para conocer hasta dónde, con las quejas, el paciente obtiene poder y control sobre su propio proceso de atención médica y cómo éstos se diluyen en el transcurso de la atención y análisis de las quejas, en el cual la perspectiva del paciente se transforma en una perspectiva técnica, y en este proceso el paciente vuelve a perder el control.

La pregunta sobre *qué* es lo que puede ser conocido (el paciente y su experiencia de atención médica) es ontológica; la pregunta sobre *cómo* conocemos ese mundo es epistemológica, y aquella sobre *cómo procedemos* para obtener el conocimiento deseado es metodológica.¹⁰

En este orden de ideas, la reflexión de esta problemática nos permite comprender qué realidad intentamos abordar, hasta dónde la podemos conocer, qué es lo que conocemos mediante el estudio de las quejas, qué estrategias metodológicas son las adecuadas para

abordarlas, y qué nos puede aportar la investigación sobre la voz de los pacientes en las quejas médicas.

Esclarecer el proceso de transformación de las experiencias de los pacientes en los servicios de salud definidas en sus propios términos, hacia un discurso médico-científico y legal que queda fuera de su control no es importante meramente por cuestiones académicas; antes bien, pretende recuperar y entender de qué se quejan los usuarios y qué esperan de los servicios a fin de responder cada vez mejor a sus expectativas y necesidades.

➤ *La medicalización de la queja por los pacientes*

La *medicalización* de las experiencias insatisfactorias de los pacientes sobre su atención médica *se origina en tres instancias del proceso de atención de quejas*: 1) los *pacientes*, 2) los *médicos* que reciben las quejas, y 3) los *requisitos legales* para interponer una queja.

En múltiples formas la relación médico – paciente constituye una relación de poder en donde el médico tiene el poder y el paciente en forma pasiva debe cumplir con sus indicaciones. Dado este tradicional desequilibrio en el poder y ante el reconocimiento creciente de sus derechos humanos y derechos como pacientes, la posibilidad de manifestar sus quejas cuando perciben alguna irregularidad en su atención constituye un mecanismo para equilibrar dicho poder. Cuando los usuarios presentan sus quejas buscan *recuperar el control* de su proceso de atención médica.¹¹ Al narrar su problemática, “*presentan*” su *caso* y su *discurso* de acuerdo con la situación para no perder el poder que les confiere la instancia que recibe las quejas. Por ello, *construyen* su queja en una forma especial, incluyen en su *discurso los elementos técnicos aprendidos durante su atención médica* y *exponen una selección de hechos* que a su vez serán *significativos* en el mundo médico en el que se encuentran, dándole menor importancia a aquellos hechos que consideran solo importantes en forma personal, o bien hechos difícilmente comprobables. La *tendencia* a narrar y explicar su experiencia incluyendo *términos médicos* tiene por

objeto convencer de que tienen los argumentos necesarios para quejarse, así como justificar la(s) irregularidad(es) en la atención médica recibida y las pretensiones que solicitan. En este proceso el paciente mismo tiende a eliminar lo subjetivo y facilita que se convierta en “un caso objetivo”.

A este factor se agrega otro de vital importancia. Para incrementar el control sobre procesos técnicos juzgados como irregularidades, *el usuario “busca” y “espera”* que en las instancias que reciben las quejas (o demandas, en su caso), los expertos “*traduzcan su experiencia*, la analicen, y la avalen con el fin de tener elementos para negociar las pretensiones que solicitan derivadas de su queja. Es decir, una de las *expectativas implícitas* de los usuarios es la solicitud de *que se “medicalice”* su experiencia por medio de su traducción a un discurso médico (en forma y contenido) porque ello les permitirá tener mas probabilidades de tener éxito en las pretensiones que solicitan en la queja.

Otro elemento que explica la medicalización de la queja se refiere a las *pretensiones* de los pacientes al interponer las quejas. Cuando éstos llegan a interponer su inconformidad, usualmente tienen en mente el tipo de solicitud que van a hacer para que se corrija y/o compense la irregularidad médica que han vivido. Así, las pretensiones que tienen los usuarios *antes* de interponer su queja influyen en la manera como éstos re-construyen su experiencia y construyen la queja, de manera tal que sus argumentos justifiquen sus pretensiones. Sus argumentos se orientan no sólo a presentar problemas de calidad de la atención, sino más bien a justificar daños “objetivos” causados por atención médica sub-estándar (eventos adversos). Los usuarios presentan estos elementos de tal forma que se prueben sus solicitudes, por ejemplo, el reembolso de gastos, la indemnización, un nuevo tratamiento médico o quirúrgico, etc. En las demandas legales esto es muy claro, pues son tan costosas que sólo se justifican cuando los casos buscan compensaciones económicas fuertes o sancionar penalmente al médico, por lo que los argumentos se configuran y preparan para probar la negligencia, impericia o dolo.

Durante el proceso de atención de la queja médica, suceden por lo menos otros tres fenómenos sociales asociados con el poder y control:

- a) Después de que los pacientes interponen su queja, ésta *deja* de ser una forma de *control externo* del trabajo médico: los técnicos juzgan a los técnicos y se convierte en una *forma de autocontrol de la misma profesión médica*.
- b) También los *médicos demandados* experimentan un *sentimiento de pérdida de control*.
- c) Paralelamente, *los árbitros* viven un proceso en el que deben hacer juicios “objetivos” y experimentan lo que se ha denominado “*lealtades divididas*”, en la solidaridad con los colegas y la obligación con los pacientes.¹²

Adicionalmente (al igual que, por ejemplo, en la Procuraduría del Consumidor), existen requisitos técnicos para la recepción de las quejas, entre los cuales resalta el que el usuario debe exponer su problema y posteriormente se le pregunta qué solicita o cuáles son sus pretensiones, pues sin ello la queja no procede. Este hecho es parte del proceso de *judicialización* de la queja médica, que puede tener el efecto perverso de promover la solicitud de compensaciones económicas cuando ése no era el propósito original de la queja. Esto propicia que se *desalienten los casos en que las personas sólo quieren participar o denunciar irregularidades en la atención, sin pedir nada más*.¹³ A esta situación debe añadirse que es poco común que los usuarios se presenten a interponer una queja sin buscar pretensiones concretas, ya que el proceso mismo de la queja significa un desgaste e inversión emocional y de tiempo que es juzgado por los pacientes en términos de costo-beneficio. Un obstáculo para interponer una demanda médica es la perspectiva de tener pocas probabilidades de tener éxito o tener prioridades competitivas.¹⁴

➤ *La medicalización y el discurso clínico*

La tendencia de la población y de los médicos a incluir una amplia gama de *problemas sociales* dentro del ámbito de competencia *de la medicina* se ha conocido como la “*medicalización de la vida social*.” *La medicalización se lleva a cabo a través de procesos en diferentes escalas a través de los cuales la profesión médica incrementa su influencia práctica e ideológica sobre los diversos aspectos de la vida*.^{15,16} Como

resultado, más y más áreas de la vida se van redefiniendo como problemas médicos y en consecuencia se van proponiendo soluciones médicas a lo que en muchos casos son problemas sociales o espirituales. La medicina va teniendo más control sobre la vida social. Tal es el caso por ejemplo, de la violencia, el alcoholismo, las adicciones, etcétera. (Casamadrid ha propuesto una figura similar al proceso de plantear *propuestas legislativas* a situaciones eminentemente médicas, es decir cuando la legislación pretende resolver *problemas sanitarios* emitiendo un precepto de delito.)¹⁷

Uno de los mecanismos por medio de los cuales se lleva a cabo el proceso de medicalización de la vida cotidiana consiste en definir los problemas en términos técnicos y científicos-médicos, lo cual lleva a *descontextualizar los problemas sociales* y a objetivarlos como problemas *individuales*. Para hacer que los problemas sean “científicos y objetivos” (y por ende, universales), se elimina la *subjetividad* y el *contexto* que le da significado a las acciones de los sujetos.

Habermas¹⁸ propone que la *medicalización* de la vida cotidiana sucede a través de un proceso de manipulación de la *comunicación* en el cual se van seleccionando los significados de la realidad. Entre dichos significados prevalece el discurso basado en el conocimiento formal, lo técnico y lo científico. Naturalmente en dichos significados yace el poder, mismo que en la relación medico-paciente detenta el médico.¹⁹ En la relación médico-paciente la problemática que expone el paciente se redefine en términos médicos y se recorta del discurso del paciente aquello que se presume subjetivo o sin interés clínico. El costo de este hecho es que *se pierde al sujeto y la relación* entre la *enfermedad* con la *vida diaria del paciente y su significados*. Esta estrategia se refuerza al eliminar los elementos subjetivos de las narraciones y perspectivas de los pacientes hasta hacer los problemas “intelectualmente puros”.²⁰ La “deshumanización” de la práctica médica en buena parte se debe a este proceso. El surgimiento de nuevos problemas sociales, el avance de la ciencia y la tecnología, así como la masificación en la atención médica y los complejos problemas organizacionales y de interacción que de esto surgen, también contribuyen en forma importante a que el manejo de la comunicación se oriente hacia la sustitución de las definiciones de los individuos por definiciones técnicas y médicas.

Se ha propuesto reiteradamente que ante esta situación de poder desigual, es necesario que el médico busque el entendimiento integral de la problemática de los pacientes y que se les expliquen claramente sus problemas de salud y se llegue a una negociación sobre la forma como atenderlos.²¹ El proceso de comunicación es mucho más que informar, es ponernos de acuerdo, es poder dialogar para poder encontrar un punto de acuerdo.²² Se ha demostrado que “si se le otorga al paciente tiempo suficiente para la completa explicación de los efectos secundarios y riesgos en términos sencillos, la comprensión del paciente se incrementa dramáticamente y en la misma proporción se reduce la probabilidad de una demanda.”²³

De manera similar, en la queja, la expresión de eventos de la atención médica que no tenga un significado técnico-médico corre el riesgo de no ser registrada en el narrativo de hechos de la queja médica. La perspectiva médica expresa un paradigma, en donde “la forma ideal del discurso médico es aquel que es transparente de la realidad biológica [...] la tarea clínica crítica del médico es ‘decodificar’ el discurso del paciente relacionando los síntomas a sus referentes biológicos”.²⁴ De hecho, Feinstein, uno de los epidemiólogos clínicos y estudiosos del razonamiento clínico más importantes de nuestra época, menciona: “la búsqueda de una ciencia clínica moderna es la de pruebas patognomónicas precisas que puedan identificar con precisión la presencia de la enfermedad, independientemente de los síntomas”.²⁵

Ante esta situación, entre otros críticos del reduccionismo de la medicina y de la búsqueda de una clínica esencialmente independiente del discurso del paciente, Good y Delvecchio han demostrado que “el tipo de discurso médico o expresión de síntomas que se considera paradigmático es aquel que claramente revela procesos patológicos y enfermedades. Porque las expresiones de los pacientes sobre sus síntomas pueden no revelar puntualmente realidades somáticas, el ideal de algunos en la comunidad biomédica es una *práctica clínica que no dependa del discurso del paciente*”.²⁶

En este mismo sentido crítico, Mechanic, uno de los actuales sociólogos médicos más reconocidos, ha analizado el efecto que tiene el modelo de práctica médica clínica en la distorsión del discurso del paciente. Los médicos atienden lo que dicen los pacientes,

pero están entrenados para dirigir el diálogo en una trayectoria hacia el diagnóstico y hacen lo necesario para llegar a éste: interrumpir al paciente, cortar sus frases, evadir las digresiones, ignorar información, etcétera. Menciona el autor que la aplicación de este modelo estrecho de la enfermedad puede hacer que se concluya la consulta con un diagnóstico y una prescripción, pero no necesariamente con una respuesta a la motivación del paciente que ha buscado la consulta.²⁷ Con análisis de consultas grabadas otros autores han demostrado que las entrevistas médicas inician con el lenguaje propio del paciente pero conforme avanza la consulta, el médico introduce términos técnicos y obtiene el control del encuentro.²⁸ Waitzkin menciona que el recorte de “partes de las narraciones de los pacientes” que no son deseadas dentro del discurso médico, en forma explícita o implícita constituye un control social al dirigir a los pacientes hacia una visión particular de la enfermedad.²⁹ En esta forma, apunta el autor, “los encuentros entre médicos y pacientes se convierten en situaciones micropolíticas que reflejan y apoyan relaciones sociales más amplias”.³⁰

Esta tendencia hacia un mayor “cientificismo” ha implicado la paulatina exclusión del punto de vista del paciente.³¹ Varios factores han contribuido a esta situación: La subjetividad de la voz de los pacientes se ha entendido como comprometedora de la objetividad, la cual se ha convertido en condición *sine qua non* del conocimiento médico;³² el desarrollo de instrumentos para conocer los procesos internos del organismo y la nueva tecnología han hecho menos necesaria la información de los pacientes mismos, haciendo que el interrogatorio sea más reducido y se haga más frágil la relación médico-paciente.³³ Según Armstrong, aun cuando se dice que la medicina tiene un creciente interés por el punto de vista de los pacientes, el interés no se refiere a los puntos de vista “por sí mismos”, sino sólo en cuanto *ventanas para ver la patología*.³⁴ Stacey ha contemplado este proceso desde el enfoque que establece la ciencia biomédica: “la ciencia objetifica el material que estudia [...] la aplicación de estas ideas a la práctica de la biomedicina alienta la pasividad del paciente; el científico es el que sabe, el paciente como no es científico, no sabe. Adicionalmente, el científico es apto para tratar al paciente como un objeto, lo que alienta nuevamente la pasividad”.³⁵ Esta situación no es de ninguna manera privativa de nuestro país, pero cabe señalar que en países como el nuestro en donde existen grandes desigualdades sociales, la brecha de conocimientos

entre médicos y pacientes es mayor y por lo tanto la probabilidad de encontrar pasividad en los pacientes es elevada.

Las quejas médicas es una de las formas en las que los pacientes están participando en su proceso de atención. Ante esta tendencia de incremento en la participación de la población, se hace cada vez más relevante comprender bajo el punto de vista de los usuarios, qué y cómo ven los pacientes la atención médica que reciben, cómo la definen y que esperan de ella. Allsop y Mulcahy³⁶ mencionan que las características de las quejas:

“limitan” la investigación con propósitos de evaluar los estándares de atención porque “no todas las narraciones de las quejas están completas [...] como personas legas, los pacientes y sus cuidadores perciben los eventos desde una perspectiva particular [...] pueden no saber con precisión qué sucedió mal [...] tienden a una visión incompleta de ciertos aspectos de la atención y pueden no estar conscientes de ciertas etapas de la atención”, y concluyen: “las quejas a menudo tienden a estar imbuidas en una narrativa que puede contener información que no es estrictamente relevante para el proveedor de atención [...] los informes tienden a enfocarse a la conducta del equipo de cuidado médico y a los resultados de los episodios de enfermedad [...] aún más, las emociones sentidas pueden irrumpir en el camino”.

Estas autoras con amplia experiencia en el estudio de las quejas médicas en Gran Bretaña tienen razón: las quejas médicas distan mucho de ser el instrumento idóneo para evaluar los aspectos técnicos médicos; el problema es asumir que eso es lo que de ellas se debe o puede obtener.

➤ *La medicalización de la queja por los médicos*

Ya que las quejas buscan comparar las presuntas irregularidades con los conocimientos y técnicas que tiene disponible la medicina, la recepción de la queja médica en la actualidad es atendida bajo la influencia de este mismo paradigma médico. Aunque en el

caso de las quejas el usuario puede abundar verbalmente sobre su problemática, tal como se demuestra en el capítulo 8, la revisión del discurso contenido en el texto de las “narrativas de quejas” de los expedientes (y que finalmente es lo que firma el usuario) muestra una medicalización de la experiencia de los pacientes a través del uso de lenguaje técnico, la posible selección de eventos que se registran (orientados hacia la “objetividad”) y la eliminación de los aspectos que se asumen como “subjetivos”. Este modelo individualista y biomédico de las quejas médicas permite concluir con diagnósticos técnicos sobre lo que sucedió, pero no necesariamente responde a lo que motivó a los usuarios a interponer la queja, ni a sus expectativas y pretensiones. Parafraseando a Amstrong, el interés hacia las quejas médicas no debe ser por las quejas “en sí mismas”, sino en cuanto ventanas para ver las experiencias de los pacientes.

La visión medicalizada de la queja médica tiene implicaciones para los pacientes y para los médicos. En cuanto a los pacientes, para que la queja médica responda integralmente a sus expectativas es necesario rescatar de ella la voz y experiencia de los pacientes en su propio discurso y no sólo considerarlas como instrumento para obtener información técnica de irregularidades en la atención médica. “Entender por qué las personas demandan o no a sus médicos es una parte esencial para comprender la relevancia de la mala práctica médica en la regulación de la atención a la salud [...] es necesario crear el *ethos* de tomar seriamente las quejas”.³⁷ El poder que se les confiere a los pacientes por la vía de las quejas médicas debe otorgarse tomando en cuenta integralmente lo que los pacientes nos dicen por medio de ellas.

La otra consecuencia fundamental que tiene *la medicalización de las quejas y demandas* en los médicos es que *perpetúa la percepción de que los problemas básicos o determinantes de las quejas son errores técnicos médicos*, lo cual a su vez *propicia la práctica de la medicina a la defensiva*. Evidentemente sí hay una relación entre error técnico y calidad técnica de la atención. Sin embargo, como se documenta en los primeros capítulos de este trabajo, la relación entre los errores y las quejas y demandas es bajísima. La medicina a la defensiva es una *reacción* hacia el aspecto *técnico* de la atención y se define como la práctica de provisión de servicios médicos con poco o ningún beneficio médico en busca de reducir el riesgo de ser demandado.³⁸

Es así como no extraña que las reacciones de los médicos hacia la amenaza de posibles quejas se orienten hacia aspectos técnicos (al sobre-tratamiento, a la solicitud de múltiples análisis innecesarios, al desarrollo de terapéuticas radicales innecesarias, etc.) y se siga minimizando la urgencia de mejorar la relación interpersonal y la comunicación en la atención médica como elemento preventivo de las quejas y demandas. Aunque se reconoce que una causa importante de las quejas son los problemas en la relación médico-paciente, si se siguen definiendo las quejas y demandas en términos técnicos, también se seguirá pensando que la prevención y solución a las quejas es técnica y se continuará menospreciando la dimensión subjetiva y emotiva que en muchos casos es lo que determina la queja. CONAMED ha demostrado que:

“el 50% de los casos concluidos en los últimos tres años (N = 4 931) por conciliación, arbitraje o dictamen pericial no hubo culpa del médico, mala práctica, negligencia o impericia, el factor común por el que los pacientes demandaron a su médico fue mala comunicación: cerca de 2,500 médicos no supieron comunicarse y fueron demandados.”³⁹

Las evidencias de la necesidad de estudiar las quejas y demandas bajo un enfoque teórico que de cuenta de estos problemas como fenómeno social y de aplicar metodología que permita estudiarlas desde esta perspectiva son, a nuestro parecer, contundentes.

2) *Material*

Con el objeto de documentar la naturaleza y contenido de la información que nos manifiestan los pacientes en las quejas médicas, se optó por analizar el material con base en diferentes estrategias metodológicas, mismas que, como se podrá observar en los resultados, dan cuenta de dimensiones complementarias de las quejas. En los siguientes cinco capítulos se presentan los resultados de la *investigación empírica*. El Cuadro 1 presenta un resumen de los objetivos, población y metodología aplicada para analizar las preguntas de investigación a las que se responden en cada uno de los siguientes capítulos.

El universo de quejas incorporado en cada tipo de análisis fue diferente y tuvo la siguiente secuencia: Inicialmente se buscó obtener un panorama general de las quejas de CONAMED. Para ello, en el capítulo 8 se presenta un análisis *estadístico* elaborado a partir de la base de datos del sistema de información de quejas médicas que se genera rutinariamente en CONAMED. La población estudiada fue el *total* de las quejas interpuestas durante los *tres primeros años* de la CONAMED, abarcando a partir de enero de 1997 a diciembre de 1999. Posteriormente (Capítulo 9) se presentan los resultados del análisis de las *narraciones* de las quejas llevados a cabo exclusivamente con metodología *cualitativa*. Las quejas analizadas en este rubro no constituyen una muestra estadísticamente representativa ya que el objetivo no fue ese, sino el buscar una *representatividad teórica*, a fin de documentar la forma como se conforma la insatisfacción que concluye en queja médica.

Finalmente, en los capítulos 10, 11 y 12 se analiza el *total* de quejas médicas presentadas de junio de 1996 a diciembre de 1998 por *exclusivamente un motivo de queja* que fue el *diferimiento quirúrgico*. Estas quejas se analizaron inicialmente con metodología cualitativa y posteriormente con estadísticas bivariadas y multivariadas. Los resultados de estos tres capítulos son estadísticamente representativos para dicho motivo de queja. A continuación se explican los motivos por los cuales se aplicaron diferentes aproximaciones metodológicas para responder a diferentes preguntas de investigación. Asimismo, dentro de cada capítulo se describen con precisión los métodos específicos utilizados para cada caso tanto cualitativos como estadísticos.

Con excepción de los análisis hechos sobre el total de quejas de CONAMED en sus primeros tres años (Capítulo 8), el material de trabajo de la investigación fueron los expedientes de queja físicos, incluyendo el expediente clínico como el expediente de queja mismo. Debido al enfoque teórico-metodológico adoptado, el material más utilizado fue la sección “narrativo de hechos”, en donde se plasma “el dicho del usuario”. En todos los casos estudiados se mantuvo el anonimato de usuarios, promoventes y prestadores de servicios.

Cuadro 1

Cuadro sinóptico de los objetivos, población analizada y métodos aplicados en la investigación empírica

Capítulo	Objetivo	Población	Métodos
Capítulo 8	Descripción de las características de las quejas radicadas en CONAMED: motivo de queja, fase de la atención y tipo de servicio de salud.	Total de quejas radicadas en 3 años: 1997-1999. Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas	➤ Metodología cuantitativa: Análisis estadístico bivariado
Capítulo 9	Descripción de la forma como va surgiendo la insatisfacción con la atención y como llega a conformarse en queja médica.	Selección de 20 casos de quejas con base en un “muestreo propositivo de casos típicos”. Análisis del narrativo de hechos.	➤ Metodología cualitativa: Análisis de contenido temático y análisis del discurso.
Capítulo 10	Quejas por diferimiento quirúrgico: Descripción de la población de quejosos, de las instituciones de donde fueron diferidos y las características de los eventos de diferimiento.	Total de quejas radicadas por “diferimiento quirúrgico” de junio de 1996 a diciembre 1998. Análisis del narrativo de hechos.	➤ Metodología cualitativa: Análisis de contenido. ➤ Metodología cuantitativa: Análisis estadístico univariado y bivariado.
Capítulo 11	Quejas por diferimiento quirúrgico: Descripción de los tipos de problemas técnicos reportados por los pacientes. Identificación de perfiles de queja por nivel de complejidad de los casos. Identificación de la frecuencia de duplicación de servicios y de los problemas en la atención que predicen la duplicación.	Total de quejas radicadas por “diferimiento quirúrgico” de junio de 1996 a diciembre 1998. Análisis del narrativo de hechos.	➤ Metodología cualitativa: Análisis de contenido. ➤ Metodología cuantitativa: Análisis estadístico univariado, bivariado y multivariado (regresión logística).
Capítulo 12	Quejas por diferimiento quirúrgico: Construcción de patrones de queja a partir de la comparación entre los motivos de queja desde el punto de vista de los pacientes y los problemas técnicos identificados en las quejas.	Total de quejas radicadas por “diferimiento quirúrgico” de junio de 1996 a diciembre 1998. Análisis del narrativo de hechos.	➤ Metodología cualitativa: Análisis de contenido. ➤ Metodología cuantitativa: Análisis estadístico univariado, bivariado y multivariados (análisis de clusters, discriminante y regresión logística).

Sobre el material de trabajo utilizado en esta investigación deben hacerse dos señalamientos importantes. *La narración de la experiencia tiene una función y significado en sí misma.* Análisis sociológicos actuales han descrito la función de la narración de las experiencias en la vida de las personas. Se plantea que cuando la vida de una persona es alterada por la enfermedad, la narración le permite “unir cabos”, tejer la experiencia y contextualizarla. Atkinson señala que las “narraciones organizan la experiencia desdoblado los eventos y las evaluaciones.”⁴⁰ Así, las narraciones en general no son sólo reportes de la experiencia,⁴¹ sino que “formulan la realidad y una actitud hacia la misma. Ellas dan forma a la experiencia y organizan la conducta”.⁴² El hecho de narrar (una queja en este caso) es una interacción en sí misma cuyos actores son quien(es) narra(n) y quien(es) escucha(n).⁴³

Las narraciones de las quejas son el vehículo a través del cual los usuarios seleccionan, construyen y argumentan lo que desean expresar, lo que es relevante para ellos sobre la falta de calidad de la atención médica recibida. Pero debe recordarse que las quejas analizadas no son las experiencias originales de los pacientes. La experiencia y su texto no son lo mismo.⁴⁴ Las experiencias originales de los usuarios sufren diversas transformaciones desde su narración oral hasta su transcripción escrita (medicalización antes descrita) y de su transcripción escrita hasta el análisis de su contenido para estudiarlas.⁴⁵ Las quejas son reconstrucciones de experiencias, no son las experiencias mismas.⁴⁶ A su vez, para poder estudiarlas, se requiere que las transcripciones de las narraciones de las quejas interpuestas pasen por procesos de análisis, ordenamiento, síntesis e interpretación de la información.

3) Abordaje metodológico

Cuatro factores determinaron la decisión de utilizar metodología cualitativa para el análisis de las quejas: a) el casi inexistente desarrollo de investigación sobre quejas médicas bajo la perspectiva del paciente; b) el uso de un marco conceptual con enfoque

sociológico para construir el objeto de estudio y para hacer el análisis y la interpretación de la información; c) el tipo de material que constituyen las quejas (narraciones de los pacientes); d) el avance actual de la metodología cualitativa en el campo de la salud. La metodología cualitativa fue aplicada en dos enfoques diferentes:

1. El primero fue el *análisis del discurso* y de contenido temático a través de los cuales fue posible documentar algunos elementos de la medicalización de las quejas y la forma como va configurándose la insatisfacción dentro de las trayectorias de búsqueda de atención médica de los pacientes. Los *resultados* de este análisis son completamente *cualitativos* y se presentan en el capítulo 9.

2. El segundo tipo de análisis cualitativo se basó en un *análisis de contenido* en un primer momento como una *aproximación analítica* para explorar el material con base en los pasos que se describen mas abajo. Esta técnica buscó contenidos manifiestos y latentes.⁴⁷ Posteriormente, en una segunda fase, aquella *información cuantificable fue codificada* de acuerdo con los temas y categorías que emergieron de los textos mismos.⁴⁸ Con base en este material se elaboró el esquema del *modelo conceptual* (presentado en el capítulo 10). Como tercer paso, a partir de las categorías *codificadas cuantitativamente* se conformó una base de datos, y *se desarrollaron análisis estadísticos* que permitieron hacer una caracterización de las quejas, la descripción de su perfil técnico (capítulo 11) y de los patrones de queja (capítulo 12). En esta modalidad el *análisis de contenido* sirvió como *punto* entre la *metodología cualitativa y la cuantitativa*.^{49,50,51}

En las Figuras 1 y 2 se resumen los pasos seguidos dentro de la metodología cualitativa y cuantitativa respectivamente, los cuales se describen a continuación.

➤ *Metodología cualitativa*

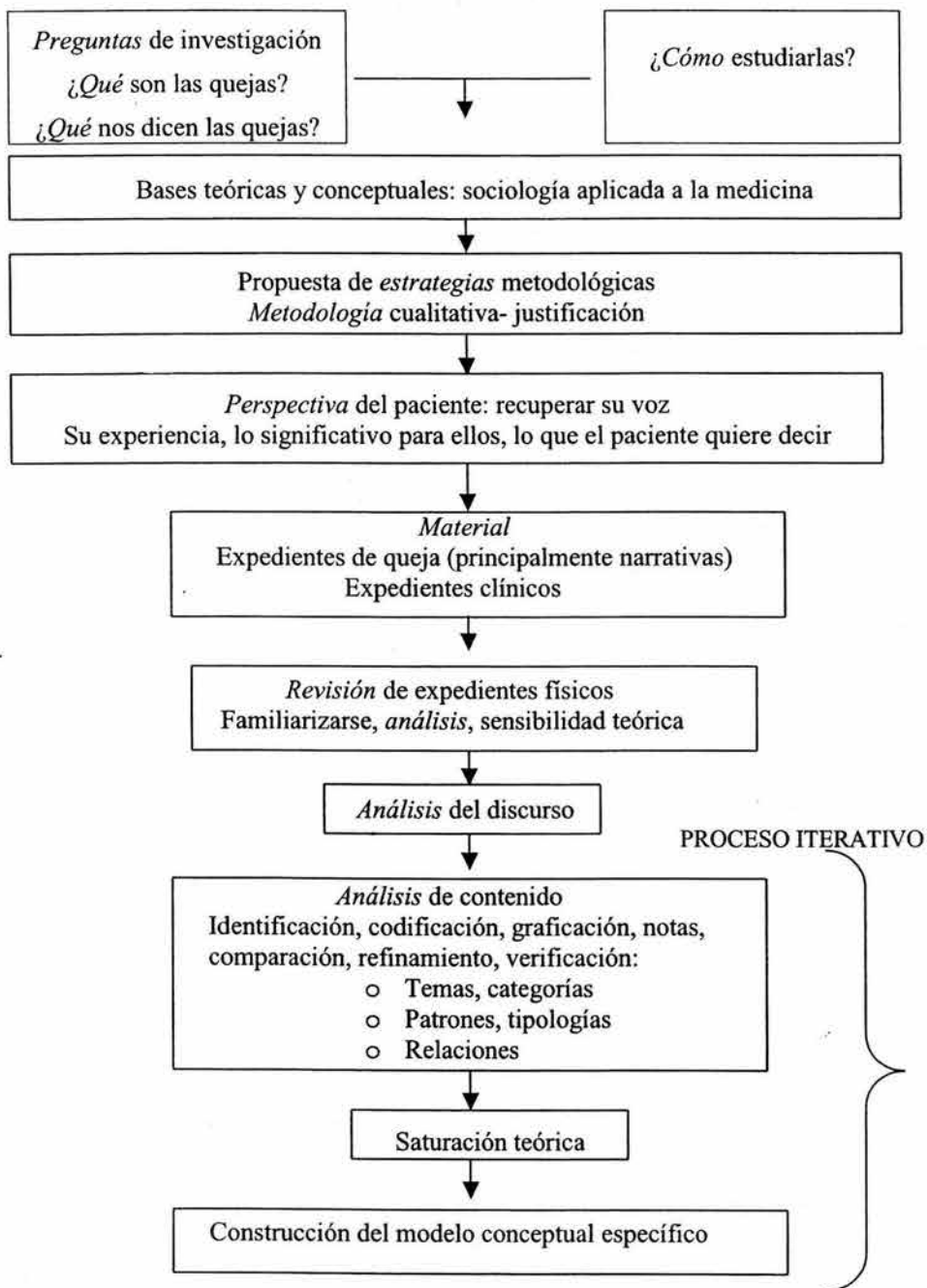
En este trabajo la metodología cualitativa no se utilizó simplemente como una herramienta para recolectar la información sino como parte del proceso de análisis y elaboración sociológica que caracteriza este estudio.⁵²

Las dos grandes preguntas de investigación fueron ¿Qué son las quejas? y ¿Qué nos dicen las quejas? A partir de una *lógica inductiva*, se inició la exploración del material buscando identificar qué caracterizaba a las quejas (Figura 1). Se fueron encontrando

“*categorías menores*” que fueron generando una cadena de supuestos e hipótesis. Éstos se desarrollaron a partir del análisis de regularidades, significados y situaciones recurrentes encontradas en las quejas. Paulatinamente, la información se revisó y codificó en términos de conceptos en diferentes niveles. Se regresó al material original cuantas veces fue necesario en un proceso iterativo entre el material original, las ideas y los conceptos. La revisión sistemática del material original se detuvo en el momento en que ya no se encontraron más elementos que alimentaran la descripción y comprensión de los fenómenos. Es decir, cuando se consideró haber obtenido la saturación teórica posible mediante los expedientes de queja.

En su primera etapa, la información de los expedientes de queja se sistematizó mediante registros en *diagramas* de los elementos del proceso de búsqueda de ayuda (el padecimiento, las fuentes de atención, los resultados, los actores, etc.),⁵³ ya sea por medio de diagramas de flujo o reconstruyendo los procesos con el estilo de los dendogramas usados en los modelos de decisión etnográfica, en los cuales las alternativas de acción fueron las experiencias narradas.⁵⁴ Conforme se tuvo más conocimiento de las características del material, los diagramas se hicieron más refinados y sofisticados. A dichos esquemas se les agregaron gradualmente los factores y problemas de la atención reportados por los usuarios en cada etapa de atención.

FIGURA 1: METODOLOGÍA CUALITATIVA



La estrategia de elaboración de *diagramas* utilizada para analizar la información en la fase cualitativa de la investigación fue de gran *utilidad para el desarrollo de los esquemas de los modelos conceptuales*. Dos características de las quejas médicas facilitaron este paso. En primer lugar, *los problemas* estudiados son *procesos*, es decir las quejas narran la evolución de enfermedades y tratamientos *en el tiempo*. En segundo lugar, las quejas son *narraciones* de eventos que ya sucedieron y que el paciente reconstruye buscando transmitir la intencionalidad (que él ve) de las conductas narradas, motivo por el cual necesariamente toma en cuenta y refiere la secuencia temporal de los hechos y acciones del personal que le brindó la atención médica.⁵⁵ Es decir, las quejas son narraciones que contienen atribuciones de causalidad de los problemas de calidad, razón por la cual necesariamente son presentadas en términos cronológicos, situación que facilita su graficación para el análisis. En tercer lugar, la aplicación de los lineamientos de la teoría fundamentada sobre las representaciones gráficas para el análisis facilitó el proceso de refinamiento continuo de los diagramas conforme se profundizó en los casos.^{56,57} Este mecanismo gráfico agilizó mucho el análisis, el ordenamiento y la síntesis de la información.

En el material original (quejas) y en el generado después de las transcripciones analíticas se hizo énfasis especial en la *búsqueda de posibles patrones y tipologías* subyacentes que surgieran de las quejas. Las *tipologías* de situaciones, problemáticas, procesos, secuencias, etc. han sido uno de los objetivos centrales en el análisis de las quejas.⁵⁸ Posteriormente, poco a poco *la información se reagrupó de acuerdo con sus propiedades y dimensiones* para facilitar su análisis.⁵⁹ Se organizaron categorías teóricas explicativas más generales que constituyeron las “*categorías conceptuales mayores*” y se plantearon las posibles *relaciones* entre ellas. A partir de este material se elaboró el *modelo conceptual* que se presenta en el capítulo 10. Algunas de las hipótesis que se derivan del modelo conceptual se comprueban estadísticamente en los capítulos 11 y 12.

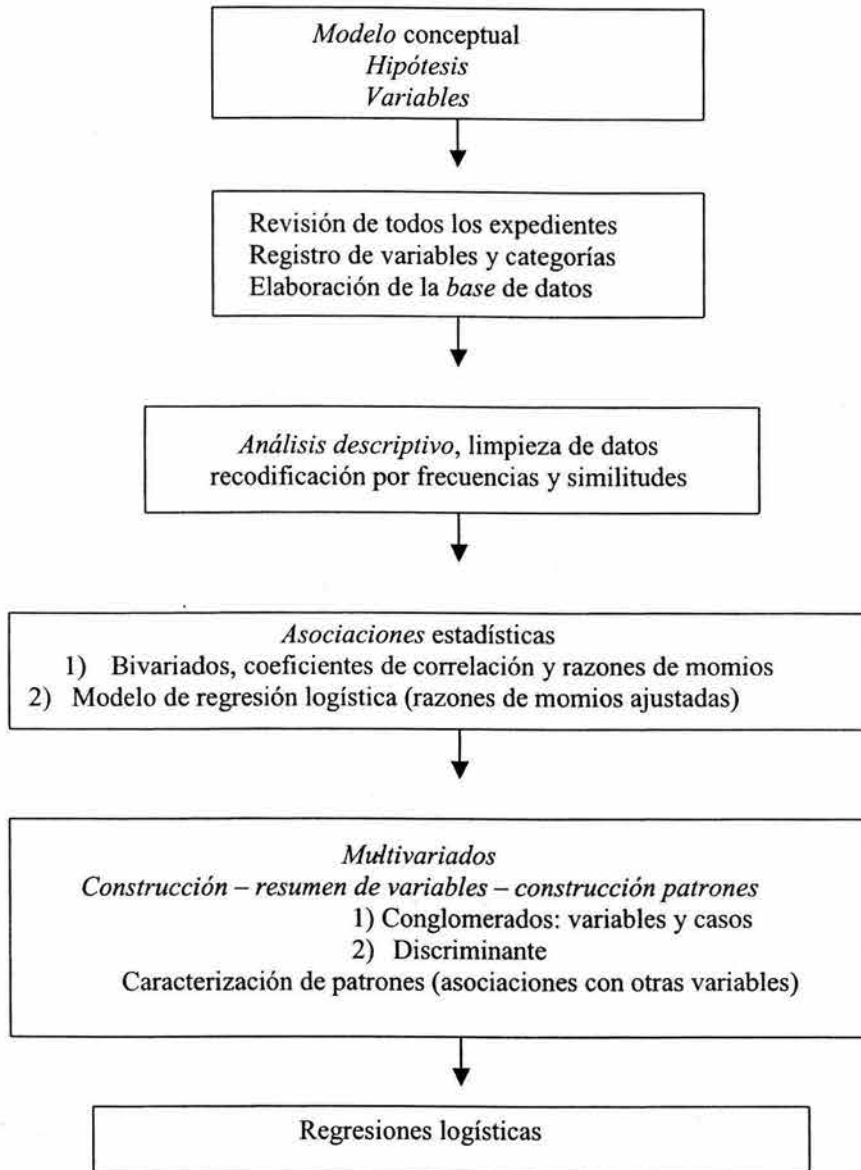
➤ Metodología cuantitativa

Para la fase de aplicación de metodología cuantitativa se revisaron nuevamente todos los expedientes bajo estudio, con el objeto de registrar los factores identificados en la fase cualitativa. Los indicadores de las variables estuvieron constituidos por el tipo y rango de variabilidad que surgió de los conceptos en el análisis cualitativo de las narraciones. A las variables e indicadores se les asignaron códigos numéricos, constituyéndose así la base de datos.

Las bases de datos fueron inicialmente sometidas a un proceso de limpieza y análisis de frecuencias simples. Aquellos indicadores con frecuencias inadecuadas para análisis estadísticos fueron reclasificadas por similitudes de significados. Los análisis bivariados apoyaron este proceso además de su utilidad para la descripción de asociaciones simples. En algunos casos se llevaron a cabo análisis multivariados para resumir las variables e identificar agrupaciones empíricas.⁶⁰ Esto se llevó a cabo principalmente mediante análisis de clusters y discriminante, ya que por lo general se contó con variables categóricas.⁶¹ Este proceso permitió construir conceptos complejos por medios empíricos. Finalmente, en algunos casos se hicieron análisis de regresión logística para predecir ciertas variables dependientes, o bien para desarrollar o confirmar patrones asociados con variables específicas dentro de los modelos conceptuales.

En conclusión, las estrategias metodológicas planteadas no consistieron en la agrupación al azar de un conjunto de técnicas aisladas. Para construir el proceso metodológico *sui generis* mediante el cual se estudiaron las quejas médicas desde la perspectiva del usuario, se requirió desarrollar el planteamiento de un estado del arte basado en los antecedentes nacionales e internacionales disponibles, el desarrollo de un mapa conceptual para la ubicación y planteamiento del problema de estudio, así como del enfoque desde el cual abordarlo y, finalmente, la identificación del conjunto de métodos de investigación congruentes con los lineamientos teórico-metodológicos del fenómeno estudiado.

FIGURA 2: METODOLOGÍA CUANTITATIVA



Referencias

- ¹ Grbich C. *Qualitative research in health*. Londres: SAGE, 1999. p. 5.
- ² Fitzpatrick R, Boulton M. Qualitative methods for assessing health care. *Quality in Health Care* 1994; 3:107-113.
- ³ Maciejewski M, Kawiecki J, Rockwood T. Satisfaction. En: Kane RL, ed. *Understanding health care outcomes research*. Gaithersburg, Maryland: Aspen, 1997. p. 67-89.
- ⁴ Brazier M. *Medicine, patients and the law*. Londres: Penguin Books, 1992. p. 367.
- ⁵ Gillett G. Clinical medicine and the quest for certainty. *Soc Sci & Med* 2004; 58:727-738.
- ⁶ Pearlin L. Structure and meaning in medical sociology. *Journal of Health and Social Behavior* 1992;33:1-9.
- ⁷ Allsop J, Mulcahy L. *Regulating medical work*. Buckingham: Open University Press, 1996. p. 92.
- ⁸ Infante C, Abreu LF, Reyes-Lagunes I. Las quejas de los pacientes: Objetividad de los indicadores subjetivos de la calidad de la atención médica. *Revista de Psicología Social y Personalidad* 1998;14 (2):173-191.
- ⁹ Baron-Epel O, et al. Evaluation of the consumer model: relationship between patients' expectations, perceptions and satisfaction with care. *International Journal of Quality in Health Care* 2001; 13 (4):317-323.
- ¹⁰ Martínez C. Introducción al trabajo cualitativo de investigación. En: Szasz I, Lerner S, comps. *Para comprender la subjetividad*. México: El Colegio de México, 1999. p. 51.
- ¹¹ McLean A. Empowerment and the psychiatric consumer/ex/patient movement in the United States: Contradictions, crisis and change. *Soc Sci & Med* 1995; 40 (8):1053-1071.
- ¹² Sharpe V, Faden A. *Medical harm*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
- ¹³ CONAMED. *V Informe anual de labores 2000*. México: CONAMED, 2001. p. 21-22.
- ¹⁴ Mulcahy L, Tritter J. Hidden depths. *Health Services Journal* 1994 Jul 24-26. Citado en: Allsop J, Mulcahy L. *Regulating medical work*. Buckingham: Open University Press, 1996. p. 189-190.
- ¹⁵ Illich I. *Némesis médica*. México: Joaquín Mortíz, 1978.
- ¹⁶ Cockermaqn W, Ferris JR. *Dictionary of medical sociology*. Westport, Connecticut: Greenwood Press, 1997. p. 86.
- ¹⁷ Casa Madrid O. La medicina en el siglo XXI y el derecho sanitario. En: Tena C, Sánchez J. (eds) *Memoria del simposio. La comunicación como reto actual y futuro del profesional de la salud*. México: Ed. Piensa. 2003. p. 39-40.

-
- ¹⁸ Scambler G. Habermas and the power of medical expertise. En: Scambler G. (ed) *Sociological Theory and Medical Sociology*. London: Tavistock, 1987. p. 165-193.
- ¹⁹ Ruelas E. La comunicación en la calidad de la gestión médica. En: Tena C, Sánchez J. (eds) *Memoria del simposio. La comunicación como reto actual y futuro del profesional de la salud*. México: Ed. Piensa. 2003. p. 17.
- ²⁰ Mechanic D. Sociological dimensions of illness behavior. *Soc Sci & Med* 1995; 41 (9):1207-1216.
- ²¹ Barry CA, Stevenson FA, Britten N, Barber N, Bradley C. Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Soc Sci Med* 2001; 53 : 487-505.
- ²² Tena C. La comunicación humana y la relación médico-paciente. En: Tena C, Sánchez J. (eds) *Memoria del simposio. La comunicación como reto actual y futuro del profesional de la salud*. México: Ed. Piensa. 2003. p. 24.
- ²³ Greene. 2001. Citado en: Sánchez J, González F. Reflexiones sobre los efectos de la medicina a la defensiva en la relación médico-paciente. En: Tena C, Sánchez J. (eds) *Memoria del simposio. La comunicación como reto actual y futuro del profesional de la salud*. México: Ed. Piensa. 2003. p. 81.
- ²⁴ Good BJ, Delvecchio MJ. The meaning of symptoms. En: Eisenberg L, Kleinman A, eds. *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht: Reidel Publishing, 1985. p. 171.
- ²⁵ Feinstein A. An analysis of diagnostic reasoning [Parts I and II]. *Yale J. of Biology and Medicine* 1973; 46:212-283. Citado en: Good BJ, Delvecchio MJ. The meaning of symptoms. En: Eisenberg L, Kleinman A, eds. *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht: Reidel Publishing, 1985. p. 171.
- ²⁶ Good BJ, Delvecchio MJ. The meaning of symptoms. En: Eisenberg L, Kleinman A, eds. *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht: Reidel Publishing, 1985. p. 171.
- ²⁷ Mechanic D. Sociological dimensions of illness behavior. *Soc Sci & Med* 1995; 41 (9):1207-1216.
- ²⁸ Graham H, Oakley A. Competing ideologies of reproduction: medical and maternal perspectives on pregnancy. En: Roberts H. (ed) *Women, Health and Reproduction*, London: Routledge & Kegan Paul, 1981. Citado en: Scambler G. Habermas and the power of medical expertise. En: Scambler G. (ed) *Sociological Theory and Medical Sociology*. London: Tavistock, 1987. p. 184-185.
- ²⁹ Waitzkin H, Britt T, Williams C. Narratives of aging and social problems in medical encounters with older persons. *Journal of Health and Social Behavior* 1994;35:322-348. Citado en: Bernard R. *Research methods in anthropology*.

Qualitative and quantitative approaches. 3rd. edition. Walnut Creek, CA: Altamira Press, 2002. p. 461.

- ³⁰ Waitzkin H. The politics of medical encounters: How patients and doctors deal with social problems. New Haven: Yale University Press, 1991. p. 32- 8.
- ³¹ Busby H, Williams G, Rogers A. Bodies of knowledge: Lay and biomedical understandings of musculoskeletal disorders. En: Elston MA, ed. The sociology of medical science and technology. Oxford: Blackwell Publishers, 1997. p. 79-99.
- ³² Jewson N. The disappearance of the sick man from medical cosmology: 1770-1870. *Sociology* 1976; 10:224-244. Citado en: Busby H, Williams G, Rogers A. Bodies of knowledge: Lay and biomedical understandings of musculoskeletal disorders. En: Elston MA, ed. The sociology of medical science and technology. Oxford, Blackwell Publishers, 1997. p. 79-99.
- ³³ Pasveer B. Knowledge of shadows: the introduction of X-ray images in medicine. *Soc Sci & Med* 1989; 42(5):759-768. Citado en: Busby H, Williams G, Rogers A. Bodies of knowledge: Lay and biomedical understandings of musculoskeletal disorders. En: Elston MA, ed. The sociology of medical science and technology. Oxford: Blackwell Publishers, 1997. p. 79-99.
- ³⁴ Armstrong D. The patient's view. *Soc Sci & Med* 1984;18:737-744.
- ³⁵ Stacey M. The sociology of health and healing. Londres: Routledge, 1995. p. 173-174.
- ³⁶ Allsop J, Mulcahy L. Regulating medical work. Buckingham: Open University Press, 1996. p. 194-195.
- ³⁷ Allsop J, Mulcahy L. Regulating medical work. Buckingham: Open University Press, 1996. p. 168.
- ³⁸ Summerton p 27, 1995. Citado en: Sánchez J. González F. Reflexiones sobre los efectos de la medicina a la defensiva en la relación médico-paciente. En: Tena C, Sánchez J. (eds) Memoria del simposio. La comunicación como reto actual y futuro del profesional de la salud. México: Ed. Piensa. 2003. p. 80.
- ³⁹ Tena C. La comunicación humana y la relación médico-paciente. En: Tena C, Sánchez J. (eds) Memoria del simposio. La comunicación como reto actual y futuro del profesional de la salud. México: Ed. Piensa. 2003. p. 26.
- ⁴⁰ Atkinson P. Narrative turn or blind alley? *Qualitative Health Research* 1997; 7(3):325-344. Citado en: Bell S. Experiencing illness in/and narrative. En: Bird C, Conrad P, Fremont A, eds. Handbook of medical sociology. Nueva Jersey: Prentice Hall, 2000. p. 184-199.
- ⁴¹ Bell S. Experiencing illness in/and narrative. En: Bird C, Conrad P, Fremont A, eds. Handbook of medical sociology. Nueva Jersey: Prentice Hall, 2000. p. 184-199.
- ⁴² Good BJ, Good MD. In the subjunctive mode: Epilepsy narratives in Turkey. *Soc Sci Med* 1994; 38 (6):835-42. Citado en: Bell S. Experiencing illness in/and narrative. En: Bird C, Conrad P, Fremont A, eds. Handbook of medical sociology. Nueva Jersey: Prentice Hall, 2000. p. 184-199.

-
- ⁴³ Frank A. The standpoint of storyteller. *Qualitative health research* 2000; 10(3):354-365.
- ⁴⁴ Martínez C. Introducción al trabajo cualitativo de investigación. En: Szasz I, Lerner S, comp. *Para comprender la subjetividad*. México: El Colegio de México, 1999. p. 41.
- ⁴⁵ Castro R. En busca del significado: supuestos, alcances, y limitaciones del análisis cualitativo. En: Szasz I, Lerner S, comp. *Para comprender la subjetividad*. México: El Colegio de México, 1999. p. 70-74.
- ⁴⁶ Charmaz K. Grounded theory. Objectivist and constructivist methods. En: Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: SAGE, 1994. p. 509-535.
- ⁴⁷ Boyle J. Styles of ethnography. En: Morse J, ed. *Critical issues in qualitative research methods*. Thousand Oaks: Sage, 1994. p. 159-185. p. 179.
- ⁴⁸ Walker S, McGeer A, Simor A, Armstrong-Evans M, Loeb M. Why are antibiotics prescribed for asymptomatic bacteriuria in institutionalized elderly people?: A qualitative study of physicians' and nurses' perceptions. *CMAJ* 163(3):273-277.
- ⁴⁹ Babbie E. Unobtrusive research. En: *The practice of social research*. 8 ed. Belmont, Ca: Wadsworth Publishing, 1998. p. 307-332.
- ⁵⁰ Carwright D. Análisis del material cualitativo. En: Festinger L, Katz D. *Los métodos de investigación en las ciencias sociales*. México: Paidós, 1993. p. 389-432.
- ⁵¹ Berg B. An introduction to content analysis. En: *Qualitative research methods for the social sciences*. Boston: Allyn and Bacon, 1998. p. 223-252.
- ⁵² Lambert H, McKeivitt C. Anthropology in health research: from qualitative methods to multidisciplinary. *BMJ* 2002; 325:210-213.
- ⁵³ Mechanic D. *Medical sociology*. Nueva York: The Free Press, 1978. p. 249-289.
- ⁵⁴ Bernard R. *Research methods in anthropology. Qualitative and quantitative approaches*. 3rd ed. Walnut Creek, CA: Altamira Press, 2002. p. 489-494.
- ⁵⁵ Miller T. Losing the plot: Narrative construction and longitudinal childbirth research. *Qualitative Health Research* 2000; 10(3): 309-323.
- ⁵⁶ Strauss A. Team meetings and graphic representations as memos. En: Strauss A. *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press. 1995. p. 149.
- ⁵⁷ Morse J, Field PA. *Qualitative research methods for health professionals*. Thousand Oaks, Ca: Sage, 1995. p. 27, 179.
- ⁵⁸ Taylor S, Bogdan R. *Introduction to qualitative research methods*. 3rd ed. Nueva York: John Wiley & Sons, 1998. p. 144.
- ⁵⁹ Fitzpatrick R, Boulton M. Qualitative methods for assessing health care. *Quality in health care* 1994; 3:107-113.

⁶⁰ Krippendorff K. Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica. Barcelona: Paidós, 1997. p. 169.

⁶¹ Hair J, Anderson R, Tatham R, Black W. Análisis multivariante. Madrid: Prentice Hall, 1999. p. 491-545.

IV PARTE: RESULTADOS

Capítulo 8. *La manifestación de quejas sobre la calidad de la atención médica
El caso de la CONAMED*

Capítulo 9. *En busca de la explicación de como se incorpora la insatisfacción
y la queja dentro del proceso de atención médica*

Capítulo 10. *Características de las quejas médicas por falta de oportunidad en
el tratamiento quirúrgico*

Capítulo 11. *Perfiles técnicos de las quejas, duplicación de servicios y
pretensiones de los usuarios*

Capítulo 12. *Patrones de queja por diferimiento quirúrgico: integración de la
perspectiva técnica y la del paciente*

Capítulo 8

La manifestación de quejas sobre la calidad de la atención médica.

El caso de la CONAMED

1) Creación y consolidación de la CONAMED

Antes de la constitución de la CONAMED en junio de 1996, no había existido en México ninguna experiencia de una institución conciliadora y sin atributos legales que permitiera recibir quejas de los usuarios con alguna insatisfacción sobre la atención médica -pública o privada- recibida y que buscara resolver los problemas manifestados por la vía de la conciliación y sin tener que llegar a un proceso judicial.¹

A ocho años de la creación de la CONAMED, la Consolidación del Arbitraje Médico constituye una de las líneas de acción de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, misma que se conforma como una de las estrategias del Programa Nacional de Salud 2001-2006. La política nacional al respecto busca privilegiar el reforzamiento del ejercicio de las profesiones para la salud, a la vez que garantice el respeto a los derechos del paciente, mediante la interpretación sistemática de los principios bioéticos de autonomía, beneficencia y justicia enfocados a la solución de los problemas que inciden en el Sistema Nacional de Salud. En la política de salud de la actual administración, se busca hacer valer los derechos de los pacientes, pero es de igual trascendencia, fomentar el respeto al juicio clínico, sin mayores límites que estar basado en la evidencia clínica y ser éticamente aceptable.²

Los objetivos actuales del programa de acción de CONAMED son: a) Fomentar la nueva cultura para la salud, evitar la medicina defensiva y garantizar el derecho a la protección de la salud. b) Instaurar una política preventiva del conflicto médico y ante la aparición del mismo, obtener la solución no litigiosa de controversias. c) Coadyuvar con las instancias de procuración e impartición de justicia, con elementos de análisis especializado para la correcta interpretación del acto médico. d) Realimentar al Sistema Nacional de Salud, especialmente a través de recomendaciones para la mejoría de la calidad y la educación médica.

A ocho años de su creación (junio de 1996 a julio de 2004), la Comisión ha atendido 118,662 asuntos con la siguiente distribución: 1) Orientación general a los usuarios (78,724 casos); 2) Asesoría sobre sus derechos y obligaciones, así como explicaciones técnicas referidas fundamentalmente a la evolución y tratamiento de la enfermedad (19,123 casos); 3) Recepción de inconformidades (quejas) encaminadas a ser resueltas: a) por medio de una gestión inmediata, (lo cual muchas veces es vía telefónica, e.g. diferimiento de la atención, negativa de servicio, etc) (5,174 casos); y b) por medio de la conciliación (12,046); y 4) Dictámenes periciales (3,595).³ La forma de solución de los asuntos atendidos en estos años muestra que a partir del 2001, se incrementa la proporción de asuntos atendidos por la vía de la gestión inmediata y disminuye la proporción de quejas resueltas vía la conciliación (Cuadro 1). Esta situación es producto de varios factores, entre ellos, el aprendizaje de los usuarios a recurrir a la CONAMED para agilizar trámites sencillos de atención médica, y el mejoramiento en la identificación y atención de inconformidades de solución inmediata en CONAMED, entre otros factores.

Cuadro 1

* FORMA DE SOLUCION DE LOS ASUNTOS ATENDIDOS* EN CONAMED
Junio de 1996 a julio de 2004

Formas de solución	1996-2000		2001		2002		2003		Ene-jul 2004		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Gestiones inmediatas	2,163	37.1	738	48.1	862	59.4	941	56.2	470	50.3	5,174	45.3
Conciliaciones (quejas)	3,557	61.0	763	49.7	570	39.3	704	42.1	447	47.9	6,041	52.9
Arbitrajes	113	1.9	33	2.2	19	1.3	29	1.7	17	1.8	211	1.8
Total	5,833	100	1,534	100	1,451	100	1,674	100	934	100	11,426	100

Fuente: <http://www.conamed.gob.mx/solucion.htm> (septiembre, 2004)

* Asuntos atendidos y solucionados

Respecto a los procedimientos de recepción de quejas, en el primer informe de la Comisión se mencionaba: “La recepción de asuntos requirió de la definición de criterios para la

adecuada interpretación de los supuestos de queja contemplados en nuestro Decreto de Creación, así como la evaluación de sus elementos constitutivos que en conjunto permitieran la procedencia de su radicación”.⁴ Una queja presentada por el paciente o su representante, ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, es la manifestación formal de la percepción (por parte del paciente o de su representante) de una anomalía en la prestación de servicios médicos recibidos. Para que la queja pueda ser admitida en la CONAMED, ésta debe cumplir con los criterios establecidos en el Decreto de Creación de la Comisión, misma que asume la queja como una “presunta anomalía en la prestación de servicios médicos”. Es decir, el primer paso es analizar si procede o no la queja, interpretarla y evaluar sus elementos. Esta evaluación se efectúa desde el punto de vista médico y jurídico *a la vez*, mediante una primera entrevista del usuario con un médico y un abogado. Después de ver si procede la queja, estos últimos redactan la queja a partir de la descripción de los hechos que proporciona el usuario y de las pretensiones que solicita. Posteriormente el usuario lee *su queja* y la firma.⁵

La información que los pacientes o representantes manifiestan como queja se conforma en un texto médico-legal, de manera tal que permita que cada queja manifestada se traduzca en una solicitud de solución concreta particular a cada caso. En esta forma, se inicia el proceso de atención de la queja, el cual continúa con el análisis de los casos, la negociación entre las partes, la conclusión y el seguimiento.

Por su parte, la investigación sobre los que nos dicen las quejas médicas sigue otras rutas, hasta ahora principalmente médicas y jurídicas. Uno de los fines de este trabajo es proponer un nuevo enfoque de investigación a partir de la recuperación de las teorías sociales y metodologías específicas orientadas a estudiar aquello que nos dicen las quejas desde la perspectiva de los pacientes.

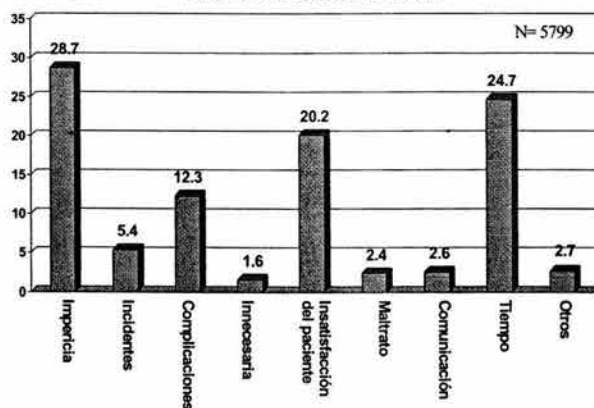
2) Algunos indicadores de lo que nos dicen los usuarios en las quejas de la CONAMED

A fin de tener un panorama general de las características y naturaleza de la información de las quejas que se presentan en CONAMED, se analizaron las asociaciones entre tres aspectos de las quejas: los *motivos principales de queja*, la *fase de la atención* médica en donde se ubica la queja y el *tipo de servicio* de salud (institución pública, privada,

seguridad social) al que pertenecen los pacientes que presentan las quejas. Es importante recordar que la variable “motivo de queja” se refiere al *motivo por el cual se quejan los usuarios* y no la incidencia de problemas médicos encontrados en los análisis técnicos de las quejas.

Para este análisis se incluyeron *todas* las *quejas* interpuestas en la Comisión en sus primeros 3 años de trabajo: enero de 1997 a diciembre de 1999, en los cuales se atendieron 5,799 quejas.⁶ Este análisis se llevó a cabo seleccionando y recodificando las tres variables mencionadas, a partir de la información del Sistema de Atención de Quejas de la CONAMED.⁷ La base de datos incluyó únicamente aquellos asuntos de la Comisión que se referían a *quejas radicadas*. Es decir, no se incluyen las asesorías, los casos solucionados por vía de gestiones inmediatas y los dictámenes periciales.

FIGURA 1
MOTIVO PRINCIPAL DE QUEJA
Porcentajes
Enero 1997 a diciembre 1999



Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED)

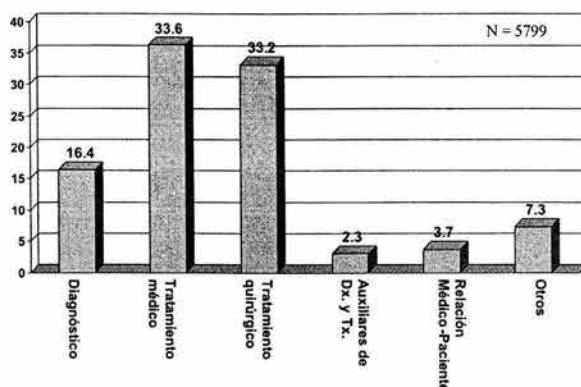
La Figura 1 muestra la distribución de las quejas en los nuevos grupos de motivos principales reportados por los usuarios a la Comisión: impericia, incidentes, complicaciones, procedimientos innecesarios, insatisfacción del paciente, maltrato, problemas de comunicación, problemas asociados a la oportunidad de la atención, otros. De esta agrupación se identifican tres grandes grupos: a) los primeros cuatro motivos de queja

están asociados con características *técnicas* de la pericia y desempeño *médico* (48%), en los siguientes tres rubros los *usuarios* ubican más el problema en el aspecto *interpersonal* (25.2%). El último motivo son los problemas relacionados con la *oportunidad* de la atención (*e. gr.* tiempo) (24.1%). Estos últimos, incluyen decisiones técnicas sobre cuando indica el médico que se debe desarrollar el tratamiento, los cuales pueden estar asociados con problemas de incertidumbre en el diagnóstico o tratamiento y/o de competencia profesional del médico (impericia, negligencia). Sin embargo las decisiones técnicas también están directa o indirectamente afectadas por problemas *organizacionales* de los servicios de salud. Problemas tales como la saturación de los servicios, la falta de equipo, insumos, medicamentos, personal, etc., así como las políticas institucionales para indicar la urgencia de los procedimientos tienen una relación directa con la incidencia de esta problemática.

El motivo de queja más frecuente fue la impericia (28.7%). Los incidentes y accidentes se presentaron con una frecuencia del 5.4%. Las complicaciones derivadas de los tratamientos combinan problemas técnicos y complicaciones no técnicas (ej. tromboembolia pulmonar) y constituyeron el 12.3% de las quejas. En los problemas relacionados con procedimientos innecesarios se combinan decisiones técnicas y problemas éticos. Como se verá más adelante, este motivo de queja está sobre-representado en las cirugías, pero afortunadamente su frecuencia fue muy baja (1.6%). Los siguientes tres motivos de queja son motivos en donde la calidad de la relación médico paciente es central: insatisfacción, maltrato y problemas de comunicación, quejas que abarcan una cuarta parte del total de quejas. Finalmente, la figura muestra que el segundo motivo de queja, agrupando casi una cuarta parte de ellas (24.7%), fue el relativo a problemas de tiempo como es el negar, diferir y/o retrasar la atención médica.

En la Figura 2 se observan las diferencias en la distribución de las quejas por fase de la atención: diagnóstico, tratamiento médico, tratamiento quirúrgico, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, relación médico-paciente, otros. Casi una quinta parte fueron quejas que los usuarios ubican en la fase de diagnóstico (16.4%), dos terceras partes en el tratamiento (33.6% tratamiento médico y 33.2% tratamiento quirúrgico), 2.3% en auxiliares de diagnóstico y tratamiento, 3.7% en relación médico-paciente y 7.3% en otros.

FIGURA 2
FASE DE LA ATENCION EN LA QUE SE UBICAN LAS QUEJAS
Porcentajes
Enero 1997 a diciembre 1999



Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED)

3) Relación entre los motivos de queja y la fase de la atención médica

El Cuadro 2 muestra las asociaciones que aparecen cuando se analiza la relación entre la fase de la atención médica y los motivos de queja (X^2 866.78 $p < .0001$). Dentro de las quejas identificadas en el tratamiento médico, predominaron: a) los problemas de impericia (35.3%); la insatisfacción de los pacientes (38.6%) y los problemas relacionados a la oportunidad del tratamiento (22.7%). De las quejas ubicadas dentro del tratamiento quirúrgico: a) más de una quinta parte (21.6%) se debió a problemas interpersonales; b) 23.8% se identifica dentro de complicaciones; y c) 15.9% fueron incidentes dentro de la cirugía. En lo anterior resalta que los problemas de impericia se identificaron y reportaron con una frecuencia 3.2 veces mayor en el tratamiento médico que en el tratamiento quirúrgico (35.3% vs 10.9%). Los otros tres problemas técnicos fueron mucho más frecuentemente reportados por los usuarios en el tratamiento quirúrgico comparado con el tratamiento médico: incidentes 15.9% vs 0.4%, complicaciones 23.8% vs 8.8%, y procedimientos innecesarios 4.1% vs 0.8%. Es posible que los accidentes y complicaciones sean más reportados en las cirugías que en otros procesos de atención porque los pacientes y sus familias no pueden ver el proceso quirúrgico y no tienen los elementos para juzgar lo que sucedió. Esto hace que no tengan más elementos de juicio que los resultados y/o la

información que obtienen del cirujano quien posiblemente explica los problemas en términos de complicaciones ajenas a la pericia, o cuando las evidencias son insalvables, se habla de accidentes. Por ejemplo, los casos en que requiere volver a operar para retirar gasas o instrumentos olvidados.

Los pacientes se quejan más por problemas interpersonales en la fase de tratamiento médico (38.6%) que en tratamiento quirúrgico (21.6%). Los problemas de oportunidad del tratamiento tienen una representación 47% mayor en los tratamientos quirúrgicos comparados con los médicos (23.7% vs 16.1%).

Cuadro 2
QUEJAS UBICADAS EN LA FASE DE TRATAMIENTO POR
MOTIVO PRINCIPAL DE LA QUEJA
Enero 1997 a diciembre 1999
(Distribuciones porcentuales)

MOTIVO PRINCIPAL DE LA QUEJA	TIPO DE TRATAMIENTO		
	Tratamiento médico	Tratamiento quirúrgico	TOTAL
Impericia	35.3	10.9	23.7 (944)
Incidentes	0.4	15.9	7.8 (309)
Complicaciones	8.8	23.8	15.9 (634)
Procedimientos innecesarios	0.8	4.1	2.3 (93)
Problemas interpersonales	38.6	21.6	30.6 (1216)
Oportunidad de la atención	16.1	23.7	19.7 (783)
TOTAL	100 (2092)	100 (1889)	100 (3979)

(Los números absolutos están entre paréntesis) X^2 866.78 $p < .0001$
Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

En relación a las quejas que se ubican en la fase de *diagnóstico* (19.3%), se encontró que el 72.8% se concentra en problemas de impericia y 26.7% en problemas de diagnóstico oportuno (información no incluida en el cuadro). Resalta que prácticamente no se presentan quejas por problemas interpersonales en la fase de diagnóstico (3 quejas en total).

Comparando con los resultados arriba mencionados, estas cifras revelan que los pacientes se quejan de problemas de impericia con una frecuencia 6.7 veces mayor para la fase de diagnóstico que para la de tratamiento quirúrgico (72.8% vs 10.9%) y 3.2 veces más frecuentemente en relación a la fase de tratamiento médico (35.3% vs 10.9%). Estos resultados parecen estar señalando que cuando los pacientes no obtienen los resultados esperados en la atención médica, sólo algunos ubican el problema en el tratamiento, pero otros posiblemente buscan otras fuentes de atención en donde son informados que la falta de resultados positivos provino no del tratamiento sino de un diagnóstico erróneo.

Sólo el 2.3% del total de quejas se ubicó en la fase de *auxiliares de diagnóstico y tratamiento*. Sin embargo hay que resaltar que el motivo de queja de 59.3% de estas quejas se debió a problemas de oportunidad de la atención. Esta información nos orienta a suponer que son problemas administrativos en cuando a la disponibilidad de recursos los que están provocando la mayor parte de la insatisfacción de los usuarios en este aspecto de la atención.

4) Relación entre los motivos de queja y los tipos de servicio

También se buscó la asociación entre el contexto en donde los usuarios recibieron la atención y los motivos de queja (Cuadro 3). En este análisis el contexto o tipo de servicio (privado, público o de seguridad social) se entiende como un indicador de tipo de práctica médica y de tipo de usuario que atiende a cada uno de ellos. El tipo de contexto de atención médica expone a los médicos a diferentes riesgos práctica médica y de insatisfacción con la atención recibida. Adicionalmente, los diferentes tipos de servicios atienden distintos perfiles de pacientes, diferencias dadas en nuestro país principalmente por el status laboral (empleado o no empleado) asociado a la derechohabencia y al nivel socio-económico.

Los resultados muestran que el contexto de la práctica médica está asociado a riesgos distintos según la fase de la atención en la cual se ubica la queja radicada, así como a los diferentes motivos de queja que reporta el usuario. Del total de quejas, el 70.4% provino de usuarios de instituciones de seguridad social. Esta cifra es similar a la de la cobertura poblacional de las instituciones de seguridad social en el país, la cual como es sabido, incluye únicamente a los trabajadores con un empleo en la economía formal.

Cuadro 3
MOTIVO PRINCIPAL DE QUEJA POR TIPO DE SERVICIO DE SALUD
 Enero 1997 a diciembre 1999
 Distribuciones porcentuales

MOTIVO PRINCIPAL DE QUEJA		TIPO DE SERVICIO DE SALUD				
		Servicio público	Seguridad social	Privado	TOTAL	
TECNICO	1. Impericia	19.5	30.3	26.7	28.7	100 (1661)
	2. Incidentes	8.7	4.7	6.4	5.4	100 (311)
	3. Complicaciones	18.8	10.4	16.0	12.3	100 (711)
	4. Innecesario	1.4	0.8	4.4	1.6	100 (94)
INTER-PERSONAL	5. Insatisfacción del paciente	16.0	16.3	33.8	20.2	100 (1168)
	6. Maltrato	4.9	2.4	1.6	2.4	100 (137)
	7. Comunicación	6.4	2.4	1.9	2.6	100 (151)
8. Tiempo		17.2	30.6	5.9	24.1	100 (1398)
9. Otros		7.1	2.1	3.3	2.7	100 (159)
TOTAL		100 7.3% (425)	100 70.3% (4078)	100 22.2% (1287)	100 100% (5790)	100 (5790)

(Los números absolutos están entre paréntesis)

X^2 636.31

$p < .0001$

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Esta comparación porcentual de las quejas y coberturas no es posible hacerla para los servicios públicos ni privados, puesto que en estos dos casos la cobertura no tiene restricciones de derechohabencia sino que depende de otras características poblacionales como son las socioeconómicas y culturales.

Las cifras en el Cuadro 3 permiten ver algunas de las características de los perfiles de quejas asociados con cada tipo de servicio. Comparando con los servicios de seguridad social y privados, los médicos de instituciones públicas tienen mayores riesgos de quejas debidas a incidentes y accidentes, complicaciones, problemas de comunicación usuario-proveedor y maltrato al paciente, (8.7%, 18.8%, 6.4%, 4.9% respectivamente). La alta proporción de estos tres tipos de problemas nos orientan a asumir que el status socioeconómico de estos pacientes está teniendo un efecto en lo que identifican y como perciben de los servicios médicos recibidos. Esto es, la probabilidad de identificar problemas de impericia como parte del proceso de atención es muy baja. Parece ser que para ellos, es más fácil identificar los problemas derivados de los 'resultados' de la atención y percibirlos, no como problemas de pericia, sino de complicaciones y/o accidentes.

Se puede pensar que la alta incidencia de quejas debidas a problemas de comunicación en los servicios públicos está asociada a las diferencias culturales entre el muy bajo nivel socioeconómico de los pacientes y el nivel de especialización de los proveedores de atención, junto con características organizacionales de la atención médica, cuya complejidad y lógica no es fácilmente comprensible para el público.

Las instituciones de seguridad social tienen riesgos mayores de quejas debidos a problemas de pericia (30.3%) y problemas derivados de la oportunidad de la atención (30.6% de atención negada o retrasada). Se puede asumir que la cultura burocrática, así como la presión de los controles administrativos al personal junto con la demanda excesiva en estas macro instituciones son factores que afectan seriamente el de desempeño técnico e interpersonal, además de que a través de los años que ha venido funcionando la CONAMED, los derechohabientes han encontrado que una de las formas de agilizar la atención es a través de quejas.

La alta proporción de quejas por problemas de oportunidad de la atención en instituciones de seguridad social y públicas (30.6% y 17.2%) posiblemente está asociada con la relación entre recursos disponibles y exceso de demanda de atención. Sin embargo, el exceso de quejas por este

motivo en la seguridad social (30.6%) podría deberse más bien a complejidades organizacionales adicionales, ya que, en términos generales, las instituciones de seguridad social tienen más recursos que las públicas para la atención médica.

Los servicios y médicos privados se caracterizan por otro patrón de riesgo de quejas de los usuarios. Primero tenemos los problemas de pericia. Al respecto debe observarse que la incidencia de este motivo de queja es alto en todos los servicios, pero probablemente las variables asociadas a cada una de ellas son distintas. La presión de la alta demanda en los servicios públicos y de seguridad social puede asociarse con riesgos de errores médicos y negligencia. Además los médicos institucionales están y se sienten de alguna manera protegidos por la impersonalidad de la complejidad del mismo sistema de atención. En la práctica privada, las quejas por impericia pueden estar asociadas con la baja tasa de referencias de los médicos que no desean perder a sus clientes y desarrollan prácticas que no dominan. Adicionalmente no asombra encontrar que, en comparación con los institucionales, los médicos privados tienen un riesgo más de tres veces mayor de quejas debidas a procedimientos innecesarios (4.4% vs 0.8% y 1.4%). Finalmente, los médicos privados tienen menor probabilidad de ser demandados por maltrato o problemas de comunicación, pero tienen un riesgo más de dos veces mayor de demandas debidas por insatisfacción de los pacientes (33.8%), comparados con los médicos de la seguridad social (16.0%) y de servicios públicos (16.3%). Posiblemente esto se debe a que las expectativas de los pacientes en los servicios privados son superiores que en el resto de los servicios.

5) Conclusiones

Con el análisis de las quejas de los primeros tres años de funcionamiento de la CONAMED se puede identificar que los motivos de queja están asociados a factores organizacionales y del tipo de práctica médica. Las quejas de usuarios de la práctica médica privada están más asociadas a problemas éticos, mientras que las quejas de los usuarios de los médicos institucionales están más asociadas a las cargas de trabajo, la insuficiencia de recursos, las características organizacionales de la atención médica y posiblemente del efecto de estos contextos institucionales en el desempeño de los médicos.

Una buena parte de las quejas no son atribuibles única o principalmente a la actuación de médicos sino a *factores organizacionales*. Cabe señalar que muchos de éstos problemas pueden

no ser percibidos o catalogados como problemas de calidad de la atención desde la perspectiva técnica de los prestadores de servicios. Sin embargo la perspectiva de los usuarios experimentando ‘desde fuera’ los efectos de la organización de la atención médica (planeada ‘desde dentro’), detecta con mayor precisión ciertos factores de calidad desde el punto de vista del consumidor. Asimismo, la sola identificación de la complejidad de los procesos de atención que narran los usuarios al registrar sus quejas en la Comisión permite postular que una de las características de la perspectiva de los usuarios es que identifican en forma mas integral los problemas derivados de la organización de la atención dentro y entre las unidades de atención a la salud. Por ejemplo, el sistema de referencia y contra-referencia está diseñado para racionalizar y estructurar la transferencia de los pacientes entre los niveles de atención. Sin embargo, el usuario puede percibir estos cambios como una incapacidad del sistema para resolver su problemática y puede juzgarlos como una barrera en cada uno de estos tránsitos para obtener la atención. Esto es el resultado del choque entre los pacientes que operan desde un principio de realidad y pragmatismo ante un complejo sistema de salud centrado en sí mismo (y no en el paciente) y en mantener su integralidad organizacional, muchas veces por encima de las necesidades de los usuarios.

De los resultados descritos se puede derivar un último punto teórico-metodológico de importancia nodal para ir más allá en la comprensión de las quejas de los usuarios. Este análisis utilizó únicamente el motivo principal de cada queja y nos da un panorama general del tipo de información que nos proporcionan los usuarios en las quejas. Sin embargo, la problemática de los casos de CONAMED es mucho mas compleja, ya que en las quejas usualmente se relata mas de un problema percibido por el paciente, mismos que adicionalmente interactúan con otros factores asociados con el tipo de problema de salud que presentan y el servicio de salud en donde son atendidos. En consecuencia el análisis de las quejas médicas apunta hacia la necesidad de avanzar con metodologías más precisas y análisis mas elaborados de los contenidos de queja con el objeto de identificar que nos dicen los pacientes en las quejas médicas desde la perspectiva de los usuarios. Los siguientes capítulos se avocan a responder científicamente algunas de las preguntas de investigación derivadas de esta línea de investigación socio-médica.

Referencias

-
- ¹ De la Fuente JR. Presentación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Revista CONAMED 1996; 1: 4-6.
- ² Frenk J. Programa de consolidación del arbitraje médico. CONAMED. 2004. En: <http://www.conamed.gob.mx/cap1-1.htm>. Página consultada en septiembre de 2004.
- ³ <http://www.conamed.gob.mx/tipos.htm>. Página consultada en septiembre de 2004.
- ⁴ Una nueva forma de resolver los problemas en la práctica médica. Entrevista al Dr. Héctor Fernández Varela. Revista CONAMED 1997;1(2):5-8.
- ⁵ Moctezuma G. Derechos de los usuarios de los servicios de salud. México: Cámara de Diputados/UNAM, 2001. p. 150-151.
- ⁶ Una versión parcial de este análisis, incluyendo únicamente las quejas radicadas de junio de 1996 a julio de 1998, fue publicada en la revista Psicología Social y Personalidad 2000; 16:81-94.
- ⁷ Zepeda U. Sistema de atención de quejas médicas, SAQMED. Revista CONAMED 2000; 4 (3): 32-35.

Capítulo 9

En busca de la explicación de cómo se incorpora la insatisfacción y la queja dentro del proceso de atención médica¹

1) Antecedentes

La *medicalización* de la atención de quejas, así como la creencia común de que las quejas son eminentemente producto de errores o negligencia médicas ha desviado su comprensión y sus respuestas lejos de los mensajes de los pacientes. Una de las estrategias más adecuadas para analizar las experiencias de los pacientes es el uso de técnicas cualitativas bajo el enfoque de las ciencias sociales, y a partir de él, empezar a explicar como se interrelaciona la insatisfacción y la queja con el proceso de búsqueda de ayuda y utilización de servicios médicos, entre otros procesos sociales más generales.

A partir del análisis del contenido del discurso encontrado en las narraciones de las quejas en este capítulo se documentan algunos aspectos de la medicalización de las quejas y se describe la forma como va surgiendo la insatisfacción dentro del proceso de atención médica y cómo llega a conformarse en queja médica. En capítulos posteriores se complementan los resultados a partir de análisis cuantitativos de los elementos y procesos de la atención y de la insatisfacción que nos manifiestan los usuarios en sus quejas.

Fuera de la incipiente investigación cualitativa en salud en México, prácticamente no existe información que nos permita conocer las trayectorias que siguen los pacientes para atender sus problemas de salud dentro de nuestro país. Las quejas médicas tienen un gran valor para la investigación sobre los servicios de salud al menos por dos motivos: 1) Constituyen el punto de vista de los pacientes, quienes voluntariamente seleccionan y narran aquello que les parece relevante de su atención médica. A diferencia de interrogatorios médicos o entrevistas para investigación, la información que presentan los pacientes no son respuestas a preguntas de médicos o investigadores². 2) Contienen “*historias de atención médica*” que no se reducen a las “*historias clínicas*”. Constituyen narraciones sobre experiencias de atención médica vividas por los pacientes. Contienen historias de los *procesos de atención* y dentro de ellas cómo se va *desarrollando la insatisfacción* no como un evento aislado sino *como un proceso*.

Es posible examinar los *procesos* de atención médica, los errores e irregularidades técnicas que se reportan en las quejas bajo dos tipos de *enfoques*: el técnico (médico, administrativo, legal y/o ético) y el de los pacientes. Cada enfoque ‘ve’ y ‘construye’ cosas distintas. Adoptar uno o el otro nos lleva a la definición de problemas de diferente *naturaleza*, a la construcción de diferentes *objetos de conocimiento*, a estrategias metodológicas e interpretaciones teóricas distintas. Naturalmente, en consecuencia *la forma como definamos el problema nos lleva a diferentes formas de responder a él*.

Dentro de la investigación en sistemas de salud, estudiar las quejas médicas bajo un enfoque sociológico nos permite comprender la queja como un proceso social y su relación con otros procesos sociales, por ejemplo, la regulación de la práctica médica; los problemas en la relación entre pacientes y médicos; el proceso de construcción de la insatisfacción del paciente; el papel de las quejas en esfuerzo de los pacientes por recuperar el control de su atención médica; la relación entre las quejas y la insatisfacción e impotencia de los prestadores de servicios para lidiar con las complejidades de los actuales servicios de salud; el análisis de los obstáculos en los procesos de atención médica que enfrentan los pacientes, entre otros.

En este sentido en este capítulo se estudian las quejas médicas buscando fundamentar:

- a) *Como se integra la queja médica dentro del proceso de atención médica.*
- b) *Cómo se va conformando la insatisfacción –que deriva en queja- dentro del proceso de atención.*

2) Metodología

La fuente de los datos de este análisis fueron las narraciones plasmadas en los textos que resultan del registro escrito de la queja cuando éstas se reciben en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico de México (1997-1998).

Cabe aclarar que el estudio de la recepción de las quejas médicas formales es posible básicamente a partir de dos alternativas: el análisis de los textos de los narrativos de queja¹

¹ Una proporción muy pequeña de las quejas no son interpuestas personalmente y son enviadas por escrito a la CONAMED.

o bien a partir de la grabación (audio, video) de la entrevista cuando la queja es interpuesta por los pacientes ante los receptores de queja. Esta última opción permitiría captar mas integralmente que sucede al interponer la queja. Sin embargo, también podría afectar el contenido de la queja pues la sola presencia del investigador o de permitir su grabación, puede influir en la confianza y libertad de los pacientes para expresarse y podría influir (negativa o positivamente) en el trámite legal “normal” de la queja. Ante esta situación, el análisis se basó en los textos de los “narrativos de hechos” opción válida que permite aproximarse a la experiencia del paciente, y constituye un excelente material para comprender cómo se están entendiendo y atendiendo las quejas.

La *narración* es una representación de la queja del paciente, por lo que es importante reconocer que en términos metodológicos *no es una fuente de datos primaria*³. Sin embargo, por ser información documental tiene la ventaja de ser una medición no obtrusiva en donde es posible analizar la información sin alterar el fenómeno bajo estudio ni intervenir en él⁴. Los narrativos de hechos de las quejas como fuente de información contienen historias individuales narradas por las propias personas, lo cual implica que pueden caracterizarse por problemas de la selectividad de la memoria, el énfasis hacia algunas partes de las experiencias –usualmente lo que es significativo para el sujeto-⁵, la presencia de inferencias para hilar la información, la reinterpretación del pasado⁶ y la posibilidad de presentar la “ilusión de la causalidad” que es la inferencia de que la secuencia de la historia tiene vínculos precisos de causa-efecto”⁷.

La selección de los casos en este estudio exploratorio se realizó a partir de un muestreo propositivo, buscando casos típicos sin situaciones extremas⁸. Inicialmente se revisaron alrededor de cien quejas al azar, de las que se seleccionaron veinte casos caracterizados por tener información rica y clara sobre los problemas de atención médica y que permitieran identificar, describir e ilustrar las categorías temáticas de los procesos de atención médica que caracterizan a las quejas. En todo momento se respetó el anonimato de los pacientes, instituciones, y personal de salud. A la luz de los fundamentos de la metodología cualitativa y con base en un *análisis de contenido temático*⁹, se buscó identificar el tipo de situaciones y elementos que reflejan los problemas de calidad de la atención que experimentan los pacientes y como van construyendo la insatisfacción que deriva en queja.

3) Resultados

Los textos de las quejas documentan diversos mecanismos a través de los cuales la insatisfacción se incorpora y afecta el proceso de búsqueda de atención médica y la utilización de los servicios y cómo el paciente utiliza la queja como una estrategia para mantener el control sobre su proceso de atención. Las quejas no siempre tienen efectos positivos para los pacientes ya que no solo pueden no obtener lo que solicitan sino que incluso pueden ser contraproducentes, pues el personal de los servicios los identifica y etiqueta como “quejosos o problemáticos”, tensando aún más la situación.

En forma contraria a la creencia común (y temor generalizado), las quejas no se interponen como producto de *un solo* error médico o irregularidad en la atención². Lo más frecuente es encontrar que no hay un solo motivo de queja sino *varios*. Como se expone a continuación, el análisis de las narraciones muestra en que forma la queja no es el resultado de un evento clínico independiente, sino que es producto de una cadena de inconformidades, que se van concatenando en contextos determinados. Es decir, la queja es *producto de la experiencia y percepción de un proceso de atención médica inadecuado*, en donde intervienen factores médicos, de los servicios, de recursos, entre otros. En este capítulo se documenta en que forma los factores interpersonales (como el maltrato) y los problemas de información (falta de información, desinformación, información incompleta, ocultamiento, mentira, etc.) *muy frecuentemente son los factores que activan la queja*. Esto a pesar de que, “técnicamente hablando”, haya problemas clínicos y/o del servicio mucho más graves. En esta forma *la queja constituye un fenómeno social* en donde interviene la *percepción de irregularidades* en las acciones médico-quirúrgicas y/o de los servicios de salud y *en forma fundamental, de interacción humana*.

² Me refiero estrictamente a las quejas y no a las demandas legales (civiles o penales).

1. ¿Cómo se integra y qué efectos tiene la queja en el proceso de atención médica?

a) Actualmente la queja ya forma parte del proceso de búsqueda de ayuda.

El *proceso de búsqueda de ayuda* se inicia cuando las personas perciben un problema de salud y deciden buscar atención. Las personas pueden solicitar ayuda a amigos o familiares, a curanderos o personal empírico y/o a personal médico. También pueden llevar a cabo acciones como modificar la dieta, el ejercicio, descanso, automedicarse, etcétera. Cuando buscan atención médica, pueden enfrentarse a obstáculos en la disponibilidad y accesibilidad a los servicios (costos, distancias, horarios, recursos humanos, materiales, etc.). Otro problema que pueden enfrentar es el encontrar que los servicios que solicitan no tengan la calidad que ellos asumen debería de tener, ya sea en aspectos médicos, organizacionales y/o interpersonales.

La forma como se incorpora la queja en la carrera de búsqueda de ayuda depende mucho de la fase de la atención en que el paciente decide interponer la queja. A partir de análisis estadísticos, en el Capítulo 11 se demuestra en que forma los patrones de queja médica denotan diferentes fases de la atención médica en donde se genera la queja. Si ésta se presenta antes o en el transcurso de la atención médica, el paciente muy probablemente estará buscando una modificación del servicio que se está obteniendo. Si la queja se presenta ya cuando el problema de salud ha concluido, posiblemente lo que se busque no sea modificar la trayectoria de atención médica sino algún otro objetivo como compensar daños, información sobre lo que sucedió, etcétera. En ambos casos un propósito de la queja puede ser presentar el antecedente para evitar que la problemática vuelva a repetirse.

“... debido a la agudización de mis molestias urinarias he sido atendido en tres ocasiones de urgencias en el hospital citado, otorgándome tratamiento paliativo y no definitivo al problema que presento, por lo que inclusive la oficina de atención al derechohabiente ha conocido mi enfermedad hace dos meses... al no tener respuesta institucional... acudo a esta Comisión a solicitar su actuación para acortar tiempos de mi atención....” (abid-ig-d)

“... la queja que interpongo tiene un doble aspecto: uno el reembolso de los gastos... y el otro, el que esta queja sirva como antecedente para que se tomen las

medidas necesarias y se procure el mejoramiento del servicio médico institucional en beneficio de los usuarios...”(ajea- ig-d)

Algunas quejas buscan continuar con la atención para recuperar al máximo el nivel de salud y funcionalidad. Esto es especialmente claro en los problemas ortopédicos y en las quejas en los servicios de rehabilitación.

“...actualmente el Dr. __ nuevamente pretende suspender la terapia rehabilitatoria aduciendo "que así me voy a quedar", a pesar de haber demostrado un progreso impresionante dadas las condiciones del accidente y las secuelas con las que egresé inicialmente...” (iee-ii-r)

El mismo personal de salud ya reconoce que las quejas que manifiesta el paciente, ante instancias diferentes a la clínica u hospital en donde se atiende, modifican el proceso de atención.

“...el día __ acudió a urgencias de la clínica __ por presentar dolor y sangrado... donde le prescriben medicamentos que le controlan su padecimiento sin decirle cual era éste, cediendo los síntomas... Nuevamente acude a la clínica ya que arrojaba sangre, fue atendido por un médico quien lo canaliza a la clínica __ con un especialista. Dicho médico escucha su problema manifestándole 'yo a usted no lo puedo atender porque no me oye'³ refiriendo a que efectivamente tiene problemas... en el oído... le concertan cita con otro médico., lo atienden... y le programan su cirugía... Ese día se interna a las 12:00 hrs. y espera hasta las 18:00 hrs. en que una enfermera se le acerca y le informa que el doctor no le podría operar ya que tenía una cirugía de una niña... Acude a la oficina administrativa del hospital a quien manifiesta lo sucedido... y se agenda nuevamente su operación. Ese mismo día una enfermera le expresó que no había medicamentos ni doctores y que si no presentaba su queja no se resolvería su problema.” (abjc-ig-d)

³ Itálicas en el original.

- b) La insatisfacción con la calidad de los servicios tiene *impacto* y modifica *los patrones de utilización de la atención* médica de los pacientes.

Las quejas documentan mecanismos a través de los cuales la insatisfacción con los servicios interfiere con los procesos de utilización de servicios, afectando la continuidad de la atención, la demanda de diferentes tipos de servicios y modificando las expectativas de la atención cada vez que se cambia de uno a otro servicio por decisión propia de los pacientes. Por ejemplo, existe un patrón típico que combina la demanda inicial de servicios de seguridad social (de los derechohabientes), posteriormente la insatisfacción con el servicio lleva al paciente a la búsqueda de un médico privado quien en forma frecuente solicita/propone estudios y/o procedimientos quirúrgicos ante cuyo costo, el paciente regresa a su institución de seguridad social inicial, pero ahora con por lo menos una opinión adicional sobre su manejo y con diferentes expectativas y demandas. Este patrón de utilización ilustra el problema de la duplicación de servicios, el cual constituye uno de los problemas más serios de la utilización de los servicios de salud en nuestro país. En el Capítulo 10 se analiza este problema a profundidad.

“... el día 24 de mayo soy valorada por ginecólogo quien me cita para prepararme para cirugía el 25 de julio, sin embargo, el 30 de mayo se me interna con sangrado abundante realizando legrado uterino, siendo dada de alta un día después. Vuelvo a ingresar por el mismo problema a urgencias el 22 de junio realizando un nuevo legrado, siendo dada de alta al siguiente día con sangrado y temperatura. Al día siguiente acudo con médico particular quien solicita estudios de laboratorio que muestran... ese mismo médico me informa que la intervención quirúrgica es urgente. Al no contar con dinero acudo nuevamente al hospital y planteo mi situación al ginecólogo y al subdirector que aceptan la necesidad de una intervención quirúrgica urgente pero desgraciadamente en ese momento no se contaba con cirujanos por lo que me citan para ver esa posibilidad el 8 de julio. Sin embargo el 4 de julio presento nuevamente sangrado abundante por lo que el 5 de julio en forma necesaria se me practica histerectomía en medio privado”. (accf-igd).

- c) Cuando los pacientes radican quejas en CONAMED, es frecuente que hayan puesto *quejas previamente* en las unidades clínicas en donde están siendo atendidos.

Al igual que la carrera de búsqueda de ayuda se caracteriza por el uso de diversas fuentes de atención para resolver su problema de salud, también existe una trayectoria en la expresión de quejas, desde las mas informales dirigidas al personal que directamente los atiende, hasta la queja formal o la demanda legal. Las quejas manifestadas en la CONAMED son usualmente la última instancia a la que recurren con su insatisfacción ya que en un número alto de casos, los pacientes manifiestan en la queja que ya se habían quejado dentro del mismo servicio en donde sucedió el problema. La falta de respuesta adecuada en los mismos servicios de salud provoca que los pacientes busquen en donde resolver su problema fuera de la institución.

“ ...Cabe precisar que los hechos que motivan la queja ... fueron expuestos en forma directa ante la contraloría general del hospital desde el día ___ [7 meses anteriores a la fecha de la queja actual] sin que hasta la fecha se me haya dado respuesta alguna” (aaga-if-d)

“... he interpuesto recurso de queja ante la propia clínica y ante la delegación... y me manifestaron la necesidad de esperar 90 días...”(fee-ig-d)

- d) La queja es una *estrategia para mantener el control* de los pacientes sobre su proceso de atención.

A través de la queja los pacientes buscan recuperar el control de la atención médica recibida. El control buscado puede ser de diferentes tipos y se va especificando con base en los casos particulares.

“ ...con objeto de completar y actualizar los estudios preoperatorios, el hospital nuevamente me programa una valoración cardiaca hasta el mes de ___ y no comprometiéndose a fijar una fecha para la cirugía, por lo que acudo a esta Comisión a solicitar su actuación para acortar tiempos en mi atención...” (abid-ig-d).

- e) La queja es una estrategia para recuperar el control de su proceso de atención pero *puede tener efectos negativos.*

La queja puede ser contraproducente en vez de resolver los problemas puede producir represalias hacia el paciente en los servicios¹⁰.

“... esta conciliación [de la CONAMED] no surtió los efectos que se pretendían, ya que fui canalizada al hospital... lugar en el que recibí un trato despótico y prepotente por parte del director de esa institución, además de que no fui revisado por un cirujano como se me había prometido ... por lo que acudí a un médico privado” (aje-ig-d)

Después de percibir problemas de calidad de la atención y buscar atención privada, el paciente regresa a su clínica/hospital de seguridad social con una opinión técnica adicional. El médico institucional se siente presionado por estas acciones-opiniones y esto tensa la relación médico paciente.

“... El Dr. ___ revisó los estudios efectuados a la paciente y además ella le informó que la opinión del médico particular era que había que extirpar [quistes en los senos]. El médico la exploró indebidamente provocándole molestias en sus senos y le indicó un medicamento y no dando respuesta a la cirugía que requería. Asimismo en dicha ocasión le pidió al doctor le ordenara un estudio de rayos X por el antecedente de los quistes y el médico en forma grosera le prescribió unas pastillas y le dijo ‘el médico soy yo y no usted o vaya con su médico particular para que la opere’. Ante esta actitud, acudió con médico particular quien le extirpó ambas mamas, enviando un tejido para su estudio.... que estableció la presencia de carcinoma in situ...” (acbj-ig-d)

2. ¿Cómo se va conformando la insatisfacción –que deriva en queja- dentro del proceso de atención? ¿Por qué se manifiesta la insatisfacción? ¿Por qué se presenta la queja?

- a) La queja es producto de una *cadena de inconformidades* y no de un evento único.

La queja se construye a partir de la magnitud, tipo y número de irregularidades previas toleradas, así como de agravantes y atenuantes presentes. Adicionalmente la manifestación

de la queja está determinada por situaciones particulares de cada paciente que no es posible identificar en los textos de las quejas, como personalidad, influencia de su red de apoyo, tolerancia, etc.

"... desde hace un año son atendido en ___ por presentar trastornos digestivos y dolor... por lo que recibí diversos tratamientos por el médico familiar sin que se me realizara ningún tipo de estudio. El día... se agudizan los síntomas e ... ingreso a urgencias y después de insistir en un estudio de ultrasonido que se me había prometido, este se realizó y se conformó el diagnóstico... Previos estudios preoperatorios se me programó (la cirugía), ingresando a la sala de operaciones aplicándome anestesia general y al despertarme me enteré que no se efectuó la cirugía en vista de que el equipo para realizar la operación estaba descompuesto. No se tomó la previsión para identificar este problema... Hablamos con el director médico para ver si se daba una fecha para efectuar la operación... sin que haya concretado hasta el momento actual". (gch-ig-d)

En este caso, el paciente: reporta problemas en el diagnóstico, percibe un manejo inadecuado por no haberse realizado ningún estudio en un largo período de atención, obtiene el ultrasonido sólo después de insistir, recibe anestesia sin ningún objeto y no cuenta con una fecha para realizar su cirugía. Al parecer, la impotencia para demandar que se realice la cirugía es lo que activa la queja (problema administrativo) aunque previamente parece haber habido un problema clínico y/o administrativo importante. Además, en este caso se identifican por lo menos cinco problemas percibidos por el paciente y no solo el problema de una cirugía pospuesta. Este caso también ilustra el mecanismo a través del cual un problema de falta de recursos (aparato descompuesto) interactúa con falta de precaución por parte del personal (no cerciorarse de que el equipo esté disponible antes de someter al paciente a manejo pre-quirúrgico).

b) *La insatisfacción es un proceso que se va construyendo con eventos y situaciones que cambian de significado y peso a lo largo del proceso de atención médica.*

Uno de los factores que indican la complejidad de las quejas no solo es el hecho de que no son producto de un *motivo único*, y que sus elementos interactúan, sino que adicionalmente

las irregularidades y errores que se aducen van *cambiando de significado* en el tiempo. En las narraciones de las quejas médicas es común identificar que en un momento dado de la atención, surgió un evento (o varios) con el cual se inconformó el paciente (y/o familiar). Al presentar la queja, el mismo paciente *'reconstruye'* el proceso de atención mencionando irregularidades que por sí solas no motivaron radicar una queja. Cuando el paciente decide poner su queja, dichos problemas (en algún momento menores o sin importancia suficiente para presentar una queja) son *redimensionados* y utilizados para justificar la queja y las pretensiones que solicitan.

"... 'X' presentó la queja en base a los siguientes hechos:

"...a mi padre... le es diagnosticada diabetes mellitus... al tener un ingreso al hospital, quedando bajo control médico... Se agravó el día ____, por lo que es ingresado al servicio de urgencias del hospital, presentando probablemente shock hipoglucémico, siendo atendido... [y] dándolo de alta el mismo día. Por continuar grave es presentado al día siguiente al servicio de urgencias del [hospital 2] y le son aplicadas 4 unidades de insulina. Desde su ingreso a esta unidad hospitalaria el paciente recibe maltrato por parte del personal médico y de enfermería. Al tercer día de su internamiento... con diagnóstico impreciso, es programado para cirugía abdominal, a cargo del doctor ____, quien injustificadamente difirió la cirugía hasta en dos ocasiones y cuando finalmente decide enviarlo a quirófano ya estando en esta área el paciente, se niega a operarlo argumentando falta de ropa, la no asignación de quirófano, etc., mostrándose grosero y prepotente, diciéndome de mala manera que mejor la operación la practicarla el Dr. ____. La intervención quirúrgica finalmente fue llevada a cabo... evacuando un hematoma... A la fecha, permanece abierta e infectada la herida quirúrgica. En el post-operatorio continúan los malos tratos por parte del personal médico y de enfermería, al grado de...en presencia de mi madre, una enfermera...intencionalmente golpeó a mi padre con el carro de curaciones provocándole un hematoma a la altura del codo... Igualmente, los camilleros maltratan y golpean al paciente al trasladarlo de su cama al sillón. Se tiene conocimiento que a la fecha manejan ya una pre-alta, con la cual no estoy de acuerdo, dadas las condiciones físicas que presenta mi padre.

... solicito la intervención de esta Comisión a efecto de que el prestador del servicio médico revalore adecuadamente al paciente antes de darlo de alta ...” (cea-id-r)

- c) *La calidad de la relación interpersonal y los problemas de información son frecuentemente los activadores de las quejas.*

Las quejas documentan múltiples formas de trato inadecuado, de maltrato, poco respeto a los pacientes como personas, poca consideración y falta de sensibilidad ante sus situaciones. Por ejemplo:

“... mi tía de 83 años sufre una caída en un mercado... que le ocasionó fractura de cadera... Unos conocidos indebidamente la trasladaron a su domicilio y la dejaron sentada en un sillón de la sala. Cabe aclarar que mi tía a pesar de su edad vive sola... a mi me avisaron cinco días después y me trasladé a ____ encontrando a mi tía con incapacidad para deambulación y dolor intenso. Fui a solicitar una ambulancia al hospital ____ en donde se me negó el servicio, enviándome a la Cruz Roja en donde también se me negó el servicio... me recomendaron un servicio de ambulancias particular que efectuó el traslado de mi tía al hospital. Ingresó a urgencias... determinándose fractura de cabeza femoral. En base a lo anterior fue hospitalizada... en donde el ortopedista nos informó que se requería una prótesis cuyo costo sería de 3000 a 4000 pesos. En virtud de no contar con ese dinero se le manifestó al doctor que nos trasladáramos a la ciudad de ____ para conseguirlo, sin que indebidamente nos informara que nosotros tendríamos que comprar la prótesis, por lo que cuando regresamos con el dinero nos preguntó que donde estaba la prótesis. Considero que el médico no tuvo la atención de informarnos lo concerniente al tipo de prótesis... por lo que nos ha hecho dar vueltas a la ciudad de ____ infructuosamente, gastando el poco dinero que tenemos... Dejo constancia de la gestión llevada a cabo por esta Comisión en el momento mismo de la interposición de la queja al obtener mediante comunicación telefónica con el director del hospital, el dato del material quirúrgico necesario para la atención de mi tía...” (aaeh-ig-d).

4) Conclusiones

Los resultados generados en cada rubro del análisis constituyen hipótesis de investigación para futuros estudios cualitativos y/o cuantitativos sobre las quejas médicas. Como ejemplo, algunas de estas hipótesis se comprueban cuantitativamente en capítulos posteriores.

La queja médica es producto de la insatisfacción del paciente y se deriva de un *conjunto* de situaciones *interrelacionadas socialmente situadas*. Es común no poder identificar en las quejas qué elemento de la atención médica *determinó* que se tomara “la decisión” de interponer una queja. En parte esto se debe a que los pacientes, al reconstruir su experiencia para narrar su queja, resignifican muchas situaciones de su atención que originalmente no catalogaron como erróneas, o que no sabían que estaban erróneas hasta que tuvieron más información. La situación más común es que los pacientes acumulan tantas anomalías que un detalle, al parecer pequeño, puede constituirse como “la gota que derrama el vaso”. Con frecuencia ese “pequeño detalle” se refiere a problemas interpersonales como es un inadecuado manejo de la información y/o maltrato. No hay duda de que muchas quejas y demandas médicas se evitarían con una mejor calidad de la atención interpersonal.

Los problemas en la calidad de la atención no son suficientes para buscar interponer una queja. Existen *factores que activan o median en la decisión de radicar las quejas* como son: el grado de molestia o enojo, el tipo de efecto que provocó en ellos la presunta negligencia, el tipo de relación con el médico, el tipo de servicio de salud utilizado (si son derechohabientes, pagaron la atención, etc.) la comunicación e información, la intervención (presión y apoyo) de las redes sociales, la percepción de costo-beneficio, entre otros.

La medicalización de la queja no permite ver los problemas de calidad de la atención bajo su propio punto de vista de los que usan los servicios. Atribuir las quejas a problemas o irregularidades técnicas afecta también a médicos y prestadores de servicios¹¹ quienes, en muchos casos, actúan “haciendo lo que pueden” para proporcionar el servicio, y la calidad de la atención médica muy frecuentemente está supeditada a situaciones de recursos, organizacionales, culturales, etc., más allá de su competencia¹². Estos problemas de la calidad de la atención médica difícilmente los puede abordar la actual construcción de las quejas médicas.

La vía para atender y entender las quejas médicas no debe consistir simplemente en la ‘decodificación’ de las experiencias insatisfactorias narradas por los pacientes al exponer su queja, transformar las vivencias en descripciones técnicas de la problemática e ignorar la forma como percibió y vive el problema el paciente y lo que significa la queja para él. Se desaparece al sujeto y se hace objetivo el problema, se busca, construye y dictamina el error, se identifican culpables, y muchas veces se “culpa a la víctima”, es decir, al mismo personal de salud que es víctima de irregularidades y de la complejidad del sistema. Esto es resultado de la medicalización de la respuesta a la queja médica que además de ignorar al paciente, oscurece la dinámica sistémica que caracteriza a la atención médica, propicia atribuir culpas a los médicos a nivel individual, favorece la insatisfacción de los médicos e incrementa la práctica médica a la defensiva. Es indispensable comprender que las quejas médicas van más allá de los problemas técnicos, los cuales evidentemente no se deben ignorar. Esta redefinición de las quejas también facilitaría el crear conciencia en el personal de salud del enorme impacto de los problemas interpersonales en la satisfacción de los pacientes con la calidad de la atención.

Para los médicos y personal de salud, recuperar los planteamientos de los pacientes a partir de su perspectiva tiene una gran ventaja. La atención médica actual es un fenómeno cuya eficiencia se complica con la burocracia, con los siempre insuficientes recursos y con los laberintos a los que se enfrentan pacientes y prestadores dentro de la organización de los servicios de salud. Las quejas reflejan esa incertidumbre y lucha para contender con esos ambientes complejos de todas las personas vinculadas con los servicios¹³. Medicalizar las quejas, que en mucho reflejan el efecto de estas situaciones contextuales muy frecuentemente inalterables con la acción *individual* de los médicos, propicia asumir que está en sus manos de los médicos modificar de muchas de las condiciones deficientes de las que se les responsabiliza. *Comprender las quejas desde el punto de vista del paciente significa entonces que también se está escuchando a los médicos.*

Referencias

- ¹ Una versión preliminar de este capítulo fue publicada en portugués en el capítulo:
Proposta de um modelo conceitual para abordar as queixas médicas a partir da perspectiva do usuário. Estudos cualitativos em serviços de saúde. Brasil. Ed. Vozes. 2004.
- ² Mahony, C. Interviews with patients better than surveys for generating change. *British Medical Journal* 2003; 326:618.
- ³ Castro R. Supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En: Szaz I, Lerner S. *Para comprender la subjetividad*. México: El Colegio de México, 1996.
- ⁴ Webb E, Campbell DT, Schwarts RD, Sechrest L. *Unobtrusive measures: Nonreactive research in social sciences*. Chicago: Rand McNally, 1966.
- ⁵ Josselson R. A narrative introduction. En: Josselson R. y Kuebkuch A. (eds) *The narrative study of lives*. Newbury Park, Ca: SAGE. 1993.
- ⁶ Marshal C, Rossman, G. *Designing qualitative research*. Thousand Oaks: SAGE, 1995. p. 87.
- ⁷ Crites S. Storytime: Recollecting the past and projecting the future. In: TR. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (p.152-171). New York: Praeger, 1986. Citado en: Marshal C, Rossman G. *Designing qualitative research*. Thousand Oaks: SAGE, 1995. p. 168.
- ⁸ Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park: SAGE, 1990. p. 182.
- ⁹ Babbie E. *The practice of social research*. Belmont: Wadsworth Publishing Company, 1998. p.307-332.
- ¹⁰ Waxler NE. The social labeling perspective on illness and medical practice. En: Eisenberg L, Kleinman A, eds. *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht: Reidel Publishing, 1985.
- ¹¹ DelVecchio Good MJ. Medical malpractice and the voices of medicine. En: *American medicine: The quest for competence*. Berkley: University of California Press, 1995.
- ¹² Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. "Hacemos lo que podemos": Los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud Pública de México* 1997; 39:546-553.
- ¹³ Kleinman A. *The illness narratives. Suffering, healing an the human condition*. USA: Basic Books, 1988.

Capítulo 10

Características de las quejas médicas por falta de oportunidad en el tratamiento quirúrgico

1) *El diferimiento quirúrgico como motivo de queja*

Para profundizar en el estudio de las quejas médicas, se desarrollaron análisis cuantitativos sobre un motivo de queja que fue la falta de oportunidad en el tratamiento quirúrgico. Entre los elementos que orientaron la decisión de estudiar estas quejas se encuentran los siguientes: a) En todo el mundo existe una gran preocupación debido a los problemas de los servicios de salud para dar atención oportuna a las crecientes demandas de atención a la salud de la población. La insatisfacción de la población por este aspecto de la atención es un problema en México pero es generalizado en muchos países; b) En el lapso estudiado (1996-1998), el 24.7% (894) de las quejas estaban asociadas con problemas de oportunidad en la atención, y de ellas, el 21.0% constituían problemas sobre el tratamiento quirúrgico;¹ c) Por el tipo de problemática que puede llevar al diferimiento quirúrgico, el analizar este motivo de queja permite aproximarse a conocer la forma como se conjugan los diferentes tipos de elementos en la queja médica: técnico-médicos, administrativos, de relaciones personales y de disponibilidad de recursos (tanto humanos como físicos y materiales); d) La cirugía es un acto médico muy preciso, claramente definible y delimitable en el tiempo, lo cual metodológicamente facilita la identificación técnica del diferimiento quirúrgico como “motivo de queja” a ser estudiado.

2) *Modelo conceptual para el estudio del diferimiento quirúrgico como motivo de queja*

Como punto de partida para el estudio de las quejas sobre diferimiento quirúrgico se llevó a cabo un análisis cualitativo de los textos de los narrativos de queja con el propósito de construir y proponer un modelo conceptual que nos aproximara a conocer qué elementos están involucrados en las quejas que interponen los pacientes por problemas de diferimiento quirúrgico y la forma como se relacionan estos factores entre sí.

Para desarrollar el modelo conceptual, se aplicó la técnica de análisis del contenido² de los narrativos de las quejas por diferimiento quirúrgico. Esto se hizo con base en el proceso propuesto para construir la ‘teoría fundamentada’, del cual se aplicaron las siguientes fases:^{3,4} a) Codificación abierta: lecturas de los expedientes para familiarizarse con la información. Redacción de notas para análisis posteriores. b) Codificación selectiva: Identificación de experiencias, conceptos, procesos, mecanismos que denotaran características de las quejas. Se identificaron 51 elementos que fueron etiquetados de acuerdo a su contenido y significado. c) Creación de categorías de acuerdo a sus similitudes o diferencias en cuanto a sus contenidos. d) Proceso de síntesis y de ordenación de los conceptos en un esquema gráfico el cual fue desarrollándose paulatinamente interrelacionando las categorías identificadas en las narraciones.

Con base en esta metodología, se desarrolló el “*Modelo conceptual de las quejas por problemas de oportunidad en el tratamiento quirúrgico*”, esquematizado en la Figura 1, el cual fue elaborado a partir de las categorías encontradas los textos, las cuales fueron organizadas retomando los elementos conceptuales derivados de las teorías sobre: a) el *proceso de búsqueda de ayuda*, b) la *carrera del enfermo*; c) las propuestas teóricas para el estudio de la *accesibilidad y utilización* de servicios; d) así como de la *calidad* de la atención y *satisfacción* con la calidad.

En el esquema del modelo los elementos teóricos se identifican en recuadros sombreados: En la parte superior están las categorías básicas del *proceso de búsqueda de ayuda*. En la parte central, se ubican los conceptos teóricos sobre *utilización de servicios* y *calidad de la atención*.

El proceso de búsqueda de ayuda ante la presencia de una necesidad de salud inicia con la *percepción de la enfermedad* (por el afectado o por alguien más), de la cual prosigue el deseo (o no) de obtener atención. A partir de éstos comienza la *carrera de búsqueda de ayuda*, misma que será diferente según el tipo de problema de salud, los recursos de las personas, sus características educativas y culturales, así como de la disponibilidad y accesibilidad a los servicios deseados. Ya que la persona se encuentra dentro del proceso de atención médica, los individuos pueden identificar elementos que a su parecer son irregularidades en la atención o problemas de calidad. Estas situaciones se pueden presentar

en cualquier momento de la atención, es decir, a la entrada de los servicios (ej. negación de la atención, de la consulta de urgencias, etc.), ya iniciado el proceso de atención, durante el diagnóstico o tratamiento, o después de haberse concluido la atención, es decir, con los resultados finales.

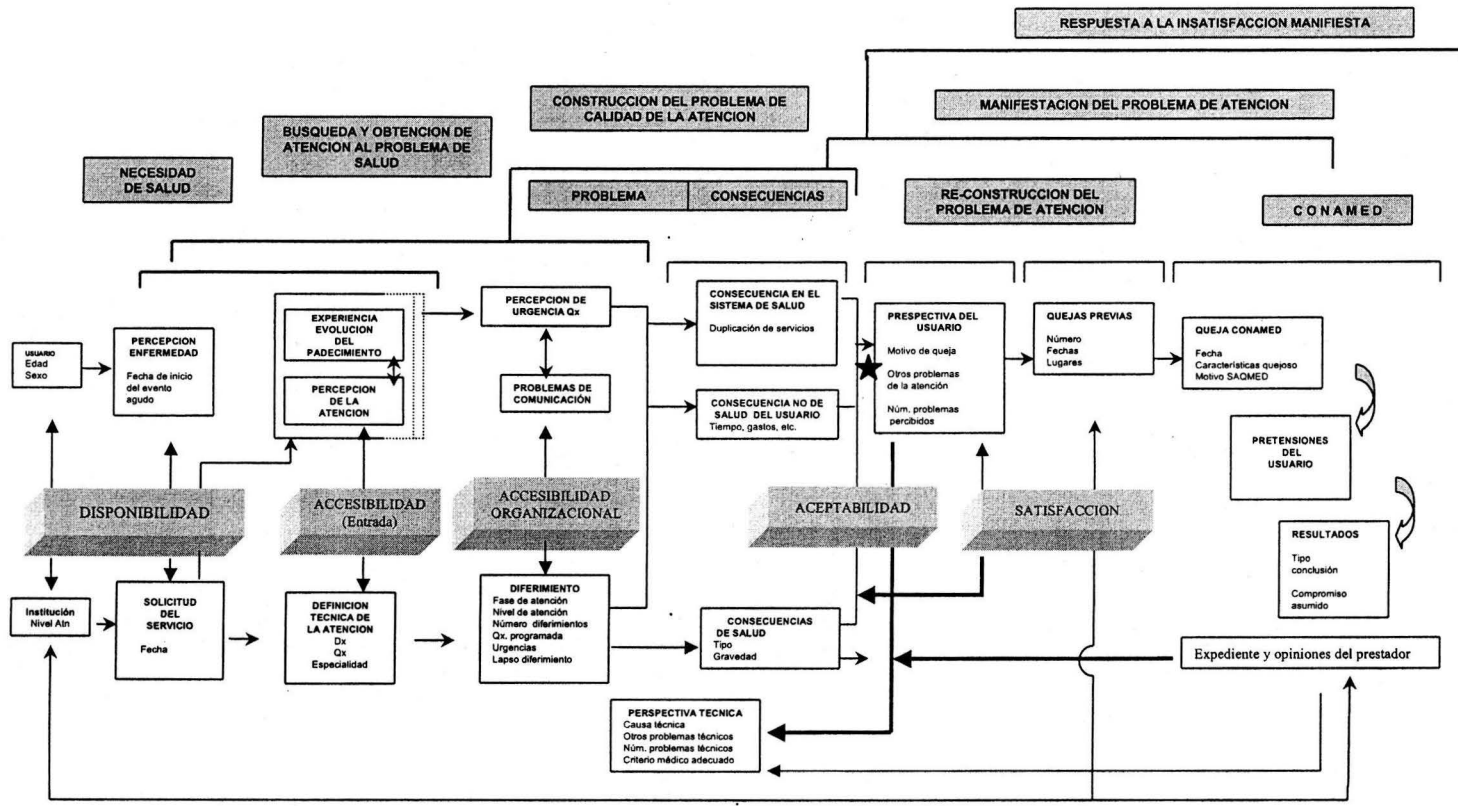
En algún momento, después de la identificación de los problemas de calidad, el paciente puede o no manifestar su insatisfacción. Al hacerlo, el paciente se puede quejar ante diferentes instancias: directamente con el personal que lo atendió, en la unidad de atención, en instancias centrales de las instituciones, en CONAMED o bien, puede también poner una demanda legal. Dentro del esquema del modelo, las instancias que reciben las quejas constituyen la respuesta a la insatisfacción manifestada por los pacientes. Bajo el rubro CONAMED, encontramos la fecha en que se interpuso la queja, la persona que puso la queja (el usuario o un representante), y el motivo de queja bajo la cual fue clasificada su insatisfacción (ej. diferimiento quirúrgico). Las solicitudes del usuario al poner la queja y los resultados de la queja obtenidos son las últimas dos variables del esquema.

En el campo estudios sobre la utilización de los servicios de salud, desde hace alrededor de treinta años se ha propuesto que los fenómenos de *disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad* a los servicios de salud son producto del grado de ajuste entre las características de la población y las características de los servicios.^{5,6,7,8,9} Con el propósito de ilustrar esta idea, dichos componentes teóricos los ubicamos en el centro del esquema, situando las *características de los pacientes* en la parte superior y las *características de los servicios* en la parte de abajo.

A manera de modelo causal, las variables están colocadas en orden temporal.¹⁰ Sólo se presentan en el esquema las variables *encontradas* en los textos del narrativo de las quejas. Dadas las limitaciones y características de los expedientes de quejas, mucha información que habría sido pertinente para el estudio de las quejas médicas no estuvo contenida en este material.

El nombre de las variables se encuentra en letras negritas y los indicadores disponibles para cada una de ellas se ubica inmediatamente abajo.

FIGURA 1
MODELO CONCEPTUAL DE LAS QUEJAS POR PROBLEMAS DE OPORTUNIDAD DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO



Infante C.

3) Población y método

A partir de este capítulo, se presentan los resultados empíricos cuantitativos del análisis de las quejas radicadas en CONAMED por el motivo de falta de oportunidad en el tratamiento quirúrgico a partir de junio de 1996 a mayo de 1998 (N=163). Las variables identificadas en el modelo conceptual fueron codificadas y capturadas en una base de datos para manejo estadístico (SPSS). La investigación se hizo a partir del total de las quejas, por lo que no se habla de representatividad

En este capítulo se hace una descripción general de la población de los quejosos, de las instituciones de salud de donde fueron diferidos y de las características de los eventos de diferimiento. El análisis se presenta con base en frecuencias y bivariados (sólo incluyendo asociaciones con significancia estadística $<.05$). En capítulos posteriores se documentan los problemas técnicos que caracterizan a las quejas, la duplicación de los servicios como efecto de la insatisfacción con la atención, los patrones de queja médica derivados de la asociación entre los problemas técnicos y los motivos por los cuales se quejan los pacientes, así como el papel que tienen los problemas interpersonales y de información en cada uno de los fenómenos descritos. En cada capítulo se especifican los procedimientos estadísticos desarrollados para cada caso.

4) Resultados

A. Características de la población estudiada

Edad y sexo: El perfil de los usuarios que presentaron una queja por falta de oportunidad en el tratamiento quirúrgico muestra que el 11.0% de la población tenía menos de 18 años, el 58.3% tenía entre 18 y 59 años y el 30.7% tenía 60 años o más (Cuadro 1). Hubo proporciones similares de hombres y de mujeres (50.3% y 49.7%) y no se observa ninguna asociación entre sexo y edad en el total de los usuarios.

Quien radica la queja por edad y sexo del afectado: En el 58.9% de los casos fueron los afectados quienes directamente se presentaron a radicar la queja, y en el 41.1% las quejas

fueron radicadas por un promovente o representante¹. En todos los casos en donde los afectados fueron menores de 18 años, por cuestiones legales sus quejas fueron presentadas por un representante. De los usuarios entre los 18 y 59 años, sólo el 25.3% de las quejas fue presentada por una tercera persona, mientras que la mitad de las quejas de usuarios de 60 años o más fue presentada por un representante.

B. Características de los servicios de salud involucrados en las quejas

Institución y nivel de atención: Por el tipo de problema analizado, la falta de oportunidad en el tratamiento quirúrgico se presenta básicamente en instituciones públicas, fundamentalmente en instituciones de seguridad social (90.2%): 58.3% en el IMSS y el 31.9% en el ISSSTE. El 9.8% restante proviene de unidades médicas para población abierta (Secretaría de Salud y Servicios Médicos de DDF). En cuanto al *nivel de atención*, dos terceras partes de las quejas se presentó en unidades de segundo nivel (62.0%), y una tercera parte de los casos se presentó en unidades de tercer nivel (Cuadro 1).

Cuadro 1
EDAD DE LOS USUARIOS POR INSTITUCIÓN DE SALUD
Distribuciones porcentuales

Edad de los usuarios	Institución de salud			TOTAL
	IMSS	ISSSTE	Poblac. abierta	
0 a 17 años	38.9	33.3	27.8	100 (11.0%)
18 a 59	55.8	34.7	9.5	100 (58.3%)
60 y más	70.0	26.0	4.0	100 (30.7%)
TOTAL	58.3	31.9	9.8	100

N= 163

X² 10.888

p< .05

FUENTE: Base de Datos original del Proyecto: Quejas interpuestas en CONAMED por Falta de Oportunidad en el Tratamiento Quirúrgico. Infante C. 2000

¹ Promovente es aquella persona que presenta la queja sin ser necesariamente el representante legal.

Existen diferencias en cuanto a la edad de los usuarios diferidos según la institución (X^2 10.888 $p < .05$). En las unidades de la Secretaría de Salud se difieren las cirugías más frecuentemente a menores de edad que en otras instituciones (27.8% vs 9.5% y 4.0%). Contrariamente, en el Seguro Social, se difieren más cirugías conforme aumenta la edad (38.9.% vs 55.8% y 70.0%).

C. Especialidad médica

La distribución de las quejas por problemas de oportunidad del tratamiento quirúrgico según las *especialidades médicas* muestra que en ortopedia y cirugía general se concentran dos quintas partes de los casos (20.2% y 19.0%). El 46.7% de los casos se distribuyen en: oftalmología (9.2%), urología y nefrología (8.6%), neurocirugía (7.4%), gineco-obstetricia (6.7%), cardiología y angiología (6.1%) y pediatría (4.9%). El 17.8% restante se distribuye en el resto de especialidades con proporciones muy pequeñas en cada una (Cuadro 2). Los tipos de especialidad no se encontraron asociados con ninguna otra variable de las quejas.

Cuadro 2
Especialidades médicas de las quejas por diferimiento quirúrgico
Distribución porcentual

	%	%
Ortopedia	20.2	39.4
Cirugía general	19.2	
Oftalmología	9.2	46.6
Urología y nefrología	8.6	
Neurocirugía	7.4	
Gineco-obstetricia	6.7	
Cardiología/ angiología	6.1	
Pediatría	4.9	
Urgencias	3.7	
Otras	14.0	14.0
TOTAL	100%	100%

FUENTE: Base de datos original del proyecto: Quejas interpuestas en CONAMED por falta de oportunidad en el tratamiento quirúrgico. Infante C. 2000

B) Características de los eventos de diferimiento

Lapsos de diferimiento

En casi la mitad de los casos (49.7%) pasó entre un día y una semana entre la fecha en que debió realizarse la cirugía y la nueva fecha asignada,² en el 28.8% de las quejas pasaron entre ocho días y cuatro meses, y el 21.5% más de cuatro meses (χ^2 20.9571 p.0000).

No se observan diferencias de los lapsos de diferimiento según tipo de institución pero si hay diferencias significativas por nivel de atención: es 1.7 veces más frecuente encontrar periodos largos de diferimiento (más de cuatro meses) en unidades de tercer nivel, que en las de segundo nivel de atención (29.0% vs 16.8%), en donde son mayores los porcentajes de quejas por diferimiento corto de las cirugías (χ^2 4.51 p <.05). (Cuadro 3).

Cuadro 3
Lapso de diferimiento por nivel de atención de la unidad de salud
Distribuciones porcentuales

Nivel de atención	Lapso del diferimiento			Total
	0 - 8 días	9 - 120 días	121 + días	
2 ^{do} nivel	55.4	27.7	16.8	100.0 (62.0%)
3 ^{er} nivel	40.3	30.6	29.0	100.0 (38.0%)
TOTAL	49.7	28.8	21.5	100.0 (100%)

χ^2 4.51 p <.05

FUENTE: Base de Datos original del Proyecto: Quejas interpuestas en CONAMED por Falta de Oportunidad en el Tratamiento Quirúrgico. Infante C. 2000

Número de diferimientos

En cuanto al número de diferimientos, una tercera parte de los usuarios fueron diferidos solo una vez, mientras que el resto fueron diferidos dos o más veces, resultados que nos indican que, en la mayoría de los casos la queja es producto de un proceso de reiterados

diferimientos y no de un evento único. Las quejas constituyen el momento en el que el nivel de tolerancia del paciente a un conjunto de problemas de calidad de la atención llega a su límite y/o se presentan otros problemas.

En el Cuadro 4 se observa que, como es de esperarse, *conforme aumenta el lapso de diferimiento, mayor es la probabilidad de que el tratamiento quirúrgico haya sido pospuesto un mayor número de veces* (X^2 6.0 $p < .05$). Casi la mitad de las cirugías (49.7%) fueron pospuestas entre 1 y 8 días. Hay una probabilidad mayor de que este lapso corto se presente en aquellos casos en que la cirugía fue diferida pocas veces (una o dos), comparadas con aquellas que fueron diferidas por lapsos mayores (79.0% vs 68.1% y 57.1%) Cuadro 4 .

Cuadro 4
Número de diferimientos quirúrgicos por características del servicio
Distribuciones porcentuales

Características de las quejas	Número de diferimientos			X^2 p
	1 – 2	3 +	TOTAL	
TOTAL	71.2	28.2	100	
<u>Lapso del diferimiento</u>				
0 a 8 días	79.0	21.0	100 (49.7)	X^2 6.0 $p < .05$
9 a 120 días	68.1	31.9	100 (28.8)	
Más de 120 días	57.1	42.9	100 (21.5)	
<u>Quien radica la queja</u>				
Usuario directamente	44.8*	55.2**	100 (41.1)	X^2 5.47 $p < .05$
Representante	27.1	72.9	100 (58.9)	
<u>Nivel de atención</u>				
Segundo nivel	77.2	22.8	100 (62.0)	X^2 4.01 $p < .05$
Tercer nivel	61.3	38.7	100 (38.0)	
<u>Diferimiento en urgencias</u>				
Si	84.2	15.8	100 (23.3)	X^2 4.10 $p < .05$
No	67.2	32.8	100 (76.7)	

* 1 diferimiento ** 2 o más

FUENTE: Base de datos original del proyecto: Quejas interpuestas en CONAMED por falta de oportunidad en el tratamiento quirúrgico. Infante C. 2000

² Para los casos en que los usuarios se quejaron en CONAMED porque se les informó que requerían una cirugía pero no se les programó, el lapso que fue registrado corresponde al tiempo entre el diagnóstico y la fecha en que se presentan en la CONAMED.

En relación a la persona que interpone la queja y el número de diferimientos, se observa que es más frecuente que se reporte más de un solo diferimiento cuando 'no' es el usuario quien radica la queja (72.9%), a cuando es el mismo usuario quien personalmente pone la queja (55.2%), en cuyo caso es más posible que reporte más de un diferimiento ($X^2 5.47$ $p < .05$) Cuadro 4.

En la mayoría de los casos en que el diferimiento quirúrgico se produjo en urgencias, el usuario se queja por dicho evento (84.2%). Es de esperarse que la percepción de urgencia de su problema de salud y el reconocimiento de la necesidad de una cirugía, alerta al paciente a suponer la urgencia quirúrgica (lo cual es independiente del hecho de que proceda clínicamente), misma que al no realizarse, deriva en una queja médica (Cuadro 4).

El número de diferimientos es independiente de la institución (IMSS, ISSSTE, y unidades para población abierta) de donde provengan los usuarios. Sin embargo, *es más frecuente encontrar que los usuarios con uno o dos diferimientos provengan de unidades de segundo nivel y que aquellos cuya cirugía se ha pospuesto tres o más veces provengan de unidades de tercer nivel de atención* ($X^2 4.01$ $p < .05$) Cuadro 4.

5) Conclusiones

La negación de los servicios médicos, los tiempos de espera y el diferimiento de la atención son problemas de calidad por los cuales una gran proporción de la población, tanto en México como en muchos otros países, reporta insatisfacción con la calidad de los servicios, ya sea a través de encuestas poblacionales o por quejas o demandas médicas. Empero, es importante reconocer que los usuarios no se quejan *simplemente de un "diferimiento"*, o de "tiempo de espera largo". Existen un conjunto de factores del contexto de la atención que experimentan los usuarios que son los que dan cuenta de la queja por la falta de atención oportuna. En los capítulos posteriores se demuestra con análisis estadísticos la forma como se relacionan algunos de los elementos del modelo conceptual para configurar diferentes problemáticas y tipologías de quejas derivadas de la percepción de los pacientes de su proceso de atención médica.

El diferimiento quirúrgico es claramente un problema de los servicios de salud institucionales y es producto de la interrelación de los problemas de disponibilidad, de recursos, organizacionales y de políticas de cada institución. En los datos aquí obtenidos resalta que, por ejemplo, en las unidades que atienden a la población abierta, hay mas diferimientos de menores de edad mientras que en el Seguro Social se difiere más a personas mayores de 60 años. La cirugías en ortopedia son las más frecuentemente reportadas como queja, posiblemente porque los problemas ortopédicos son mucho mas claros de sentir y evidentes de percibir por los pacientes que el resto de los problemas quirúrgicos. Es decir, es una tendencia estadística provocada por la facilidad de la población para percibir la enfermedad más que por la calidad de la atención médica de la especialidad, o la falta de recursos, lo cual demuestra nuevamente que las quejas constituyen la perspectiva de los pacientes y no son el reflejo de la incidencia de problemas técnicos de la atención.

En capítulos previos se propone y argumenta el hecho de que la insatisfacción con la calidad de la atención debe comprenderse como *un proceso* y no como producto de un error o una sola irregularidad en la atención. Empíricamente aquí se demuestra que en dos terceras partes de las quejas por diferimiento quirúrgico la cirugía se pospuso más de una vez y se observa que naturalmente, mientras mas veces se difiere el tratamiento, mayor es el lapso que el paciente espera. Este problema es significativamente mas frecuente en los servicios de urgencias y en unidades médicas de tercer nivel de atención. Las características del problema del diferimiento quirúrgico desde la perspectiva del paciente aquí descritas deben complementarse con estudios que incluyan otros enfoques, tal como el análisis de casos clínicos, el análisis de la atención médica¹¹ y el análisis organizacional.¹²

Referencias

¹ Infante C, Abreu LF, Reyes-Lagunes I. Las quejas de los pacientes: Objetividad de los indicadores subjetivos de la calidad de la atención médica. *Revista de Psicología Social y Personalidad* 1998; 14 (2): 173-191 (Cuadro 3, Pág. 183).

² Berg B. An introduction to content analysis. En: *Qualitative research methods for the social sciences*. Boston: Allyn and Bacon, 1998. p. 223-252.

-
- ³ Glaser B. & Strauss A. The discovery of grounded theory. London: Weidenfeld & Nicolson. 1967.
- ⁴ Strauss A. Corbin J. Grounded theory methodology. An overview. En: Denzin N, Lincoln Y (eds) Handbook of Qualitative Research. London: Sage. 1994. Pags. 273-285.
- ⁵ Donabedian A. Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de los servicios de la atención médica. México: FCE. 1973. Págs. 495ss
- ⁶ Aday LA, Andersen R. Framework for the study of access to medical care. Health Service Research 1974;9:208-220.
- ⁷ Fielder J. A review of the literature on access and utilization of medical care with special emphasis on rural primary care. Soc Sci & Med 1981; 15C: 129-142.
- ⁸ Penchansky R, Thomas WJ. The concept of access. Definition and relation to consumer satisfaction. Medical Care 1981; 19 (2):127-140.
- ⁹ Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. En White R. *et al* (eds) Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. Washington 1992. Págs. 929-936.
- ¹⁰ Turner H. Sociological theorizing. En: Turner H. The structure of sociological theory. Homewood, Illinois: The Dorsey Press. 1982. 3 ed. Pág. 10.
- ¹¹ Aguirre JF, Chávez G, Huitrón GA, Cortés N. ¿Porqué se suspende una cirugía? Causas, implicaciones y antecedentes bibliográficos. Gac Méd Mex 2003; 139 (6): 545-551.
- ¹² García M, Sánchez J, Morales J, Aguirre-Gas H. Diferimientos y estancia hospitalaria innecesaria en una unidad de tercer nivel de operación. Calidad de la Atención a la Salud 1996; 3 (1-2): 18-22.

Capítulo 11

Perfiles técnicos de las quejas, duplicación de servicios y pretensiones de los usuarios

1) *Quejas por diferimiento quirúrgico: Problemas técnicos y duplicación de servicios.*

Dentro del complejo proceso que implica la atención médica, la queja es solo uno de diversos indicadores de insatisfacción de los pacientes. En capítulos previos se ha profundizado sobre la forma en que la insatisfacción constituye un proceso que se va generando en el transcurso de la atención a partir de una serie de eventos y significados dentro de contextos particulares. Cuando los pacientes interponen su queja, relatan su experiencia y describen aquellas situaciones que, bajo su perspectiva, constituyeron irregularidades en la atención médica recibida. Dentro de este conjunto de problemas de calidad de la atención usualmente existe un problema que el usuario señala como su *principal motivo de queja* y de esa manera lo expresa. Sin embargo, en el análisis de cada una de las quejas, se identifican otros *factores que caracterizan la atención médica* los cuales no son necesariamente irregularidades pero de alguna manera se asocian a ellas. Por lo tanto, su identificación y análisis permite comprender mejor el contexto dentro del cual se produjo la insatisfacción que derivó en queja. Adicionalmente, dentro de las narraciones también se identifican otros factores que indican insatisfacción como es el caso de la *duplicación de servicios*. Al interponer las quejas, los usuarios narran sus trayectorias de atención que contienen las diferentes acciones desarrolladas, los servicios utilizados y los médicos consultados. Es así como las quejas constituyen una valiosa fuente de información en nuestro país sobre la forma como las personas duplican los servicios dentro de un sistema de salud conformado por la co-existencia de servicios públicos, de seguridad social y privados.

Con base en el análisis de las características de la utilización de los servicios de salud dentro de las cuales se presentaron las quejas, en este capítulo se identifican y contextualizan los problemas técnicos de calidad de la atención encontrados en ellas y se documentan sus posibles consecuencias, entre ellas, el análisis de los factores asociados al

hecho de que algunos pacientes dupliquen servicios y otros no lo hagan. En este sentido los análisis se orientan a demostrar que:

- 1) La *problemática* de las quejas tiende a *agruparse* con base en niveles de *complejidad*. Es decir, se identifican grupos de quejas caracterizados por factores que hacen más compleja o más sencilla su atención médica.
- 2) Se pueden identificar *perfiles* de queja con base en el *tipo de irregularidades técnicas* que las caracteriza. En este caso clasificadas en tres tipos de problemas principales: problemas organizacionales de los servicios de salud, problemas de pericia clínica, y problemática mixta, los cuales incluyen problemas organizacionales y clínicos.
- 3) Los *problemas técnicos* de las quejas están *asociadas* a aquello que el paciente solicita al radicar la queja (*pretensiones*).
- 4) El *tipo de problema técnico* involucrado en la queja *no está asociado a duplicación de servicios*, sino que es la *percepción de urgencia de la enfermedad y el número de problemas de calidad de la atención* que experimenta el paciente aunado a problemas en la *relación médico-paciente* lo que lleva a los pacientes a duplicar los servicios.

2) Método

Este análisis cuantitativo se hizo con base en el estudio de todas (163) las quejas radicadas en CONAMED por falta de oportunidad en el tratamiento quirúrgico a partir de junio de 1996 a mayo de 1998. Con base en la técnica de análisis de contenido de los textos, se identificaron los factores que caracterizan a las quejas. Estos indicadores fueron codificados en variables numéricas, las cuales fueron capturadas en una base de datos para manejo estadístico. Se realizaron análisis univariados, bivariados (X^2 de Pearson y significancia estadística) y multivariados (regresión logística).

Las variables *independientes* utilizadas para demostrar las hipótesis mencionadas fueron: institución de salud en donde se produjo el diferimiento que motivó la queja, la persona que interpuso la queja (el paciente o un representante), la calificación técnica de la urgencia de la atención (no urgente, regular, muy urgente), el número total de problemas técnicos de calidad de la atención identificados en la queja, el número de veces que la cirugía fue

diferida, si se identifica que existieron problemas de comunicación (se especifica que no informaron, o mal informaron, etc.), si el diferimiento quirúrgico estaba técnicamente justificado, si hubo problemas en la relación médico-paciente (de interacción más allá de la información), si el paciente duplicó la utilización de algún servicio, y la pretensión de los usuarios al radicar la queja (atención médica o reembolso/indemnización). Estas variables se pueden identificar en el esquema del Modelo Conceptual presentado en el capítulo anterior.

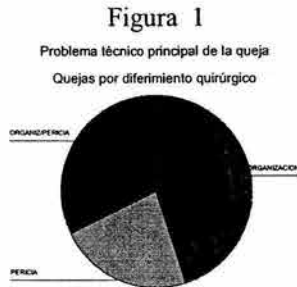
Para *caracterizar las quejas*, la *variable dependiente* fue el tipo de *problema técnico principal* del diferimiento quirúrgico. El análisis de las características de las quejas fue hecho por dos médicos, previa estandarización de criterios.¹ Para ello se utilizaron dos fuentes de información, el narrativo de hechos planteado por el paciente al radicar su queja y la historia clínica. Los codificadores podían especificar hasta tres problemas técnicos de calidad de la atención por caso y debían anotarlos en orden tomando en cuenta la prioridad de los problemas en determinar la falta de oportunidad en el tratamiento quirúrgico. Los tres tipos de causas técnicas fueron: problemas de pericia o competencia médica, problemas organizacionales (incluyendo los administrativos y la falta de recursos), y causas mixtas en donde se encontraron problemas de pericia o clínicos y además problemas organizacionales. En el análisis que se presenta en este capítulo sólo se tomó en cuenta el problema técnico principal que caracterizaba a la queja. En el capítulo siguiente se hace un análisis multivariado de los diferentes problemas en las quejas.

Para *caracterizar la insatisfacción* con la atención, se analizó la *duplicación de servicios* como una segunda *variable dependiente* (dicotómica) bajo el supuesto de que constituye un indicador de insatisfacción con los servicios, ya que si las personas deciden utilizar otro servicio sin haber sido referidos para un mismo episodio de enfermedad,² muy probablemente se debe a que no están satisfechos o conformes con la atención recibida.

3) Resultados

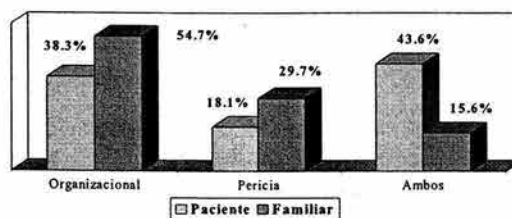
El primer resultado fue la distribución de los tipos de problema técnico principal por las cuales hubo diferimiento quirúrgico. Como se observa en la figura 1, los problemas organizacionales fueron las causas que más provocan el diferimiento quirúrgico (45%).

Los problemas de pericia médica fueron el motivo principal del diferimiento en casi una tercera parte de los casos (32%). La presencia de problemas organizacionales y de pericia con un peso similar caracterizó al 23% de los casos.



Al analizar la asociación entre el tipo de problema técnico principal del diferimiento según la persona que interpuso la queja (Figura 2), se observa que cuando es el *paciente* quien directamente interpone su queja y no un familiar, es 2.8 veces más frecuente que se reporten tanto *problemas de pericia como organizacionales* (43.6% vs 15.6%). Contrariamente, cuando son los *representantes* quienes presentan la queja y no los usuarios, con mayor frecuencia reportan *un solo tipo de problema como más importante*: problemas organizacionales (54.7% vs 38.3%) o problemas de pericia (29.7% vs 18.1%) $X^2 13.76$ $p < .001$.

Figura 2
 Problema técnico principal asociado a la queja por persona que la radica
 Quejas por diferimiento quirúrgico



$X^2 13.76$ $p < .001$

En el Cuadro 1 se presentan los resultados de las asociaciones entre el tipo de problema técnico principal de las quejas y las características de la utilización de los servicios de

salud. Se puede observar en primera instancia que el tipo de problema técnico principal *no* está asociado con la institución de salud en donde ocurrió el diferimiento.

- Perfil de las quejas cuyo principal problema técnico fue solamente de tipo *organizacional*:

Comparando con las quejas que involucraron un problema de pericia, se observa que tienen una mayor probabilidad de haber involucrado problemas de salud *no urgentes* (65.6% vs 39.3% regularmente urgente y 40.0% muy urgentes), haber tenido solo *pocos* (uno o dos) *problemas de atención* en total (62.5% vs 30.2% mas de dos problemas), haber tenido *uno o dos diferimientos* (46.4% vs 41.3% tres o mas diferimientos), *no* identificarse *problemas de información* en la atención (59.4% vs 35.1% si hubo problemas de información), y que el diferimiento haya sido técnicamente *justificado* (65.4% vs 34.9% que no haya sido justificado).

- Perfil de las quejas cuyo principal problema técnico fue solamente de *pericia o competencia clínica*:

En estas quejas es más frecuente que el problema de salud haya sido *regularmente urgente* (39.3%), que haya tenido *tres o más problemas técnicos* en su atención (24.4% vs 20.8%), que el paciente solo haya sido *diferido una o dos veces* (28.6% vs 8.7%), que haya habido *problemas de información* (24.5% vs 20.3%) y que el *diferimiento no haya sido justificado* (25.5% vs 17.3%).

- Perfil de las quejas cuyo problema principal fue una *irregularidad organizacional conjuntamente con un problema de pericia*:

En estas quejas con problemas mixtos es más probable que los pacientes hayan presentado problemas de salud *urgentes* (40.0% vs 15.6% y 32.1%), que se hayan presentado *tres o más irregularidades técnicas* en su atención (45.3% vs 16.7%),

Cuadro 1
Problema técnico principal asociado a la queja por características de los casos
Quejas por diferimiento quirúrgico
Distribuciones porcentuales

Características de los casos (n = 163)	PROBLEMA TÉCNICO PRINCIPAL				TOTAL	X ²	p
	Organizacio- nal %	Pericia %	Organizacio- nal y pericia %	%			
Total	45.8	21.3	32.9	100			
Institución de salud							
IMSS	39.1	23.9	37.0	100 (58.2)			
ISSSTE	54.9	17.6	27.5	100 (32.3)			
Población abierta	46.7	33.3	20.0	100 (9.5)	X ² 4.85	p.298	(ns)
Quien interpone la queja							
Pacientes	38.3	18.1	43.6	100 (59.0)			
Familiares	54.7	29.7	15.6	100 (40.5)	X ² 13.76	p<.001	
Urgencia del problema							
No urgente	65.6	18.8	15.6	100 (20.3)			
Regular urgente	39.3	28.6	32.1	100 (35.4)			
Muy urgente	40.0	20.0	40.0	100 (44.3)	X ² 9.1	p<.05	
Núm. de problemas de calidad de la atención							
1-2 problemas asociados	62.5	20.8	16.7	100 (45.6)			
3+ problemas técnicos	30.2	24.4	45.3	100 (54.4)	X ² 19.28	p<.0001	
Núm. de diferimientos							
1-2 diferimientos	46.4	28.6	25.0	100 (70.9)			
3 ó más diferimientos	41.3	8.7	50.0	100 (29.1)	X ² 12.15	p<.001	
Probl. de información							
No hubo	59.4	20.3	20.4	100 (59.5)			
Hubo probl. información	35.1	24.5	40.4	100 (40.5)	X ² 10.05	p<.01	
Diferimiento justificado							
Sí justificado	65.4	17.3	17.3	100 (59.5)			
No justificado	34.9	25.5	39.6	100 (40.5)	X ² 13.61	p<.001	
Pretensión principal							
Atención médica	49.0	14.9	35.6	100 (58.0)			
Reembolso/Indemnización	39.7	31.7	28.6	100 (42.0)	X ² 6.01	p<.05	

FUENTE: Base de datos original del proyecto: Quejas interpuestas en CONAMED por falta de oportunidad en el tratamiento quirúrgico. Infante C. 2000

que les hayan *diferido su cirugía tres o más veces* (50.0% y 25.0%), que hayan tenido *problemas de información* (40.4% vs 20.4%) y que el diferimiento *no haya sido justificado* (39.6% vs 17.3%).

- El tipo de problema técnico y las pretensiones de los usuarios

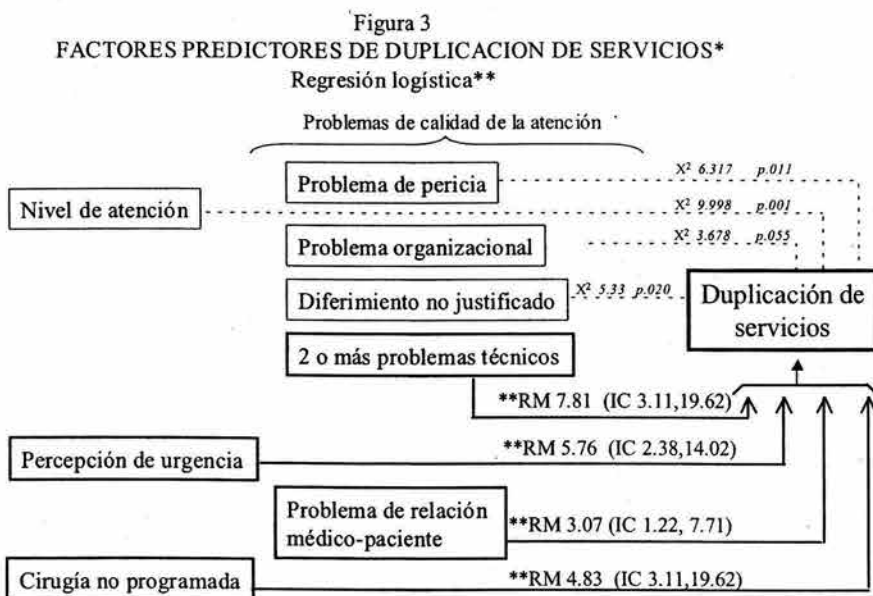
Existe una asociación significativa entre el tipo de problema principal que caracterizó la atención de los pacientes y las pretensiones de los usuarios en su queja. Cuando hubo una *irregularidad organizacional involucrada en la queja*, ya sea como causa principal o asociada a un problema de pericia, existe una probabilidad mayor de que los pacientes al quejarse soliciten que se continúe con la *atención médica* (49.0% vs 39.7% y 35.6% vs 28.6% respectivamente). Sin embargo, cuando el problema técnico asociado a la queja es fundamentalmente de *pericia médica*, es 2.3 veces más frecuente que lo que solicite el quejoso sea *reembolso o indemnización económica* y no atención médica (31.7% vs 14.9%).

- La duplicación de servicios y su asociación con los problemas técnicos y con la insatisfacción

En las quejas por diferimiento quirúrgico se encontró una prevalencia muy alta de duplicación: el *60.8% de los pacientes habían duplicado* (por lo menos una vez) *el servicio* con otro proveedor para atender el mismo episodio de enfermedad y sin haber sido referido por otro médico o servicio (por ejemplo, IMSS a SSA, ó SSA a privado, o privado a ISSSTE, etc.). Por el impacto de la duplicación en los servicios de salud y por constituir un importante indicador de insatisfacción, se hizo un análisis más profundo para identificar en que forma está asociada a los problemas de la atención.

En la Figura 3 se presentan todas las variables con las que se encontraron asociaciones significativas con duplicación. En la parte superior del cuadro se observan los cuatro factores originalmente asociados con la duplicación pero que salen al realizar un modelo de regresión logística (Forward Wald, 95%). En la parte de abajo se encuentran las cuatro variables que permanecen asociadas con la duplicación en el modelo multivariado.

Como se puede observar los problemas técnicos de pericia y organizacionales se asocian con el hecho de que el paciente duplique los servicios. Asimismo el nivel de atención del servicio y el hecho de que el diferimiento no haya sido justificado, también están asociados con la búsqueda de otra fuente de atención. Sin embargo, al hacer un análisis multivariado para conocer cuáles de estas variables predicen la duplicación, se observa que los problemas técnicos de pericia y organizacionales, el nivel de atención y la no justificación técnica del diferimiento pierden su efecto en la duplicación al combinarse conjuntamente con el resto de las variables asociadas.



** Modelo: χ^2 61.48, p.000 gl 4 (Método forward Wald; 95%)

* Quejas interpuestas en CONAMED por falta de oportunidad en el tratamiento quirúrgico.

Las cuatro variables que quedan finalmente en el modelo como los factores cuya interacción predice la duplicación, ordenadas en una posible secuencia temporal son: que el paciente haya percibido como urgente su problema de salud (RM 5.76), que su cirugía no haya estado programada (porque fue una urgencia o porque no se le haya dado fecha) (RM 4.83), que en su proceso de atención se identifiquen dos o más problemas técnicos de calidad (RM 7.81) y que haya habido problemas en la relación médico-paciente (RM 3.07).

Es decir, en las quejas por cirugías inoportunas, la duplicación de servicios *no* se explica por el *tipo* de irregularidades *per se* (técnica u organizacional) o incluso por el hecho de que el diferimiento sea justificado, sino que se explica por la forma como experimenta el paciente la *situación enfermedad-atención "en su conjunto"* y la *deficiente relación interpersonal* que no neutraliza el enfrentamiento del paciente hacia su enfermedad y problemas de los servicios.

4) Conclusiones

Los resultados encontrados son una muestra de la valiosa información que nos proporcionan las quejas médicas en un análisis poblacional y bajo un enfoque socio-médico. Las quejas son un reflejo de cómo perciben los pacientes su proceso de atención médica y actúan en consecuencia. Por lo tanto, no es extraño que se hayan encontrado diferencias en el contenido de las quejas dependiendo de quien las radica. Algunos estudios sobre quejas médicas también han investigado la proporción de quejas interpuestas directamente por los quejosos y por sus representantes, sin embargo, no se encuentra en la literatura ningún análisis del contenido de las quejas tomando en cuenta quien las radica. Al respecto, en Australia, Daniel y colaboradores encontraron que el 44% de las quejas fue interpuesto por un representante,³ Lloyd-Bostock y Mulcahy en Inglaterra reportan que casi la mitad de las quejas estudiadas fueron interpuestas por el afectado.⁴ Otros hallazgos encuentran proporciones mucho mayores, como Allsop cuyo estudio reporta que 85% de las quejas no fueron interpuestas por los afectados.⁵ En este trabajo se encontró que el 40% de las quejas fueron presentadas por un representante, pero adicionalmente se demuestra

que cuando la queja la interpone el mismo paciente existe una tendencia a manifestar y registrar situaciones más complejas y descripciones más pormenorizadas de los problemas de atención experimentados. En cambio, cuando es un representante quien radica la queja, se reportan situaciones más precisas y menos complejas. Esto ayuda a *documentar* en que forma *las quejas son producto de las construcciones de los pacientes y de sus experiencias de problemas en la atención y no son un buen indicador de calidad técnica de la atención.*

Troyen y colaboradores en el clásico estudio de Harvard manifestaron que los casos tienden a agruparse por niveles de complejidad, en donde los problemas de negligencia más serios se presentaron en pacientes con las enfermedades más graves y con más complicaciones.⁶ Los resultados aquí obtenidos muestran las mismas tendencias: existe un tipo de quejas que agrupa a los casos *menos graves*, con *menos problemas de calidad* de la atención. Este grupo incluye las quejas cuyo *principal problema es organizacional*, que no están técnicamente justificadas y que no es extraño que sean las personas que esperan que a través de la queja se agilice y mejore la *atención* quirúrgica que no se les ha proporcionado correctamente. Este tipo de queja es claramente el reflejo de problemas de recursos y de organización inter e intra servicios de salud.

Un segundo tipo de quejas son aquellas en las que subyace básicamente un problema de *pericia* médica y cuya principal característica es que no están justificados y no provocan diferimientos reiterados. Este grupo de quejosos lo que más frecuentemente solicitan es *reembolso* económico. Muy probablemente en estos casos, el paciente acudió a otra institución o con otro médico quien le informó del “error clínico” de no hacer la cirugía y él mismo le hace la cirugía. Ante esta erogación, el paciente interpone la queja para recuperar sus gastos con el argumento de un error médico del cual fue informado (y/o ratificado) por el segundo médico.

El tercer tipo de quejas son los casos más *complejos y más urgentes*, en donde se vieron involucrados *ambos tipos de problemas: organizacionales y de pericia*, que muestran mayor número de problemas de atención médica, de información y de más cirugías pospuestas. Estos pacientes más frecuentemente buscan que con su queja se continúe su *atención* médica apropiadamente.

Por otro lado, los resultados sobre los factores *predictores de la duplicación* también muestran que *no es la particularidad del (de los) tipo(s) de problema técnico(s)* lo que predice la insatisfacción (medida a través de la duplicación), *sino que es la perspectiva de los usuarios* sobre su enfermedad y los obstáculos de la atención (no programación, número de problemas técnicos) lo que está asociado a, en este caso, la duplicación de servicios, aunado a las deficiencias en la relación médico-paciente.

Es interesante observar que los *problemas de comunicación* se muestran asociados con los perfiles de *problemas técnicos*, teniendo un efecto negativo en las quejas más complejas con problemática mixta (pericia y organizacional). Sin embargo, en cuanto a la duplicación de servicios, los problemas de comunicación no se asociaron con la *duplicación* pero los *problemas de relación médico-paciente* si se asocian con duplicación de servicios. Estos resultados confirman la diferencia entre las competencias médicas de comunicación y las de relaciones interpersonales hechas recientemente por expertos en dicho campo (Reporte Kalamazoo II),⁷ en el cual se definen las *habilidades de comunicación* como el desempeño de tareas y *conductas específicas* como la obtención de la historia clínica, explicar el diagnóstico y pronóstico, dar instrucciones terapéuticas y asesoría. Por su parte, las *habilidades interpersonales* son inherentemente *relacionales* y orientadas hacia *procesos*, constituyen el efecto que tiene la comunicación en otras personas tal como disminuir la ansiedad o establecer una relación de confianza.⁸ Esta diferencia es sin duda fundamental en el desarrollo de la insatisfacción y la manifestación de sus efectos como es la duplicación de servicios y la queja médica.^{9,10}

En resumen, el análisis de las quejas según el problema técnico principal asociado a ellas aquí expuesto permitió: 1) demostrar como se forman tipologías de quejas según sus características técnicas; 2) entender como la complejidad del *contexto* caracteriza a cada grupo de quejas; 3) identificar la forma como se asocian los problemas de calidad de la atención que experimentan los pacientes con las diferentes *pretensiones* cuando radican su queja; y 4) documentar que si bien la complejidad técnica conforma el problema, *los pacientes construyen la insatisfacción integrando la percepción de su enfermedad con la percepción de la problemática "general" de su atención médica*, en donde la *relación médico-paciente media* entre los problemas y las acciones derivadas de la insatisfacción.

Cabe mencionar que los expedientes de queja médica constituyen casos de insatisfacción, por lo cual la prevalencia de duplicación de servicios es probablemente mayor que en la generalidad de los pacientes. Sin embargo, las quejas médicas son una fuente útil, casi única, que aunque no es absolutamente precisa, permite identificar en forma mas integral el proceso de búsqueda de atención médica y características de utilización de servicios como es la duplicación, permitiendo evaluar las distorsiones en la continuidad de la atención por la insatisfacción,¹¹ y medir el efecto de la falta de comunicación y de los problemas interpersonales en las conductas derivadas de la percepción de problemas de calidad en la atención médica.

Referencias

-
- ¹ Agradecemos la entusiasta colaboración de los médicos de la CONAMED cuya pericia y experiencia hicieron posible esta labor y el dedicado trabajo del Dr. Arturo Ruíz Ruisánchez quien colaboró en este proyecto durante su servicio social en CONAMED.
 - ² Lo AY, *et al.* Doctor-shopping in Hong Kong: implications for quality of care. *International Journal for Quality in Health Care* 1994; 6 (4) 371-381.
 - ³ Daniel A, Burn R, Horarik S. Patients' complaints about medical practice. *Medical Journal of Australia* 1999; 170 (12):598-602.
 - ⁴ Lloyd-Bostock S, Mulcahy L. The social psychology of making and responding to hospital complaints: an account model of complaint processes. *Law and policy* 1994; 16 (2):123-147. Citado en: Allsop J, Mulcahy L. *Regulating medical work. Formal and informal controls.* Buckingham: Open University Press, 1996. p. 188.
 - ⁵ Allsop J. Two sides to every story: complainants' and doctors' perspectives in disputes about medial care in a general practice setting. *Law and Policy* 1994; 16 (2):149-184. Citado en: Allsop J, Mulcahy L. *Regulating medical work. Formal and informal controls.* Buckingham: Open University Press, 1996. p. 188.
 - ⁶ Troyen B *et al* Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *The New England Journal of Medicine* 1991; 326 (6): 370-376.
 - ⁷ Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R. Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II Report. *Academic Medicine* 2004; 79: 495-507.
 - ⁸ Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine* 2001; 76:390-393.

-
- ⁹ Barrier PA, Li JT, Jensen N. Two words to improve physician-patient communication: What else? *Mayo Clin Proc* 2003; 78:211-214.
- ¹⁰ Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997; 277: 553-559.
- ¹¹ Haggerty JL, Reid R, Freeman G, Starfield B, Adair C, Kandry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; 327: 1219-1221.

Capítulo 12

Patrones de queja por diferimiento quirúrgico: Integración de la perspectiva técnica y la del paciente¹

1) Reconstrucción y análisis de los motivos de queja

En los dos capítulos anteriores se buscó *caracterizar* las quejas interpuestas por diferimientos quirúrgicos y ubicarlas en los *contextos* de los servicios de salud en los que se presentan. Un cuestionamiento que queda pendiente es conocer de qué *problemas* se quejan los pacientes y si estos problemas tienden a agruparse formando *tipos de quejas* distintos. Para responder a esta pregunta y a fin de poder comparar la perspectiva del paciente con el enfoque técnico, se analizaron las quejas registrando aquellos factores que los *usuarios manifiestan como motivo de queja* y los *problemas técnicos* de la atención identificados en sus expedientes.

Este análisis integrado de los motivos de queja (perspectiva del paciente) y los problemas técnicos de atención (perspectiva técnica), permitió construir "*patrones de queja*" (ejemplificado en este caso con las quejas por diferimiento quirúrgico) lo cual permite una mejor comprensión de los diferentes tipos de problemáticas que conjugan las quejas. A su vez, la búsqueda de patrones de queja permitió observar un proceso de la mayor relevancia: cada *conjunto de problemas* de calidad de la atención reportado en las quejas, refleja el *tipo de información* que se les proporciona a los pacientes en cada situación particular, misma que podemos suponer que, a su vez en muchos casos, determina que se interponga la queja.

A continuación se describen las estrategias metodológicas y estadísticas desarrolladas para complementar los análisis hechos desde la perspectiva de los pacientes y desde la perspectiva técnico-médica, para lo cual fue necesario identificar y medir las variables independientemente y después analizar las asociaciones que existen entre ellas.

2) Método

Con base en la técnica de análisis de contenido se revisaron todas las quejas interpuestas en CONAMED por diferimiento quirúrgico (1996-1998), codificando numéricamente las

variables seleccionadas. Posteriormente, a partir de análisis estadísticos multivariados, se identificaron cuatro tipos de quejas, en primera instancia resumiendo las variables a través de análisis de clusters. Finalmente, con base en regresiones logísticas se conforman los patrones de queja a partir de la problemática técnica asociada a cada uno de ellos.

Los “*problemas técnicos*” de calidad de la atención se obtuvieron de la revisión del expediente completo, incluyendo el expediente clínico de acuerdo al proceso descrito en el capítulo previo. Los “*motivos de queja de los usuarios*” se obtuvieron de la sección de “*narrativa de hechos*” del expediente de queja, los cuales fueron registrados inicialmente en forma abierta, agrupándose después de conformidad con sus significados. Posteriormente, se transformaron en variables dicotómicas para los procesos estadísticos de clasificación y manejos multivariados.

Los análisis estadísticos exploratorios se hicieron a partir de asociaciones bivariadas, pruebas de significancia, fuerza de asociación y diferencia de medias. Con el fin de reconstruir las combinaciones de “*motivos de queja*” en forma más apegada a la realidad, se construyeron grupos de motivos de queja a partir de análisis de conglomerados.² La descripción de cada uno de los conglomerados obtenidos según la combinación de sus variables constitutivas se hizo mediante correlaciones y regresiones logísticas. En este análisis, para fines de cálculo de las regresiones logísticas, cuando el 100% de los casos de una variable quedó clasificado dentro del *cluster*, se asignó artificialmente al azar un caso como no presente. Además, con el objeto de identificar la relación entre los motivos de queja desde la perspectiva de los usuarios y los problemas técnicos clasificados por médicos, así como de controlar las interacciones, se hicieron modelos de regresión logística en donde cada conglomerado (de motivos de queja) fue la variable dependiente, y variables independientes fueron los problemas técnicos de la queja identificados por médicos.

3) *Resultados*

a) Relación entre los motivos de queja de los usuarios con los problemas técnicos dictaminados por médicos

Tipo y frecuencia de los problemas de calidad de la atención manifestados por los usuarios. Al analizar la totalidad de los casos y comparar los *tipos* de problemas referidos

por los usuarios con los problemas técnicos dictaminados por los expertos, se observa que *los pacientes reportan problemas menos específicos y una menor diversidad*: los usuarios reportaron 15 problemas distintos y los expertos registraron 22. En cuanto al *número* de problemas por caso, los usuarios reportaron un número promedio significativamente menor que los registrados por los médicos: uno *versus* dos problemas respectivamente ($z = 4.013$, p [dos colas] = .000).

Los “*motivos de queja*” de los usuarios se concentraron en cinco categorías no excluyentes (por lo que no suman el cien por ciento):

- 1) El paciente refiere que no se le opera porque está “*en estudio*” (11.7%);
- 2) El paciente se queja porque *no se realizó* su cirugía (63.8%);
- 3) El paciente refiere fallas técnicas que atribuye al médico, es decir, problemas de “*pericia*” o incompetencia médica (46.6%);
- 4) La cirugía no se realizó por falta de “*recursos*” o por problemas “*administrativos*” (80.4%), y
- 5) Desinterés del médico y/o, problemas en la “*relación médico paciente*” (24.5%).

Los “*problemas técnicos*” fueron los siguientes (no excluyentes):

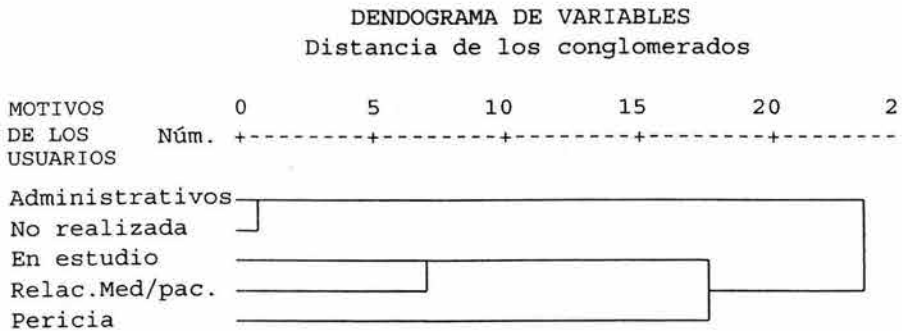
- 1) Problemas de pericia en el diagnóstico (31.3%); en el tratamiento (42.9%); en el diagnóstico y/o, en el tratamiento (52.1%);
- 2) Problemas en la relación médico-paciente (46.6%);
- 3) Falta o insuficiencia de recursos (58.3%);
- 4) Problemas administrativos (49.1%), y
- 5) Problemas administrativos (74.8%).

También se registró si las cirugías habían estado programadas (47.9%) o no.

La Figura 1 presenta el dendograma correspondiente al análisis de conglomerados (de variables) correspondientes a los motivos de queja de los usuarios. Los motivos que presentan una distancia muy cercana son la “*falta de realización*” de la cirugía con la presencia de “*problemas administrativos*”.

Figura 1

Motivos de queja reportados por los pacientes



El diferimiento de la cirugía debido a que el paciente está “en estudio” se asocia a problemas en la “relación médico-paciente”, posiblemente porque el proceso de diagnóstico “normal” puede interpretarse como incompetencia o negligencia si no existe una adecuada comunicación del médico con el paciente. Finalmente, los problemas de “pericia” se encuentran al parecer en forma independiente. Por ejemplo, se puede pensar que ante anomalías para efectuar las cirugías, con el fin de no molestarse en explicar lo que sucede los prestadores de servicios pueden dar a entender a los pacientes que no los operan porque permanecen en estudio, sin mayor aclaración. Los diferimientos quirúrgicos sin información pueden interpretarse por los pacientes como impericia .

b) Análisis de conglomerados de motivos de queja por casos

A partir del análisis estadístico de conglomerados de “*motivos de queja*” (por casos) se obtuvieron cuatro grupos con el 98.77% de casos agrupados correctamente (análisis discriminante). A continuación se presenta la forma como los conglomerados resultantes conformaron los patrones de queja, los cuales fueron caracterizados, en una primera fase por medio de sus asociaciones con las *mismas* variables con las que se construyeron (correlaciones y regresiones logísticas). Éstos constituyen los *patrones de queja desde la perspectiva del usuario*. En una segunda fase, se buscó identificar qué *problemas técnicos*

(determinados por los médicos dictaminadores) predecían la pertenencia a cada “conglomerado de motivos de queja” (Cuadro 1).

Conglomerado 1. El primer conglomerado de *motivos de queja* manifestados por los usuarios incluye 10.4% de los casos y se caracteriza porque todos los casos (100%) son usuarios que manifestaron que *su cirugía no se realizaba por hallarse ellos “en estudio”*. Este grupo de usuarios parece atribuir a la impericia médica el hecho de que su problema permanezca en estudio (59%), o bien a problemas administrativos como falta de equipo o desorganización (35%), a lo cual en algunos casos se añaden problemas de relación médico-paciente (35%), posiblemente relacionados con la carencia de una explicación relativa a la demora del diagnóstico.

El análisis de este grupo a la luz de los *problemas técnicos* no muestra ninguna asociación. Sólo se identifica que dentro de las quejas por diferimiento quirúrgico, *la no programación de la cirugía es un factor que predice pertenecer a este conglomerado* (RM .1228). Es decir, para estos pacientes, las cirugías *ni siquiera se programaron* porque estaban “en estudio”. Probablemente el bajo número de casos (17) no permite identificar claramente las características de este conglomerado.

Conglomerado 2. El segundo conglomerado incluye 13.5% de los usuarios y se caracteriza porque 77% atribuye su problema a motivos administrativos y 23% a problemas en la relación médico-paciente. A semejanza del grupo anterior, *el no tener programada la cirugía favorece el estar dentro de este conglomerado* (RM .3156). Sin embargo, en este caso *los motivos de la no programación son claramente organizacionales* (RM 10.7513). A su vez, la falta de programación quirúrgica por estos motivos hace que haya una *alta probabilidad de que se manifiesten quejas previas* a la que se interpone en la CONAMED (RM 4.2264). Análisis bivariados de este conglomerado muestran que este tipo de quejas está significativamente asociado con el hecho de que los casos provengan de *unidades de segundo nivel* de atención (X^2 6.6334 $p < .01$), que los pacientes hayan *percibido su problema como muy urgente* (X^2 3.9073 $p < .05$), y que el diferimiento de la cirugía haya provocado que el paciente buscara la atención quirúrgica en otro servicio de salud, con la consecuente *duplicación de servicios* (X^2 9.0024 $p < .005$).

Cuadro 1
Los cuatro conglomerados por sus variables constitutivas y por problemas técnicos
(correlaciones y razones de momios)

% de casos en cada conglomerado	Conglomerado 1			Conglomerado 2			Conglomerado 3			Conglomerado 4		
	10.4%			13.5%			44.8%			31.1%		
Variables que constituyen cada grupo	% casos (1)	Coeficiente correlación λ	Razones de momios ajustadas	% casos (1)	Coeficiente correlación λ	Razones de momios ajustadas	% casos (1)	Coeficiente correlación λ	Razones de momios ajustadas	% casos (1)	Coeficiente correlación λ	Razones de momios ajustadas
			X^2 84.51 p.0000 gl 1						X^2 105.18 p.0000 gl 2			X^2 133.95 p.0000 gl 3
En estudio	100	.94 ***	RM 1115.9 IC 98.8, 13421.9		-.14 *		3	-.25 ***			-.25 ***	
No realizada		-.45 ***			-.52 ***		100	.68 ***	RM 462.2 IC 33.3, 6411.0	61		
Problema de pericia	59				-.37 ***		20	-.47 ***		100	.72 ***	RM 581.2 IC 54.9, 3854.9
Problema administrativo	35	-.39 ***		77			100	.44 ***		69	-.19 **	
Relación médico-paciente	35			23			36	.23 **	RM 19.1 IC 2.4, 148.9	6	-.29 ***	RM .022 IC .005, .106

Problemas técnicos	Conglomerado 1		Conglomerado 2		Conglomerado 3		Conglomerado 4	
	Razones de momios		Razones de momios		Razones de momios		Razones de momios	
	Crudas	Ajustadas	Crudas	Ajustadas	Crudas	Ajustadas	Crudas	Ajustadas
		X^2 11.198 p.0008 gl 1		X^2 22.811 p.0000 gl 3		X^2 23.321 p.0000 gl 2		X^2 9.621 p.0019 gl 1
Pericia en el diagnóstico					RM .44 IC .21,.88		RM 2.1 IC 1.0, 4.3	
Pericia en el tratamiento							RM 2.9 IC 1.4, 5.7	RM 2.9 IC 1.4, 5.7
Relación médico-paciente							RM 2.3 IC 1.1, 4.5	
Organizacionales			RM 8.3 IC 1.0,63.8	RM 10.7 IC 1.3, 86.0				
Cirugía programada	RM .12 IC .02, .55	RM .12 IC .02, .55	RM .35 IC .13, .97	RM .31 IC .11, .90	RM 3.0 IC 1.6, 5.8	RM 2.8 IC 1.4,5.6		
Quejas previas			RM 4.5 IC 1.7,11.7	RM 4.2 IC 1.6,11.4	RM .40 IC .20, .80	RM .41 IC .20, .87		

~ PHI * p < .05 ** p < .01 *** p < .001 **** p < .0001 IC 95%

(1) Los porcentajes no suman 100% porque cada caso puede tener varios motivos

Fuente: Base de datos original del proyecto "Quejas por diferimiento quirúrgico"

Infante 2004

Conglomerado 3. El tercer conglomerado incluye la mayor proporción de usuarios (44.8%). Aunque este conglomerado se caracteriza por reportar problemas administrativos, los factores que predicen la pertenencia a este conglomerado son el hecho de que la cirugía no se haya realizado y una mala relación médico-paciente desde la perspectiva del usuario. La regresión logística multivariada indica que hay una relación entre estar en este grupo de usuarios y el hecho de que no se haya programado la cirugía, pero no hay relación con problemas técnicos de pericia. Este tipo de insatisfacción está asociado con el hecho de no generar quejas antes de acudir a la CONAMED. El hecho de que todos los casos reporten problemas administrativos no hace que este factor sea predictor de pertenencia al conglomerado. Sin embargo, la existencia de problemas en la relación médico-paciente si predice la pertenencia a este conglomerado. Contrariamente al caso anterior, los análisis bivariados posteriores de este conglomerado muestran que este tipo de quejas se asocia significativamente con el hecho de que los pacientes no hayan percibido su problema como muy urgente (X^2 10.5604 $p < .005$), y que el diferimiento de la cirugía no haya provocado que el paciente buscara la atención quirúrgica en otro servicio de salud esto es, no hubo duplicación de servicios (X^2 17.3973 $p < .0001$).

Conglomerado 4. Incluye 31.1% de los casos y se caracteriza porque todos estos pacientes (100%) atribuyen su problema a “falta de pericia” de los médicos, la cual se combina con “problemas administrativos” (69%), con el hecho de que “no se haya realizado la cirugía” (61%) y en una mínima proporción con problemas en la relación médico-paciente (6 por ciento).

Al contrastar este conglomerado conformado con motivos de los pacientes con los problemas técnicos encontrados en las quejas, se observa que, en coincidencia con las atribuciones de los usuarios, los problemas técnicos asociados con este grupo se refieren a impericia en el diagnóstico y en el tratamiento. Resalta que en estos casos los pacientes no se quejaron expresamente de problemas en la relación con sus médicos (RM .0212) y sin embargo, analizando los casos desde un punto de vista técnico, si se presenta asociación entre pertenecer a este conglomerado y que se hayan presentado problemas de relación médico-paciente junto con problemas de pericia (RM cruda 2.3078). Al parecer, los

pacientes atribuyen la responsabilidad primordialmente al aspecto de la pericia, lo cual coincide con el hecho de que finalmente son los problemas técnicos de pericia en el tratamiento apuntados por los dictaminadores lo que predice la pertenencia a este conglomerado (RM 2.9013).

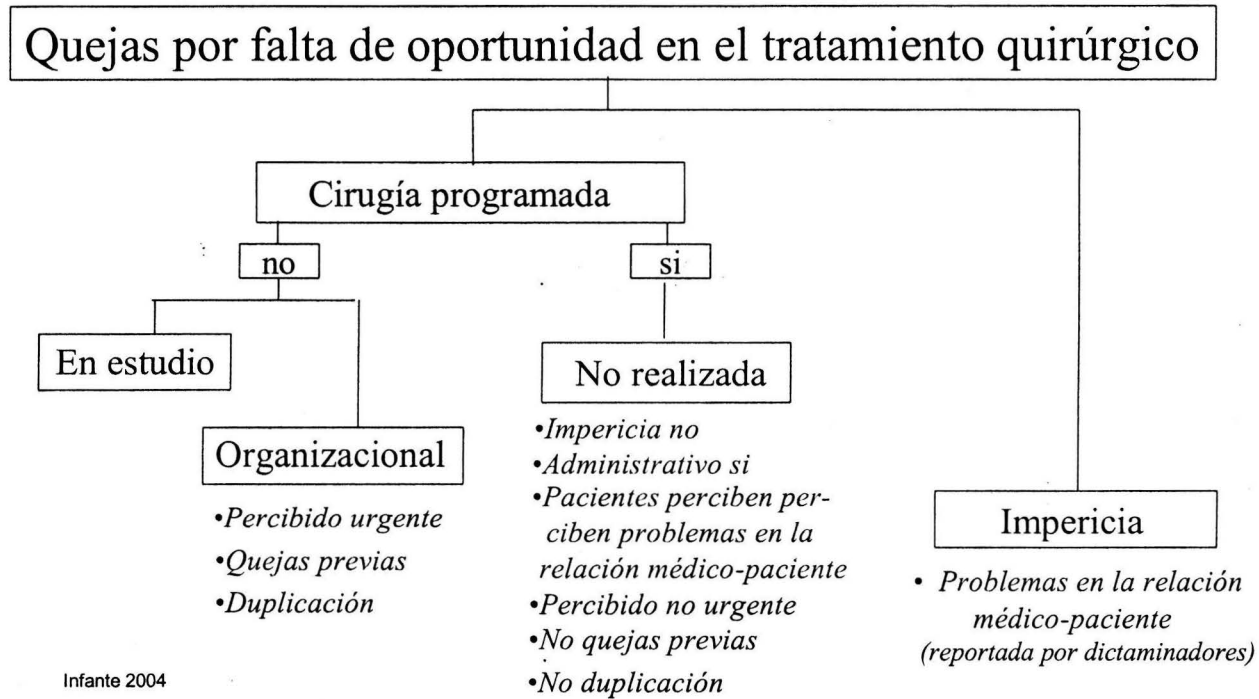
4) Conclusiones

Los patrones de queja encontrados permiten identificar claramente *cuatro situaciones diferentes* de quejas, en donde al parecer representan *cuatro fases* distintas del problema de los diferimientos quirúrgicos, tal como se observa en la figura 2. Cabe recordar que este hallazgo se complementa con los resultados del análisis cualitativo de las quejas presentado en el Capítulo 8, en donde se describe la forma como las quejas se incorporan en diferentes fases de la atención médica.

En la *primera* fase, los pacientes se quejan de que *ni siquiera se les programa la cirugía por estar en estudio*. Podría pensarse que estos usuarios se quejan porque teniendo el conocimiento o las expectativas de una intervención quirúrgica, ésta no se les programa por problemas para establecer el diagnóstico o el tratamiento. Esto puede ser un indicador de problemas administrativos y, o, de recursos para el uso de auxiliares del diagnóstico y, o, consecuencias del manejo que hacen los médicos de la incertidumbre en los diagnósticos. Como se menciona insistentemente en la literatura sobre quejas y demandas médicas, también puede ser la forma de manejar la información lo que provoca desconfianza, molestia y finalmente la queja, y no el hecho mismo de que no se llegue a un diagnóstico.

El *segundo* patrón incluye a los pacientes en la siguiente fase, es decir aquellos a quienes *no se les programa la cirugía*, no por estar en estudio sino básicamente por cuestiones organizacionales, lo cual hace que –antes de ir a CONAMED- se quejen en las mismas instituciones en las que están siendo atendidos, aunque tales quejas no resuelven su problema. El hecho de que las *quejas previas* sean predictoras de este tipo de queja en CONAMED significa que estos casos son evitables si se atiende la problemática cuando los pacientes se quejan dentro de su institución. Estos pacientes perciben su problema como urgente y tratan de conservar el control de su atención en donde son evidentes las barreras

Figura 2
PATRONES DE QUEJA MEDICA



organizacionales, ya que aún manifestando la queja en el ámbito del servicio de salud, ésta no es atendida. Ante la percepción de gravedad el paciente busca atención en otra institución. Después de ser operado en otro sitio y duplicar el servicio, la trayectoria del paciente incluye el interponer una queja para recuperar su gasto.

El tercer patrón incluye a los pacientes en la siguiente fase: son aquellos a quienes *ya se les había programado la cirugía pero ésta no se realizó*, no por problemas de pericia sino en parte por problemas administrativos y en donde también reportan una mala relación con el médico. Estos pacientes no identifican su problema como urgente, no buscan otra fuente de atención para atenderse y tampoco se quejan dentro de la misma institución antes de interponer la queja en CONAMED, posiblemente porque además no ven que su problema se pueda solucionar dentro de la instancia médica en donde están siendo atendidos.

El cuarto patrón parece corresponder a aquellos pacientes que *sí fueron operados, pero que posteriormente tuvieron algún problema*. El usuario atribuye su problema a aspectos de incompetencia médica, aunque paralelamente pudieron haber confrontado problemas administrativos. En estos mismos casos, los dictaminadores médicos encontraron problemas técnicos y además problemas en la relación médico-paciente, lo cual los pacientes no reportan como un conflicto. Quizá esto se deba a que reportar “problemas técnicos” en una queja les parece un argumento más importante que manifestar problemas en la relación médico-paciente. Sin embargo los resultados estadísticos sugieren que, por lo menos en un buen número de casos, *los problemas de pericia asociados a una mala relación con el paciente es lo que predice la queja y no el problema de impericia por sí mismo*.

En cuanto a los *resultados metodológicos*, se demuestra que con base en los motivos que exponen los pacientes, es posible identificar y construir patrones de queja y comprender más integralmente este fenómeno a partir de la aplicación integrada de técnicas cualitativas y cuantitativas. El enfoque cualitativo permitió: respetar la perspectiva del usuario; identificar los elementos que para el paciente forman parte del problema que reporta; integrar un análisis cuantitativo y finalmente, alimentar la construcción teórica del problema de las quejas médicas a la luz de los lineamientos de la elaboración de la teoría fundamentada. Las estrategias cuantitativas permitieron construir los patrones de queja con

base en lo manifestado por los pacientes y ayudaron a con base en la problemática técnica (médica) asociada a cada uno de ellos, *lo cual permitió identificar qué tipo de problemas técnicos predicen cada patrón de queja desde la perspectiva del usuario.*

Este capítulo demuestra la forma como *son complementarios los enfoques de los pacientes y de los médicos para la comprensión de las quejas.* Si se abordasen solamente los elementos de los usuarios o los problemas técnicos no se identificaría claramente de qué se quejan los pacientes ni los patrones de queja, ni cómo se asocian la perspectiva de pacientes y médicos.

Encontramos que el *discurso del paciente es más sencillo pero permite establecer el proceso de construcción de queja, el cual refleja no sólo que la información dada a los pacientes sobre su situación es fundamental, sino también que en cada patrón o tipo de queja el problema de información es distinto.* La información que se les da a los pacientes *no sólo determina que se quejen o no y de qué se quejan, sino que en el análisis del discurso de la queja se identifica que el prestador de servicios maneja la información en forma específica según los diferentes problemas de calidad de la atención que se presenten, por ejemplo, falta de recursos, problemas administrativos, incertidumbre o incompetencia en el diagnóstico, en el tratamiento, etc.* Es decir, en la *subjetividad* del paciente se identifica no sólo parte del problema técnico visto por ellos, sino también cómo se conforman las diferentes relaciones de poder entre el médico y el paciente, y de qué manera el paciente trata de recuperar el control sobre su tratamiento mediante las quejas.³

Referencias

-
- ¹ Una versión preliminar de este capítulo fue originalmente publicada en la revista *Psicología Social y Personalidad* 2000;16:81-94.
- ² Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black W. *Análisis multivariante.* México: Prentice Hall. 1999.
- ³ Rose S. Comments made during paper session. Deconstructing empowerment: The case of the Psychiatric Consumer Movement. 90th Annual Meeting of the American Anthropological Association. Chicago, 23 November 1991. Citado en: McLean A. Empowerment and the psychiatric consumer/expatient movement in the United States: Contradictions, Crisis and Change. *Soc Sci Med* 1995; 40 (8): 1053-1071.

Conclusiones

México inició el siglo XXI envuelto en una realidad demográfica, epidemiológica y económica muy diferente a aquella que en los años cuarenta orientó la creación de la estructura de nuestro sistema de salud actual y que en su momento funcionó en forma ejemplar para el desarrollo de las flamantes especialidades y de la seguridad social para los trabajadores. Los cambios en las necesidades sociales, las crisis económicas y el ritmo de los avances científicos y tecnológicos están enfrentando a la atención médica a difíciles encrucijadas entre el profesionalismo, la factibilidad, la efectividad, la ética, la equidad, las responsabilidades médicas y los derechos humanos, y entre ellos, los de los pacientes. Las necesidades de salud son infinitas y los recursos no. Los servicios de salud requieren de cambios fundamentales, sin embargo las alternativas de financiamiento de los servicios de salud se reducen y es cada vez mas evidente la inequidad de la arquitectura actual del sistema de salud para responder al derecho constitucional a la protección a la salud de todos los mexicanos.

Mientras las necesidades de salud de la población más privilegiada se redefinen constantemente y abarcan una gama cada vez mayor y mas sofisticada de servicios médicos, en la población en condiciones de pobreza prevalecen las enfermedades infecciosas que los servicios públicos buscan atender con escasísimos recursos. Adicionalmente, el incremento de los costos de la atención y de los tratamientos cada vez con mas frecuencia conduce a las familias a caer en gastos catastróficos para su atención, provocando una mayor pauperización. A su vez, la tendencia demográfica hacia el envejecimiento de la población lleva a una mayor demanda de servicios de salud y a un fuerte ascenso del gasto en jubilaciones. Las instituciones de seguridad social que cubren alrededor de la mitad de los mexicanos, resienten financieramente este fenómeno al cual se añade el incremento de los costos derivados de la medicina moderna y el aumento en la cobertura, sin tener los recursos para ampliar su infraestructura y capacidad resolutive. Los servicios de salud públicos con el insuficiente financiamiento del Estado hacen frente a una mayor demanda por el incremento de la economía informal y el empobrecimiento de grupos poblacionales que antes acudían a la medicina privada. Cerca del 45% de los

mexicanos dependen de los servicios públicos caracterizados por una calidad de atención gravemente desigual: se cuenta con hospitales, tecnología y médicos de alta calidad, pero su acceso es sólo para unos cuantos. En el otro extremo están millones de personas que dependen de unidades de salud comúnmente desabastecidas en donde el estándar de atención es muy deficiente. La población con menos recursos y mas vulnerable a la enfermedad apenas tiene acceso al paquete básico de salud y muchos grupos en alta marginación no tienen acceso prácticamente a ningún servicio. Es imperativo ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios, para lo cual se requiere incorporar la opinión de la población. Sin embargo, se debe reconocer que la población que más requiere de los servicios de salud es quien tiene menor acceso, menor calidad y menor probabilidad de quejarse por ello.

No hay duda de que la demanda de salud mas importante de los mexicanos es hacer efectivo el cumplimiento al derecho a la protección a la salud para toda la población. Los mecanismos para el logro de este propósito son estructurales, basados en cambios en el financiamiento, distribución y organización de los servicios. Los problemas del sistema de salud no se reducen a la necesidad de ampliar la cobertura sino también a las enormes disparidades en la calidad de la atención. El mejoramiento de los servicios de salud se basa en la cantidad y calidad de los servicios, incluyendo dentro de esta última, el contenido técnico y la relación interpersonal.

La educación médica sigue desarrollándose con un modelo biológico-lesional, pero en la práctica, el médico no solo se enfrenta a problemas clínico-médicos, sino a ambientes laborales, demandas y expectativas sociales para los cuales requiere de competencias no contempladas en ese modelo de currículo médico. La tecnología y ciencias médicas avanzan vertiginosamente, pero su acceso se aleja cada vez más de la mayoría de la población, incluyendo a los médicos mismos. Los ya largos periodos de formación profesional de los médicos son insuficientes ante el ritmo de generación de nuevos conocimientos. En esta dinámica, hoy más que nunca la profesión médica requiere actualizarse durante toda su vida profesional.

Es necesario adecuar las competencias, contenido y orientación de la educación y atención médica. Los avances científico-tecnológicos y las necesidades y expectativas sociales

actuales han rebasado el modelo tradicional de atención médica que adicionalmente no ha avanzado en forma proporcional en su contenido humanístico, ético y social. Ante estas circunstancias, es importante reconocer los indicadores que nos ayuden a identificar los rumbos hacia donde deben hacerse los cambios que la práctica y educación médica requiere en nuestro país.

Ante este panorama y a la luz de los derechos humanos, las acciones orientadas hacia la búsqueda de las estrategias para hacer efectivo el derecho a la protección a la salud de los mexicanos son fundamentales. La atención a las quejas médicas constituye uno de los mecanismos del sistema de salud para hacer valer los derechos de los pacientes. Las quejas y demandas médicas contienen información del tipo de cambios que requieren los servicios, ya que reflejan la manera como los pacientes experimentan las irregularidades en su atención y los mecanismos que utilizan para contender con los problemas de acceso y calidad de la atención médica del complejo Sistema de Salud en nuestro país.

Para que la información que contienen las quejas sea útil para orientar la solución de la problemática que transmiten, es necesario estudiarlas con base en metodología científica orientada a responder preguntas e hipótesis de investigación y someter los hallazgos a interpretaciones basadas en marcos conceptuales que posibiliten la explicación de los fenómenos estudiados.

La función de la investigación científica de las quejas médicas lo ha establecido la propia Comisión Nacional de Arbitraje Médico con toda claridad:

“ El propósito fundamental de la enseñanza y de la investigación en el arbitraje médico es la generación de conocimiento estratégico sobre los conflictos derivados de las inconformidades médicas y de los métodos alternos de resolución de conflictos –a partir del análisis de casos sobre la conciliación y arbitraje médico– para su aplicación en la atención de inconformidades derivadas del acto médico, la prevención de las demandas médicas y su enseñanza a estudiantes y profesionales de las ciencias de la salud y el derecho... El conocimiento estratégico es el producto de la transformación de la información que se genera por la práctica de la medicina y que se emplea en la prevención, conciliación y arbitraje de la inconformidad derivada de un acto médico. Su justificación se basa en que no basta con almacenar

un cúmulo de información derivada de toda la actividad en la mediación de inconformidades médicas que se efectúan en las instancias jurídicas o de arbitraje. La información procesada sobre los actos de inconformidad del acto médico, debe transformarse en conocimiento útil para la sociedad, para los gremios de las ciencias médicas y jurídicas. Su sistematización permitirá orientar líneas específicas de acción para la prevención y conciliación de la controversia sobre el acto médico.”¹

Las actividades básicas que propone la CONAMED para la transformación de información a conocimiento estratégico son las siguientes:

1. Revisión permanente del marco teórico-conceptual del modelo de arbitraje sobre el conflicto derivado del acto médico.
2. Procesamiento, problematización y análisis situacional de las inconformidades médicas para el desarrollo de métodos y técnicas en los paradigmas de investigación cuantitativos y cualitativos. Con base en la información recabada en las instancias de atención del conflicto médico, será posible desarrollar instrumentos académicos y técnicos para la transformación de la información en conocimiento estratégico desde las perspectivas etnográficas y positivistas de la investigación. Los instrumentos se incorporarán a los métodos y técnicas actualmente empleadas en la solución de conflictos médicos por medios alternativos. La investigación cumple la función fundamental en la generación de modelos exploratorio-descriptivos, comprensivo-explicativos y predictivo-interpretativos para evaluar la conformidad del acto médico.
3. Presentación de estudios de caso de las inconformidades médicas que se generen.
4. Desarrollo de procedimientos de auscultación entre médicos, autoridades y población general. Mediante entrevistas directas, encuestas y buzones de opinión, la investigación sobre el acto médico permitirá auscultar la percepción de la sociedad sobre la problemática derivada de las inconformidades médicas.
5. Generación de modelos de enseñanza para la prevención de inconformidades médicas. Estos modelos estarán dirigidos a una mejoría en la relación médico-paciente y a la detección de condiciones que favorezcan la vulnerabilidad de la

práctica médica y el diagnóstico oportuno de situaciones susceptibles de ocasionar una inconformidad médica.

6. Desarrollo de cursos de educación y actualización continua para los profesionales relacionados con la salud.
7. Educación para la sociedad sobre la controversia del acto médico.

La forma como entendemos y definimos un problema tiene efecto en la forma como lo estudiamos y buscamos explicar, en los hallazgos que podemos obtener y en las soluciones que podemos identificar. Esta investigación fundamenta la necesidad de construir *una nueva forma de entender las quejas médicas* bajo la perspectiva del paciente y como fenómeno social, desarrolla un modelo teórico que permite su análisis e interpretación a la luz de las ciencias sociales, propone y demuestra que para su estudio es necesario utilizar diversas estrategias metodológicas acordes con el modelo conceptual socio-médico, documenta con resultados cualitativos y cuantitativos algunos de los problemas de la atención médica que reflejan las quejas, y en forma especial, busca facilitar la comprensión de que los pacientes nos están manifestando las características del modelo de atención médica que ellos desean y no necesariamente están evaluando los servicios a partir de nuestra definición. Con estos elementos se cumplen los objetivos de esta investigación.

Los problemas de calidad de la atención que manifiestan los usuarios en las quejas no son nuevos ni desconocidos. Lo diferente es escucharlos y buscar entender como los viven, como los explican, que esperan de los servicios, que situaciones favorecen el desarrollo de la insatisfacción. Cada vez son mas contundentes las evidencias de que muchos de los errores y negligencia médica no se transforman en queja/demanda y atrás de muchas demandas no existen problemas técnicos. Ante esta situación urge hacer investigación para comprender que son las quejas y demandas y qué nos están diciendo. En este contexto, las ciencias sociales constituyen el camino idóneo para avanzar.

Entender las quejas médicas como un fenómeno social y bajo la perspectiva de los pacientes implica cambios fundamentales: la unidad de análisis ya no es el médico sino el paciente, ya no se atribuyen los problemas a errores individuales de los médicos sino a un conjunto de errores latentes del sistema, se pasa de la interpretación médica y legal de las

conductas médicas a la interpretación psico-social de las experiencias de los pacientes con los médicos; y lo más importante: cambia la definición de la presunta irregularidad médica técnicamente definida a la construcción social de la queja definida por los pacientes. Con ello cambia el diseño del modelo de atención a la salud evaluado: se pasa de un modelo definido técnicamente “desde arriba” y a la luz de las profesiones de la salud, a un modelo perfilado por las necesidades de los pacientes; ya no se enfrenta un problema estrictamente médico sino un fenómeno social que involucra a la medicina. Demostrar como viven los pacientes los problemas en la atención médica también propiciará que las actuales reacciones a las quejas y demandas orientadas hacia la medicina a la defensiva (dimensión técnica), se orienten a otras respuestas para atender la insatisfacción como es la reconstrucción de la confianza (dimensión interpersonal) y una reorganización de los servicios de salud que tome en cuenta el modelo de atención que los pacientes nos están delineando a través de las quejas individuales. A su vez esta perspectiva facilitará identificar acciones alternativas para solucionar los conflictos cuando ya que han presentado.

El *poder* que le otorgan las quejas a los pacientes no está solo en escucharlos y atender las quejas individuales, sino en investigarlas a nivel poblacional y hacer los cambios a partir de las expectativas de las características de los servicios que están mostrando las quejas. Es decir, no sólo hay que “corregir el error y/o irregularidad médica que denuncian los quejosos” pues eso aísla los problemas, los atribuye a acciones médicas correctas o incorrectas según la definición médica de la literatura y, entre otras consecuencias, los traduce al desempeño técnico de los médicos y al ignorar el contexto, los hace difícilmente modificables. El papel del paciente en las quejas no es de instrumento portador de errores médicos.

El análisis de las quejas debe permitir identificar qué *conjuntos de situaciones* son las que los pacientes definen como problema de atención, para posteriormente buscar las modificaciones correspondientes a *nivel organizacional y sistémico* en los servicios de salud. Naturalmente los cambios a nivel del sistema son mas difíciles e involucran recursos económicos y culturales. No hay soluciones fáciles al descontento que produce en los pacientes su *tránsito accidentado a través de la compleja organización de los servicios de salud en la actualidad*. Es importante considerar que muchas de las características de los

servicios que los pacientes manifiestan como irregulares son indicadores de *problemas complejos*, puntas de icebergs del *estándar de calidad esperado* y del *modelo de atención que piden los pacientes en sus quejas*.

No cabe la menor duda de que el problema de calidad más frecuente e importante en las quejas se refiere a la relación interpersonal. *Integrar en la educación, práctica y atención médica las competencias de relación social y comunicación* debe encabezar las reacciones ante las quejas y demandas médicas. Al respecto hay que recordar que la comunicación no se da en un vacío. El diseño organizacional de los servicios de salud debe contemplar la construcción de ambientes que permitan establecer buenas relaciones entre pacientes y médicos y entre los trabajadores de la salud. Los problemas de calidad de la atención no se basan únicamente en personal y recursos materiales, también se basan en los *recursos afectivos y sociales* de los prestadores de servicios. Es urgente tomar conciencia de este hecho y buscar estrategias para *desarrollar los ambientes y las competencias que permitan a los médicos construir los vínculos sociales con sus pacientes para contar con una medicina de mayor calidad*.

Entre otros factores, la comprensión de la importancia del componente interpersonal y la definición social de la queja médica también nos están indicando la necesidad de incluir profesionales en psicología dentro de los equipos de atención a la queja médica, buscando atender el fuerte componente emocional que implica la radicación de una queja. Asimismo, el apoyo psicológico debe hacerse disponible a los médicos para quienes la experiencia de la demanda también es muy desgastante. Estas acciones pueden mejorar la calidad de la atención a las quejas y facilitar su solución.

El desarrollo de investigación sobre las quejas médicas bajo la perspectiva del paciente es importante no sólo porque a nivel científico permite una mejor explicación de la naturaleza del fenómeno desde un punto de vista social. De la mayor relevancia es el hecho de que esta apertura teórico-metodológica abre la posibilidad de comprender mejor en qué forma las quejas cuestionan el modelo de atención existente y son portadoras del tipo de *modelo de atención médica* que desean los pacientes. En este proceso, la voz de los pacientes en las quejas conserva el *poder* de generar los cambios hacia el modelo de atención que ellos están esperando. En este contexto, el estudio de los problemas y situaciones de los que se

quejan (dentro y fuera de los establecimientos) los usuarios desde su propia perspectiva, debe considerarse una fuente de información obligatoria para el diseño y supervisión de los servicios y programas de salud.

Al cambiar la unidad de análisis de las quejas del médico hacia los pacientes y la población, surge la necesidad de aclarar que las quejas son portadoras de mensajes de la población que tuvo acceso a los servicios y a las quejas. Es decir, no se debe olvidar que la mayor parte de la población con más necesidades de atención y con menos recursos no tiene acceso a los servicios ni mucho menos a quejarse. La primera demanda de esta población sobre los servicios de salud es la inequidad en el acceso a los servicios y evidentemente esto no se obtiene a través de las quejas médicas.

Referencias

- ¹ Rivera-Cisneros AE. La función de la enseñanza y la investigación en la prevención del conflicto médico. Revista CONAMED 2001; 7 (18): 20-22.