

11262



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

QUEJAS MÉDICAS POR COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN CIENCIAS

PRESENTA:
MED. CIR. ARTURO RUIZ RUISÁNCHEZ

TUTORA: DRA. CLAUDIA INFANTE CASTAÑEDA



MÉXICO, D. F. 2005

0352043



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.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme acceder a una formación académica de excelencia, por las experiencias personales, sociales y profesionales que he vivido en ella y han hecho de mí, un orgulloso universitario.

Agradezco a mi tutora, la Dra. Claudia Infante, por su enseñanza, paciencia y comprensión, por todo el tiempo dedicado a la tutoría y a este trabajo, pero sobre todo, por su amistad.

Agradezco a mi familia por su constante e invaluable apoyo.

Agradezco a todos mis maestros por su ejemplo y enseñanza, en particular al Dr. José Narro, quien con su confianza, apoyo y ejemplo de integridad ha contribuido a la conclusión de este trabajo y a mi formación personal.

Agradezco a los Doctores Alejandro Cravioto y Luis Felipe Abreu el apoyo que me brindaron, indispensable para la realización de mis estudios de posgrado.

Agradezco las valiosas sugerencias de mis sinodales:

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

Dra. Raquel Abrantes Pego

Dra. Guadalupe Silvia García de la Torre

Dr. Víctor Manuel Martínez Bullé Goyri

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

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: MED-CIR Arturo Paredes

FECHA: 17-10-05

FIRMA: P-A [Firma]

DEDICO ESTE TRABAJO

A mi padre, Dr. Arturo Ruiz Pichardo, por que gracias a todas sus enseñanzas, a su incondicional e incansable apoyo y sobre todo a su compañía, he alcanzado todas mis metas.

Gracias Papá.

A mi madre, Alma Rosa Ruisánchez Henriquez Luz, quien con su cariño incondicional y su constante comprensión me ha hecho saber que ella siempre está conmigo.

Gracias Mamá.

A mi hermana, Alma Rosa Ruiz Ruisánchez, por su constante compañía, por su confianza y por que gracias a ella conozco el invaluable tesoro del amor de hermanos.

Gracias Almita.

A Margarita quien con su apoyo, comprensión y sacrificio comparte el mérito de éste trabajo, pero sobre todo por el tiempo y el amor que me ha dedicado.

Gracias Amor.

QUEJAS MÉDICAS POR COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

INDICE

	<i>Página</i>
<i>Introducción</i>	1
I PARTE: MARCO CONCEPTUAL	4
Capítulo 1. La investigación en servicios de salud	5
1) <i>Evolución general de la investigación en servicios de salud.</i>	5
2) <i>México: su contexto y sistema de salud.</i>	8
3) <i>Respecto a la investigación en sistemas de salud en nuestro país.</i>	12
Capítulo 2. La calidad de la atención y los servicios de salud	15
1) <i>Eventos adversos, la investigación actual sobre errores médicos.</i>	15
2) <i>Evaluación de la calidad de la atención médica: Investigación sobre las quejas médica como evaluación de la satisfacción de los pacientes.</i>	20
3) <i>El papel de la información y la comunicación.</i>	24
4) <i>El rol de las expectativas.</i>	25
5) <i>La calidad de la atención y los prestadores de servicios médicos.</i>	26
6) <i>La evolución social del rol de paciente.</i>	27
Capítulo 3. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico	30
1) <i>La CONAMED, su creación y datos actuales.</i>	30
Capítulo 4. Complicaciones quirúrgicas.	36
II PARTE: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	38
Capítulo 5: Problema de investigación	39

III PARTE: METODOLOGÍA	43
Capítulo 6. Estrategias metodológicas para la investigación de las quejas médicas	44
1) <i>Diseño de la investigación.</i>	44
2) <i>Población y muestra.</i>	45
3) <i>Identificación y significado de las variables.</i>	45
4) <i>Plan de análisis estadístico.</i>	53
IV PARTE: RESULTADOS	55
Capítulo 7. Modelo conceptual de las quejas por complicaciones quirúrgicas.	56
1) <i>Construcción del modelo a partir de metodología cualitativa.</i>	56
2) <i>Diagrama del modelo conceptual de las "Quejas por Complicaciones Quirúrgicas"</i>	57
Capítulo 8: Resultados estadísticos.	59
1) <i>Análisis univariado y bivariado.</i>	59
I) <i>Características de los pacientes y de los servicios</i>	59
II) <i>Características de la complicación quirúrgica</i>	63
III) <i>Consecuencias de la complicación quirúrgica en el patrón de utilización de servicios de salud</i>	73
IV) <i>Problemas de calidad de la atención reportados por los pacientes</i>	74
V) <i>Inconformidad con el proceso de atención médica</i>	82
VI) <i>Variables de resultado de la atención</i>	91
2) <i>Análisis multivariado: Patrones de uso de los servicios de salud de las quejas por complicación quirúrgica por resultados de la atención.</i>	94
Conclusiones	107
Anexo estadístico	115

Introducción

La presente investigación analiza las quejas por complicaciones quirúrgicas radicadas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, CONAMED, durante los años de 1997 y 1998. Su propósito es aportar elementos para comprender el fenómeno de la insatisfacción de los pacientes con la atención médica. Se trata de un acercamiento a la calidad de la atención desde el punto de vista del usuario analizándolo desde la perspectiva de la Investigación en Sistemas de Salud.

En la primera parte, el marco conceptual, se abordan los temas generales que abarcan el tema de la calidad de la atención médica. El capítulo 1 se revisa la evolución general de la investigación en servicios de salud a nivel internacional, señalando que la investigación en este campo ha evolucionado principalmente a partir del reconocimiento de su importancia tanto para el desarrollo de los sistemas de salud como para vencer los retos mundiales en salud. Se presenta un conjunto de elementos que deben abordarse para el desarrollo integral de los sistemas de salud, entre ellos la calidad de la atención. En la segunda parte de este capítulo se revisan elementos del contexto del sistema de salud mexicano, dentro del cual suceden los procesos de atención de donde derivan las quejas analizadas en este estudio. Se revisa la situación actual de nuestro sistema de salud, sus diferentes partes como la seguridad social, la asistencia social y el sector privado. Se presentan cifras en cuanto a sus alcances y retos actuales, entre otros. En la tercera parte del primer capítulo se revisa la evolución de la investigación en servicios de salud en nuestro país. Se señala que ésta tiene elementos similares a los encontrados a nivel internacional, por ejemplo, su evolución ha sido lenta, se realiza poca investigación en sistemas de salud comparada con el total de investigación en salud y uno de los principales problemas es el limitado impacto de sus resultados en el diseño e implementación de políticas de salud. En esta primera parte se establecen los conceptos generales para dar paso a los conceptos específicos del problema de investigación correspondiente.

En el segundo capítulo de la tesis, se presentan los antecedentes teóricos de la investigación actual en cuanto a la calidad de la atención. Primero se revisa el tema acerca de una línea de investigación actual que se refiere al análisis de los llamados eventos adversos en la atención médica y su relación con errores médicos ya sea debidos o no a negligencia. Esta sección contempla la investigación actual sobre aspectos de la calidad técnico-médica de la atención desde el punto de vista de médicos. En la segunda parte de este capítulo se presenta la evolución de la investigación sobre calidad de la atención, principalmente lo referente a la satisfacción de los pacientes, en donde se describe que existe poca investigación que aborde la insatisfacción con la calidad de la atención desde la perspectiva de los pacientes. Posteriormente se revisan aspectos específicos relacionados con la satisfacción de los pacientes y la relación médico-paciente como la información y la comunicación y el rol de las expectativas de los pacientes. Finalmente se revisan los aspectos de la calidad de la atención y el punto de vista de los prestadores de servicios médicos.

En el capítulo 3 se describe la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, y se presentan las estadísticas actuales de los asuntos atendidos en la CONAMED y los datos acerca de quejas referentes al periodo en estudio. En el capítulo 4 se presenta una revisión acerca de la definición de las complicaciones quirúrgicas desde el punto de vista técnico médico, demostrando que la manera de evaluar el fenómeno es diferente desde el inicio para los pacientes y para los médicos.

El planteamiento del problema se presenta en la segunda parte de la tesis, en donde se desarrollan los argumentos que fundamentan la realización de una investigación sobre la calidad de la atención desde el punto de vista del paciente o usuario de los servicios médicos. Se cita un fragmento del planteamiento del problema de la línea de investigación general de la que parte este trabajo en donde se hace mención a las prioridades en investigación en calidad de los servicios, se explica que para enfrentar el problema de la insatisfacción con la calidad de la atención es indispensable conocer cómo construyen los usuarios sus experiencias en los servicios, cómo viven los eventos médicos y cómo se traducen en insatisfacción.

En la tercera parte de la tesis se hace una descripción de la metodología empleada. En cuanto al diseño de la investigación se explica que para lograr un mejor abordaje del fenómeno estudiado, fue necesario iniciar aplicando metodología cualitativa para el análisis de los narrativos de quejas por complicaciones quirúrgicas, incluyendo la identificación de variables y la construcción de un modelo conceptual general del fenómeno. El análisis cuantitativo posterior inició con la construcción de la base de datos y la realización de los análisis correspondientes. Posteriormente se hace una descripción de la población y muestra que se refiere, el cual fue constituido por el universo de quejas por complicaciones quirúrgicas radicadas en la CONAMED durante 1997 y 1998. A continuación se presentan las preguntas de investigación correspondientes, seguidas de la explicación detallada del proceso y el resultado de la identificación y definición de las variables bajo el enfoque de los lineamientos de la metodología cualitativa. Finalmente, se presenta el plan de análisis llevado a cabo. En cuanto al análisis estadístico, éste inicia con un análisis univariado, luego se llevó a cabo el análisis bivariado de acuerdo al orden temporal de las variables del modelo conceptual y tomando como base los resultados estadísticos significativos se realizaron regresiones logísticas con las principales variables de resultado. A partir de ésta última fase se generan modelos conceptuales de cada tipo de queja de acuerdo con sus variables de resultado.

En la cuarta parte de la tesis se presentan los resultados obtenidos, primero se muestra el modelo conceptual construido a partir de la metodología cualitativa y posteriormente los resultados obtenidos a partir del análisis estadístico. Primero se presentan los resultados de las características de los pacientes y los servicios, luego las de la complicación quirúrgica, seguidas por las del patrón de utilización de los servicios de salud. Posteriormente se presentan los resultados correspondientes a los problemas de calidad de la atención reportados por los pacientes. Finalmente se presentan los resultados obtenidos con los dos bloques de resultados de las quejas por complicaciones quirúrgicas: el primero referente a las

inconformidades con las diferentes fases del proceso de atención de la complicación quirúrgica, -que parecen ser las principales inconformidades con la atención recibida- y el segundo bloque referente a las variables de resultado que se conforma por el grado de resolución por el nivel de deterioro de salud alcanzado al momento de la queja. A partir de estas dos últimas características se construyeron diferentes modelos de quejas médicas por complicaciones quirúrgicas que se explican el capítulo correspondiente.

Finalmente se presentan las conclusiones de esta investigación. En el anexo estadístico se incluyen los resultados de todos los análisis bivariados en los que se obtuvieron asociaciones estadísticas significativas.

Cabe señalar que el aprendizaje obtenido a lo largo del desarrollo de la maestría y de la tesis rebasa en mucho lo que este trabajo plasma.

I Parte: Marco Conceptual

Capítulo 1. La investigación en servicios de salud.

Capítulo 2: La calidad de la atención y los servicios de salud.

Capítulo 3: La Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Capítulo 4: Las Complicaciones quirúrgicas.

Capítulo 1

La Investigación en Sistemas de Salud

Las quejas médicas constituyen una forma de evaluación que hacen los pacientes sobre los servicios de salud. Por lo tanto, su estudio se contempla dentro de la investigación sobre la calidad de la atención médica. Para su comprensión es pertinente hacer una breve revisión de aspectos relacionados con la investigación en servicios de salud a nivel internacional y en nuestro país.

Un sistema de salud, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluye a todos los actores, organizaciones, instituciones y recursos cuyo propósito principal es mejorar la salud. Un sistema de salud se integra por sectores públicos, privados, tradicionales e informales. La OMS considera que la efectividad, eficiencia y equidad de un sistema nacional de salud constituyen determinantes críticos del estado de salud de una población.¹

Desde 1958, la Organización Mundial de la Salud reconoce la importancia de la Investigación en Servicios de Salud (ISS). Flook y Sanázaro han señalado que la Investigación en Servicios de Salud se auto-dirige hacia la comprensión de los factores y procesos que subyacen a los servicios de salud. Se espera que con la investigación sistemática, se produzcan nuevos conocimientos, métodos y teorías que sirvan para sustentar planes y políticas de largo plazo para mejorar continuamente la prestación de servicios de atención a la salud.² Por su parte, la OMS señala que la Investigación en Servicios de Salud definida ampliamente, es la investigación y evaluación sistemática de aspectos específicos relacionados con el desarrollo y funcionamiento de los servicios de salud y su relación con los factores que afectan a la salud. [a fin de dar] la fundamentación racional para la creación de políticas de planeación e implantación de nuevos programas de atención a la salud.³

Hofss y Hjort sintetizan la investigación en servicios de salud como el estudio de "un amplio espectro de posibilidades para la acción". Tratando de establecer un uso racional del conocimiento médico y tecnológico, así como de evaluar métodos de investigación y tratamiento y desarrollar métodos para mantener una alta calidad en los servicios.⁴

1) Evolución general de la investigación en sistemas de salud

Es cada vez más claro que no solo es necesario desarrollar investigación en sistemas de salud, sino que es de fundamental importancia que dicha investigación responda a las necesidades de información y conocimiento necesarios para la toma de decisiones, organización, planeación y evaluación del sistema de salud. Desde 1977 en el "New England Journal of Medicine" se publicó una carta del Dr. J. M. Last titulada "Investigación en Servicios de Salud, ¿Hace una diferencia?" En esta carta se presenta una extensa revisión de artículos sobre investigación en servicios de salud de 1950 a 1969, de la que se

concluye que "...con excepciones triviales y poco importantes, la investigación en servicios de salud no ha tenido impacto en las políticas médicas o sociales"⁵

Años después de la publicación de esta carta, hay evidencias del incremento en el interés en la investigación en sistemas de salud. En 1990, la OMS publicó un documento con el mismo título con el fin de fomentar un uso óptimo de la investigación en servicios de salud. Este documento fue actualizado en 1996 en la cual se señala que a través de los últimos años, ha habido un creciente reconocimiento de que la investigación en sistemas de salud es una herramienta útil para la toma de decisiones de manera informada en salud y que la investigación en sistemas de salud no sólo tiene el potencial para influir en las políticas de salud sino que debe ser un componente esencial en el desarrollo e implementación de tales políticas y en el aspecto general del desarrollo socio-económico.⁶

En el mismo año y de manera congruente, la OMS publica un documento donde se propone una agenda de temas para la investigación en servicios de salud. En el documento titulado "Health policy and systems development. An agenda for research" se propone a los responsables de diseñar e implementar políticas de salud que se produzca y se comparta efectivamente el mayor conocimiento acerca del desarrollo y mantenimiento de sistemas de salud y que éstos sean capaces de brindar servicios de calidad de manera equitativa, eficiente y responsable para lograr un mejor estado de salud.⁷

En esta agenda se divide a las prioridades de investigación en los siguientes 12 temas.

1. Investigación en políticas y sistemas de salud.
2. Determinación de prioridades en salud
3. Determinación de prioridades y costo-efectividad.
4. Determinación de necesidades en salud.
5. Financiamiento.
6. La interacción de los sectores público y privado en los sistemas de atención a la salud.
7. El rol del sector privado en el financiamiento y aprovisionamiento.
8. La descentralización.
9. La calidad de los servicios de salud.
10. Sistemas de monitoreo
11. El proceso de políticas de salud
12. El análisis de las políticas de salud.

Como se aprecia en la lista, la calidad de la atención se considera una de las prioridades de investigación en servicios de salud. En el documento de la OMS, Heiby considera a la calidad de conformidad con los estándares tecnológicos para el proceso de atención a la salud en los países desarrollados. El autor señala prioridades de investigación sobre la calidad de la atención de corto, mediano y largo plazo. En el corto plazo anota la necesidad de investigación descriptiva que documente objetivamente la variedad de esfuerzos para estimar y mejorar la calidad. Incluye los arreglos organizacionales asociados a programas

que aseguren calidad sustentable y productiva. También propone intervenciones que comparen activamente aproximaciones alternativas que aseguren la calidad, incluyendo la enseñanza basada en competencias, el apoyo laboral, el consejo de pacientes y los estándares de comunicación. A mediano plazo señala que hay que trabajar en incentivos materiales y no materiales relacionados con el comportamiento y desempeño del personal, la relación entre los costos y la calidad y la satisfacción de los pacientes. A largo plazo menciona la adaptación y evaluación rigurosa de las técnicas más avanzadas de los países desarrollados en países en desarrollo y sugiere investigación de estrategias que regulen la puesta en marcha de estándares de calidad de la atención en el sector privado.⁸

En 2003, la OMS publica el comunicado "Aprovechar los conocimientos para mejorar la salud: marco conceptual y base para los sistemas de investigación sanitaria". En este documento se apunta que las investigaciones sanitarias generan conocimientos que pueden utilizarse para mejorar el desempeño de los sistemas de salud, la salud y la equidad sanitaria. En el marco conceptual propuesto, las metas de los sistemas de investigación sanitaria son el avance de los conocimientos científicos y la utilización de éstos para mejorar la salud y la equidad. Señalan cuatro funciones principales: la rectoría, el financiamiento, la creación y el sostenimiento de los recursos, y la realización y aplicación de investigaciones.⁹

Posteriormente, en 2004, la OMS publica el "Reporte mundial: Aprovechar los conocimientos para mejorar la salud" donde se convoca a lograr nuevos e innovadores acercamientos para la investigación en sistemas de salud. De este reporte, la OMS concluye que existe una urgente necesidad para superar la brecha del "saber cómo" (*know how*), es decir, garantizar que los conocimientos en salud sean aplicados por la población y por los sistemas de salud de manera óptima. La OMS señala que "la investigación en sistemas de salud tiene el potencial de producir mejoras dramáticas en la salud alrededor del mundo y de vencer algunos de los mayores retos de desarrollo en el nuevo milenio". El reporte marca como prioridades de investigación en sistemas de salud el vencer las inequidades en salud y a mejorar los sistemas de salud con un funcionamiento deficiente. Se afirma que la equidad en salud sólo podrá ser alcanzada a través de una mejor administración de la investigación en salud y de un incremento en la inversión en investigación de sistemas de salud (al momento del análisis se destinaba menos del 1% del total de investigación en salud a la investigación en sistemas de salud).¹⁰

Como respuesta a esto, la "Alianza para la investigación en políticas para el desarrollo de los sistemas de salud", organismo colaborador de la OMS, publica el documento "Fortaleciendo los Sistemas de Salud: el rol y la promesa de la investigación en políticas y sistemas de salud". En este documento se anota que la investigación puede jugar un papel principal en la formulación de políticas de salud. Señala como prioridad lograr la integración de la investigación con las políticas y las prácticas sanitarias. También establecen cinco retos para la comunidad de investigadores en sistemas de salud: integrar la investigación en todos los aspectos de los sistemas de salud como parte del desarrollo de los sistemas nacionales de salud, aumentar la difusión de los resultados de las investigaciones, fortalecer la capacidad

de investigación institucional, encontrar aplicaciones innovadoras de la administración del conocimiento y establecer alianzas orientadas por problemas.¹¹

A raíz del reporte de 2004, la OMS convocó a más de 30 ministros de salud de diferentes países en la Ciudad de México con el fin de impulsar el rol de la investigación para fortalecer a los sistemas de salud y atender las necesidades de salud de la población mundial.¹²

Como parte de los resultados de esta reunión, se redacta la "Declaración de México sobre las investigaciones sanitarias" firmada por representantes de 58 países en donde se destaca que sigue habiendo grandes obstáculos para vencer los retos planteados en materia de salud, que es necesario un impulso en la investigación en sistemas de salud y que ésta es fundamental para vencer los retos mencionados. Nuevamente se subraya la necesidad de dar un mayor impulso a la investigación y utilizar sus resultados para la toma de decisiones de manera informada. Finalmente se solicita la intervención de los gobiernos para financiar, fomentar e implementar programas de investigación sanitaria así como de redes de información.¹³

2) México: su contexto y sistema de salud.

En 2002 la Organización Panamericana de la Salud desarrolló un informe actualizado sobre el sistema de salud mexicano el cual proporciona una perspectiva integral que resulta útil para tener una visión de los servicios de salud en nuestro país. Dicha revisión se divide en tres partes; contexto, sistema de servicios de salud y seguimiento y evaluación de la reforma sectorial.

Respecto al contexto político, se menciona que las prioridades, objetivos y estrategias del gobierno se enuncian en el "Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006" que se organiza en tres grandes áreas de trabajo; desarrollo social y humano, crecimiento económico con calidad y orden y respeto social. En el primer rubro se ubica al sector salud con los siguientes objetivos rectores: mejorar los niveles de bienestar, la equidad, las capacidades personales, la confianza en las instituciones, la convivencia armónica con la naturaleza y la cohesión social.¹⁴

El contexto económico incluye procesos de reforma económica como la disminución de aranceles y subsidios a productores nacionales, la eliminación de permisos de importación, la liberación de transacciones comerciales, el saneamiento del fisco federal, la reducción de las finanzas del sector público, la desregulación de las actividades productivas internas y la autonomía legal del Banco Central. A nivel internacional, México forma parte del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLC) y a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), además tiene acuerdos comerciales con la Comunidad Económica Europea y algunos países de América Latina y Asia.¹⁵

En cuanto al contexto demográfico y epidemiológico se menciona que, para el 2000, la población total del país era de 97.4 millones de habitantes, la esperanza de vida de 75.3 años, la esperanza de vida saludable de 61.6 años en los hombres y 66.9 en las mujeres. La tasa global de mortalidad fue de 439.5 por 100,000 habitantes y la de mortalidad por enfermedades transmisibles incluyendo las nutricionales y de la reproducción fue de 72.5 por 100,000 habitantes. Las tres principales causas de muerte fueron las enfermedades del corazón, los tumores malignos y la diabetes mellitus. Existen grandes diferencias en la mortalidad por estados, por ejemplo, las tasas más altas por enfermedades infecciosas intestinales corresponden a Chiapas (14.4 por 100,000 hab.) y a Oaxaca (11.6) y las más bajas a Tamaulipas (2.0) y Nuevo León (1.7).¹⁶

En cuanto al contexto social, el índice de desarrollo humano en 1999 fue de 0.79, esto ubica al país en el lugar 51 con un nivel de desarrollo humano medio.¹⁷ Para el año 2000 había 40 millones de personas viviendo en condiciones de pobreza y 18 millones en pobreza extrema. A nivel nacional, entre 50 y 55% de la población se encuentra afiliada a alguna institución de seguridad social.¹⁸

En el segundo rubro, correspondiente al sistema de servicios de salud se menciona lo siguiente. En cuanto a la organización general, el sistema está segmentado en tres grandes grupos: La seguridad social, los servicios para la población abierta y el sector privado. De las instituciones que conforman a la seguridad social, la más grande es el Instituto Mexicano del Seguro Social, contando con 80% de los asegurados. Le siguen el ISSSTE, PEMEX, SEDENA y la seguridad social estatal.¹⁹ La población abierta es atendida por los servicios de la Secretaría de Salud que opera en áreas urbanas y rurales de todo el país y por el programa IMSS-Solidaridad. Finalmente, el sector privado funciona en un contexto poco supervisado, brinda una atención de calidad desigual, con precios variables y está notoriamente fragmentado.²⁰

Respecto a los recursos humanos del sistema, de 1990 al 2000 creció el número de médicos y enfermeras en instituciones públicas alcanzando un total de 140,629 y 190,335 respectivamente.²¹ En 1999 se documentó que alrededor del 27% de los médicos y el 43% de las enfermeras estaban desempleados.²² Para el 2000, existían en el país 1,033 programas de ciencias médicas, correspondiendo el mayor número a especialización y licenciatura (545 y 297 respectivamente) y según el campo del conocimiento a medicina y odontología (509 y 167). Había 79,524 estudiantes de medicina en 78 facultades y escuelas, 77% en escuelas públicas y 23% en privadas.²³ En el rubro de medicamentos y otros productos sanitarios, México ocupó el lugar 15 en producción mundial y alcanzó ventas por 5 mil millones de dólares.²⁴

En cuanto a las funciones del Sistema Nacional de Salud, se puede considerar a la rectoría del mismo, el financiamiento y gasto, el aseguramiento y a la provisión de servicios tanto poblacionales como individuales. Para la rectoría, la Secretaría de Salud es la institución rectora del sistema, es la

responsable de elaborar las Normas Oficiales Mexicanas donde se establecen los procedimientos y contenidos específicos de la regulación sanitaria nacional. El ordenamiento jurídico del sector se basa en dos leyes generales, actualizadas periódicamente a iniciativa del gobierno: la Ley General de Salud y la Ley General del Seguro Social. También existen dos importantes estancias de regulación y coordinación sectorial: el Consejo de Salubridad General, órgano dependiente de la Presidencia de la República encargado de la coordinación intersectorial en salud; y el Consejo Nacional de Salud, órgano de carácter federal para la coordinación territorial de las políticas de salud, integrado por el Secretario de Salud y los 32 Secretarios Estatales del ramo.²⁵

Respecto a los servicios prestados, durante el año 2000 se brindó un total de 165,812,000 consultas generales, 23, 932,000 consultas de urgencias, 12,060,000 consultas odontológicas, se realizaron 174,219,000 exámenes de laboratorio, 4,406,000 egresos hospitalarios, 2,805,000 intervenciones quirúrgicas y en total, alcanzando un 68.4% de ocupación hospitalaria con un promedio de 4.2 días de estancia hospitalaria.²⁶

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 enunció las principales transformaciones del sector para ese periodo. Entre los avances alcanzados por este programa se puede mencionar lo siguiente. Para el rubro de la equidad los mayores logros se vinculan con el incremento de la cobertura formal con servicios de salud. La población asegurada pasó de 47.5 a 55.1 millones. Para el rubro de efectividad y calidad se encuentra lo siguiente. La mortalidad infantil descendió al igual que la mortalidad por cáncer cérvico-uterino y la morbilidad y mortalidad por cólera, malaria, dengue y enfermedades inmunoprevenibles.²⁷

El Programa del Sector Salud aborda la mejoría de la calidad mediante varias estrategias: la labor de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), órgano con autonomía técnica para mediar en casos de quejas de la población por irregularidades en la prestación o no recibir la atención requerida, que en 1999 atendió 1,794 quejas, brindó 1,341 asesorías y emitió 443 dictámenes periciales. Por su parte, el programa de estímulo al desempeño benefició a 56,365 enfermeras, 10,177 médicos y 1,326 odontólogos de la SSA. Asimismo, se inició el proceso de certificación de médicos especialistas y médicos generales.²⁸ De igual manera, es importante mencionar el papel de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica, administrativa y operativa, que tiene como misión proteger a la población contra riesgos sanitarios.²⁹

Posteriormente, el Plan Nacional de Salud 2001-2006 define el rumbo estratégico del Sistema Nacional de Salud. Se identifican tres grandes retos para el sistema: la equidad, la calidad y la protección financiera. A partir de éstos se fijaron los siguientes objetivos: mejorar las condiciones de salud de los mexicanos, abatir las desigualdades en salud, garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y

privados en salud, asegurar la justicia del financiamiento en materia de salud y fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas. A su vez se pretende alcanzar éstos objetivos mediante la implementación de cinco estrategias sustantivas y cinco instrumentales: vincular la salud con el desarrollo económico y social, reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres, enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades, desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud, brindar protección financiera en materia de salud a toda la población, construir un federalismo cooperativo en materia de salud, fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud, avanzar hacia un modelo integrado de atención a la salud, ampliar la participación ciudadana y la libertad de atención en el primer nivel de atención y fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.

En el 4º informe presidencial correspondiente al año de 2004 actualiza en forma resumida los datos correspondientes a la salud de la población y a las acciones del Sistema Nacional de Salud. Se menciona que, en cuanto a los principales servicios de atención médica, se estima que durante 2004 se efectuaron alrededor de 255 millones de consultas, 3 millones de intervenciones quirúrgicas y alrededor de 4.5 millones de egresos hospitalarios. El Seguro Popular de Salud, se considera un elemento fundamental del sistema de protección social, éste busca ofrecer a las familias más pobres y no aseguradas un paquete de servicios esenciales para fortalecer su atención. Al 25 de agosto del 2004 el Seguro Popular afilió a un millón de familias. Al término de 2004 se tiene estimado afiliar a 1.5 millones de familias en 29 de las 32 entidades federativas. Existen fuertes rezagos en salud que afectan a los pobres, y aún se considera como principales desafíos en salud a los padecimientos infecciosos, la desnutrición y los problemas materno-infantiles. El Programa Arranque Parejo en la Vida, tiene como objetivo garantizar un embarazo saludable, parto seguro y puerperio sin complicaciones a toda mujer mexicana, así como igualar las oportunidades de crecimiento y desarrollo de todos los recién nacidos hasta los dos años de edad. También se hace mención de otros programas como el de Atención Médica Especializada a la Comunidad, Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud, el de Ampliación de Cobertura, el de Planificación Familiar, el de Coberturas de los Esquemas de Vacunación de Preescolares y Menores de un año, el de Principales Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles. En este último se señala que la mayoría de las enfermedades transmisibles han mostrado tendencia a disminuir. Sobre todo las que pueden erradicarse, eliminarse y controlarse con esquemas de vacunación. En contraste las enfermedades no transmisibles siguen siendo un reto importante por el aumento en su prevalencia, así como por los elevados costos para su atención.³⁰

Entre los principales indicadores de salud, se muestra que en 75 años la esperanza de vida al nacer en México se duplicó. La tasa de mortalidad general en 2003 fue de 4.5 defunciones por mil habitantes, ligero incremento con respecto a 2002, reflejando el cambio en la estructura en la pirámide poblacional del país (envejecimiento). Con respecto a la mortalidad infantil, se observa que la tendencia decreciente se mantiene, confirmándose que de 2000 a 2003 ha disminuido alrededor de 4% anualmente. Las

muerdes maternas mostraron tendencia decreciente, para 2004 se considera que ha disminuido al menos 1% en lo que va del año.³¹

Para atender el problema de la calidad de los servicios de salud se indica que, a principios de 2001 el Gobierno de la República implantó la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS) buscando garantizar a todos los mexicanos un trato digno e incrementar la calidad y eficiencia de los servicios. Al monitorear los indicadores de calidad en las unidades médicas se encontró que el promedio de tiempo de espera para consulta en el primer nivel de atención se redujo 1.8 minutos. Disminuyó el tiempo de espera en los servicios de urgencias de los hospitales 1.6 minutos. Se incrementó 24.2 puntos porcentuales la satisfacción del usuario con la información sobre su diagnóstico en el primer nivel y nueve puntos en el segundo nivel, igual sucedió con su tratamiento 23.7 y 8.1 puntos porcentuales.³²

3) Respecto a la investigación en sistemas de salud en nuestro país.

En 1993, Aguilar, Álvarez, Lezana y colaboradores publicaron una revisión de las tendencias de investigación en servicios de salud en México de 1984 a 1991. Este estudio buscó compilar y caracterizar la información sobre proyectos vinculados a la investigación en Servicios de Salud en las instituciones del Sector Salud, de educación superior y en los centros de investigación en el país.³³

En resumen, Aguilar y colaboradores³⁴ mencionan que en 1977, se creó en México, una organización formal para la investigación en servicios de salud dentro de las instituciones del sector, como un reconocimiento de su utilidad en el terreno de la planeación, organización y evaluación de los servicios de salud. Mencionan también que en su formalización académica, destaca la formación de recursos humanos de alta especialidad para responder a las necesidades de desarrollo y funcionamiento de los servicios de salud, lo que dio origen a la sistematización de planes y programas de estudio en el campo referido. Mencionan que algunos autores se referían a la parte operativa en relación con los recursos, regionalización, indicadores y prioridades de salud. En Latinoamérica, diversos estudios han contribuido al desarrollo de la conceptualización y delimitación del campo de aplicación de la investigación en servicios de salud al profundizar en las etapas de desarrollo y sus aportes al estudio de la calidad de la atención, la problemática de los sistemas de información sanitaria, los costos de la atención y el financiamiento de los servicios, así como en la búsqueda de modelos y criterios que contribuyan a facilitar su clasificación.

En cuanto a los resultados de este estudio, destaca el hecho de que del total de investigaciones analizadas, 49.9% correspondieron al estudio de necesidades de salud, especialmente en lo que se refiere a prioridades presentes y potenciales y su relación con la eficiencia y productividad de los servicios de salud, con una productividad promedio de 27 investigaciones anuales. Le siguen en orden de

frecuencia las investigaciones relacionadas con el entorno social (11.8% del total) y con la utilización de servicios de salud y con la evaluación de programas (9.3 y 8.2% respectivamente). Los temas menos frecuentes comprendieron las áreas económicas y de participación comunitaria, en tanto que sólo contribuyeron con alrededor de una de cada 10 investigaciones realizadas entre 1984-1991. Finalmente, en cuanto a las conclusiones de los autores cabe anotar las siguientes.

El establecimiento de alternativas de solución para fortalecer la prestación de los servicios de salud bajo un esquema institucional de cobertura universal y calidad satisfactoria requiere, sin lugar a dudas, de una comprensión integral y objetiva de los problemas de salud de la población, en su relación con las respuestas que ofrecen las instituciones de salud y las propias organizaciones sociales. También señalan que a pesar de su clara utilidad y a semejanza de lo que ocurre con la investigación científica en general, la investigación en servicios de salud en México ha sido fomentada convenientemente sólo hasta épocas recientes, en que se ha reconocido la importancia del trabajo multidisciplinario. Asimismo consideran que existen rezagos en diversas áreas de interés asociadas al funcionamiento operativo de los servicios de salud. Es el caso del diseño y la validación de sistemas de información y control de gestión, del desarrollo de la capacidad operativa, de los recursos humanos, de las tecnologías en salud y del trabajo comunitario, entre otros. En cuanto a la distribución geográfica comentan que la mayor parte de los trabajos se desarrollaron en el Distrito Federal, Nuevo León y el Estado de México y lo atribuyen al mantenimiento de los patrones de concentración de recursos. Finalmente, los autores concluyen que "Si bien se reconoce la importancia que tiene la investigación, en particular la de tipo aplicativo, para apoyar la toma de decisiones, los resultados no reflejan lo anterior."

En los últimos veinte años ha habido un incremento paulatino en las investigaciones en Sistemas de Salud en México, orientado en términos generales hacia la búsqueda de mayor conocimiento sobre la disponibilidad, accesibilidad y uso de los servicios de salud, la cobertura y calidad de la atención, y la equidad en salud y en los servicios de salud.

Al respecto de la evolución de la investigación sobre calidad de la atención en nuestro país se toma un fragmento de la tesis doctoral que brinda el sustento académico principal a la línea de investigación a la que pertenece este trabajo.

En 1994 Ruelas y Querol publican una revisión detallada de los estudios que se han realizado en México sobre la 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.³⁵ 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,³⁶ 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 reciente³⁷.

La creación de la CONAMED en 1996 constituyó parte de las respuestas del Sector Salud para mejorar la calidad de los servicios, y desde su constitución se contempló que uno de sus principales objetivos era la investigación sobre la calidad de la atención en México.

En 1997 el Dr. Fernandez-Varela, entonces Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, mencionó en un ensayo que los servicios de salud en México han mejorado notablemente al pasar de los años debido a la aplicación de los avances en el conocimiento médico y en la tecnología. Sin embargo, también señala que debido a la apertura y al contexto en ese momento, el número de casos de insatisfacción de los usuarios con la calidad de los servicios de salud han aumentado, y como parte de la respuesta a esta demanda social, la Secretaría de Salud crea CONAMED.³⁸ A la fecha se ha hecho poca investigación *dentro* de los servicios de salud respecto a las quejas médicas. Entre los pocos trabajos se encuentra una investigación realizada por Peña, Rodríguez y colaboradores en 2004. Los autores analizan algunos factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. Este trabajo se revisan las quejas radicadas de 1996 a 1999 en ocho hospitales de la delegación Estado de México Oriente del IMSS. Se reportan siete factores asociados a las quejas: complicaciones durante la atención, error diagnóstico, utilización de estudios de gabinete, información deficiente por parte del médico, alta voluntaria, falta de vigilancia durante la hospitalización y revisiones vaginales múltiples durante el trabajo de parto.³⁹

Capítulo 2

La calidad de la atención y los servicios de salud

Entre los años ochentas y noventas el campo referente a la investigación sobre la calidad de la atención médica, presenta un auge importante. En 1980 Donabedian define la calidad de la atención como "aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes."⁴⁰ Esta definición incluye a "todas las partes del proceso de atención", no únicamente la parte técnica de la misma. Donabedian ha sido uno de los investigadores más lúcidos y prolíferos en materia de calidad de la atención. Su trabajo cuenta con un cuantioso número de estudios, análisis empíricos y desarrollos teóricos de trascendencia internacional.⁴¹

1) Eventos adversos, la investigación actual sobre errores médicos.

Las quejas y demandas médicas se ubican dentro del campo de la calidad de la atención y del derecho a la salud. Empero, es necesario subrayar que error o negligencia médica no es lo mismo que una queja o demanda médica. La mayoría de los errores/negligencia no es manifestada por los pacientes. De la misma forma, atrás de muchas quejas/demandas no existe irregularidad técnica. La discusión extensa sobre los fundamentos que sustentan estos argumentos se encuentran desarrollados en el trabajo de Infante.⁴²

El tema de la presente tesis sobre quejas por complicaciones quirúrgicas podría aparentar un estudio sobre los errores médicos y eventos adversos. Es útil hacer una breve descripción sobre la investigación al respecto, no sin antes enfatizar que las quejas médicas constituyen la perspectiva del paciente y su estudio pretende identificar cómo construyen los pacientes los problemas de calidad de la atención derivados de las cirugías, por lo que de ninguna forma pretende analizar los presuntos errores o negligencia ni eventos adversos definidos clínicamente.

A partir de 1993 hubo un auge en la investigación sobre errores médicos tras la publicación de los resultados del estudio de Harvard sobre la práctica médica. Este estudio se divide en tres partes, la primera se refiere a la incidencia de eventos adversos y negligencia en pacientes hospitalizados, la segunda a la naturaleza de los eventos adversos y la tercera a la relación entre las demandas por mala práctica médica y los eventos adversos debidos a negligencia.^{43 44 45}

En el primer artículo derivado del estudio mencionado se explica que en la década previa al mismo se registró un constante incremento en el número de demandas por mala práctica médica y en los costos relacionados. Uno de los elementos importantes que aporta dicho estudio es la definición que le dan los autores al término de "evento adverso", como: "una lesión causada por el manejo médico (más que por la

enfermedad subyacente) que prolonga la hospitalización, ocasiona una incapacidad al momento del alta o ambos." De igual manera los autores definen "negligencia" como la "atención que cae debajo del estándar esperado de los médicos en su comunidad".⁴⁶

Para la realización del estudio de Harvard se revisó una muestra aleatoria de más de 31,000 expedientes clínicos. En esta muestra, se encontró un total de 1278 casos de eventos adversos de los cuales 306 se debieron a negligencia. A partir de estos resultados se estimó el porcentaje de incidencia de eventos adversos en el estado de Nueva York resultando en 3.7% y un 1.0% para eventos adversos debidos a negligencia (el 27.6% del total de eventos adversos). Extrapolando estos resultados al total de casos atendidos en el estado de Nueva York en el año en estudio se determinó que de 2,671,863 pacientes egresados de hospitales de atención "aguda" en el estado en 1984, hubo un total de 98,609 casos de eventos adversos y, de estos, 27,179 se debieron a negligencia.⁴⁷

Adicionalmente los autores evaluaron los eventos adversos aplicando una escala que clasifica los daños a la salud como consecuencia del evento adverso desde un daño menor (por ejemplo uno que se resuelve en menos de un mes), pasando por daño moderado (por ejemplo uno que tarda más de seis meses en resolverse o una discapacidad permanente) y hasta la muerte. Encontraron que la incidencia de eventos adversos aumenta con la edad del paciente y la negligencia aumenta junto con la severidad del evento adverso. Las tres especialidades con mayor incidencia de eventos adversos fueron cirugía vascular, cirugía cardio-torácica y neurocirugía y con mayor incidencia de negligencia fueron obstetricia, neurocirugía y medicina general.⁴⁸

En el segundo artículo derivado del estudio, se señala que en los últimos años ha crecido el interés en la calidad de la atención, pero que la iatrogenia no se ha estudiado con el mismo interés. El objetivo fue estudiar el 28% de eventos adversos que se atribuyeron a negligencia, *encontrando que de éstos, casi la mitad (48%) resultaron de intervenciones quirúrgicas resultando los más frecuentes las infecciones quirúrgicas, las complicaciones técnicas y las complicaciones tardías*. En relación a los eventos adversos no quirúrgicos se encontró con mayor frecuencia a los relacionados con medicamentos, errores de diagnóstico y finalmente de tratamiento. También se registró el lugar en donde ocurrió el evento adverso resultando que la *mayor frecuencia sucedió en quirófano (41%)*. Mencionan que los resultados de este estudio confirman que los errores de la práctica médica son comunes y que con estudios realizados en otras áreas se confirma que cierto grado de error es inherente a toda actividad humana. Cabe aclarar que la negligencia ocurre no sólo cuando hay un error, sino cuando éste excede las normas aceptadas. Los autores afirman que la mayoría de los eventos adversos son prevenibles, particularmente los asociados a negligencia y que el grado de prevención, en teoría, aumentará junto con el desarrollo del conocimiento. Al analizar los factores asociados a los eventos adversos, se encontró que un determinante mayor es la complejidad de la enfermedad o del tratamiento.⁴⁹

En un tercer artículo derivado de este estudio, se compararon los resultados de eventos adversos por negligencia y las demandas legales por mala práctica en el mismo periodo en el estado de Nueva York. Se encontró una relación de 7.6 eventos adversos por cada demanda por mala práctica. Con lo que concluyen que la vía legal con poca frecuencia compensa a los pacientes afectados por negligencia médica y rara vez identifica y finca responsabilidades por atención médica menor al estándar aceptado.⁵⁰

El estudio de Harvard desencadenó una serie de reacciones tanto en los Estados Unidos como a nivel internacional. Con la inquietud de saber si las frecuencias encontradas de eventos adversos en Nueva York se repiten en otros estados, por ejemplo, otro grupo de investigadores realizó una investigación aplicando la metodología del estudio de Harvard buscando la incidencia y los tipos de eventos adversos en los estados de Utah y Colorado.⁵¹

En esta investigación, se encontró que ocurren eventos adversos en 2.9% de las hospitalizaciones en cada estado. Que el porcentaje de éstos debidos a negligencia fue de 32.6% en Utah y de 27.4% en Colorado. En relación con los eventos adversos que ocasionaron la muerte del paciente hubo un 6.6% y 8.8% respectivamente. El 44.9% de los eventos adversos fueron quirúrgicos, de los no quirúrgicos los más frecuentes fueron los relacionados con medicamentos. *En cuanto a la especialidad, la mayoría de los eventos adversos se atribuyó a cirujanos y a internistas.* Los autores concluyen que la incidencia y tipos de eventos adversos en Utah y Colorado fueron similares a los registrados en Nueva York en 1984 por el estudio de Harvard, que el daño por iatrogenia sigue siendo un importante problema de salud pública y que mejorar los sistemas de atención quirúrgica y de manejo de medicamentos puede disminuir sustancialmente el daño por iatrogenia.⁵²

En el estudio de Utah y Colorado también se evaluaron los costos derivados de los daños por iatrogenia. Los autores mencionan que detectaron 459 eventos adversos (265 prevenibles) de un total de 14,732 egresos en 1992 de 28 hospitales. Estimaron que el costo monetario total de los eventos adversos detectados fue de \$661,889,000 (dólares de 1996) y \$308,382,000 tomando sólo los prevenibles y tomando únicamente el gasto en salud estimaron \$348,081,000 y \$159,245,000 respectivamente. *Los eventos adversos que ocasionaron una mayor proporción de costos fueron, en orden decreciente, las complicaciones quirúrgicas, los relacionados con medicamentos y los diagnósticos o tratamientos incorrectos o tardíos.*⁵³

Las reacciones al estudio de Harvard no fueron únicamente dentro de los Estados Unidos, por ejemplo es posible citar el estudio realizado en Australia sobre la calidad de la atención a la salud. En este estudio los investigadores estimaron los daños sufridos por iatrogenia en dos estados de Australia. El daño por iatrogenia se define como "el daño o sufrimiento no intencional o innecesario resultante de cualquier aspecto del manejo de la atención a la salud".⁵⁴ Se revisaron 14,179 ingresos de 28 hospitales, de los cuales resultaron 2,353 positivos para eventos adversos. Como hallazgos principales los autores

destacan que el 16.6% de los ingresos se asocia a un evento adverso y un 8.3% fueron prevenibles. El 4.9% de los eventos adversos ocasionaron la muerte. La proporción de ingresos hospitalarios asociados a eventos adversos que se tradujeron en incapacidad permanente o muerte aumentó junto con la edad del paciente. La mayor proporción de eventos adversos se reportó en enfermedades digestivas, del sistema músculo-esquelético y en cardiovasculares.⁵⁵

Como seguimiento al estudio de la Calidad de la Atención Médica en Australia, se publicó un segundo artículo con el objetivo de examinar las causas de los eventos adversos encontrados en el primer reporte. En este estudio encontraron como *principales causas* las siguientes: *una complicación o falla en el desempeño técnico de un procedimiento u operación* el 34.6%, la falla en sintetizar, decidir o actuar con base en la información disponible el 15.8%, la falla en solicitar o implementar una investigación, procedimiento o consulta el 11.8% y, finalmente, la falta de cuidado y atención o falla en atender al paciente en el 10.9%. Los autores también mencionan las principales estrategias de prevención de eventos adversos y señalan como principales a las siguientes: relacionadas con políticas o protocolos de atención (23.7%), mejoras en los procesos de monitoreo (21.2%), mejoras en la educación o entrenamiento (19.2%) y mayor interacción con otros especialistas o pares (10.2%).⁵⁶

También existe evidencia de investigación sobre eventos adversos en hospitales británicos. En 2001 se publicó un artículo en el que se examinó la posibilidad de detectar eventos adversos y sus costos a través de expedientes clínicos. Se revisaron 1,014 expedientes de dos hospitales de Londres. Encontró una frecuencia de 11.7% de eventos adversos, la mitad fue considerada como prevenible y se consideró que un tercio de éstos ocasionaron una incapacidad mayor o la muerte.⁵⁷

Después de publicados estos trabajos, se elaboraron diversos reportes referentes al tema de los errores médicos. El Instituto de Medicina de Estados Unidos publicó el reporte "To err is human" (2004) en el cual se hace un estimado de las muertes debidas a eventos adversos aplicando los porcentajes obtenidos en los estudios realizados en Nueva York, Utah y Colorado. De este modo mencionan que ocurren de 44,000 a 98,000 muertes al año en los Estados Unidos por errores médicos. Tomando estas cifras, mueren en los Estados Unidos cada año más personas por errores médicos que por accidentes en vehículos de motor, cáncer de mama o SIDA y se estima que las pérdidas económicas oscilan entre 17 y 29 billones de dólares.

En este reporte la seguridad se define como la ausencia de un daño accidental, se asume que ésta es la prioridad en seguridad desde la perspectiva del paciente y se define error como el fracaso en realizar una acción como fue planeada o la selección incorrecta de un plan para alcanzar cierto objetivo. De acuerdo con Reason, reconocido investigador en el campo de los errores médicos, un error resulta de dos posibilidades: la ejecución incorrecta de una acción planeada (errores de ejecución) y la elección incorrecta de una acción (error de planeación). Los errores pueden ocurrir en cualquier etapa del proceso

de atención, desde el diagnóstico y el tratamiento y hasta la atención preventiva. También menciona que no todos los errores conducen a un daño y que todos los eventos adversos que resultan en un daño serio o muerte deben ser evaluados, esto con el fin de determinar las mejoras necesarias en la atención para disminuir las posibilidades de que eventos similares vuelvan a ocurrir en el futuro. Comentan que para lograr una verdadera prevención de eventos adversos, se deben implementar mejoras en los procesos de atención más que culpar a individuos acerca de los errores. Finalmente, se hacen una serie de recomendaciones generales para lograr un sistema de atención médica más seguro.⁵⁸

También la Fundación Australiana por la Seguridad de los Pacientes elaboró un reporte acerca del daño por iatrogenia. Este menciona que hace tiempo se reconoce que la atención a la salud por sí sola puede causar un daño. Sin embargo, la aceptación de que el daño iatrogénico puede deberse a errores humanos prevenibles o a fallas del sistema en general se ha dado lentamente. Señalan como factores que contribuyen a esta falta de aceptación a los siguientes: dificultades de acceso a expedientes médicos, dificultades en atribuir los problemas al manejo de la atención a la salud más que a los procesos patológicos y el rechazo a admitir abiertamente y registrar tanto los errores humanos como los de los sistemas, esto último, en los casos en que se ha producido un daño a los pacientes. Mencionan que un paciente en un área de urgencias en un hospital australiano tiene, en promedio, 40 veces más riesgo de morir por el proceso de atención que en accidentes automovilísticos y 400 veces más riesgo que trabajando en la industria química. Calculan que por lo menos 10% de los ingresos hospitalarios de urgencias están asociados con eventos adversos potencialmente prevenibles y se estima que los costos directos en salud exceden los dos billones de dólares anuales. Los autores indican que es necesario reconocer que la atención a la salud es un sistema complejo y que es necesario aplicar estrategias para evitar o reducir fallas de los sistemas o errores humanos que han probado ser efectivas en otras disciplinas, como en el manejo de energía nuclear o en la aviación.⁵⁹

El segundo reporte del Instituto de Medicina en los Estados Unidos se denominó "Seguridad del Paciente" (2004). En él se menciona que como consecuencia del reporte "Error es humano", la atención nacional se fijó en la necesidad de reducir los errores médicos. Afirman que tanto la comunidad médica como el público en general se han convencido de que el sistema nacional de atención a la salud no es tan seguro como debería ser. Mencionan que el sistema de salud no identifica ni recaba información sobre los errores médicos de manera rutinaria, sin embargo, ya la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Atención a la Salud solicita a los hospitales que se conduzcan análisis de los eventos adversos como requisito para su acreditación. En este estudio se hacen una serie de recomendaciones para mejorar la seguridad de los pacientes relacionadas con el manejo de información, el establecimiento de procedimientos de atención y la implementación de incentivos financieros para el estudio, reporte y establecimiento de estrategias que aumenten la seguridad de los pacientes entre otras.⁶⁰

Los resultados de las investigaciones citadas no sólo desencadenaron un creciente interés en el estudio de los errores médicos, sino también una respuesta de algunos sectores de la comunidad médica en rechazo a estas "críticas" al desempeño de la profesión médica, por ejemplo, señalando que la metodología empleada es altamente subjetiva y que las estimaciones resultan exageradas.⁶¹

Aunque existe una controversia acerca de las estimaciones de la frecuencia de errores médicos, lo importante es que el debate y el interés por mejorar la calidad de la atención médica ha aumentado. Tanto los investigadores que consideran que las estimaciones de la frecuencia de los errores médicos es correcta como los que creen que es exagerada coinciden en que es necesario reducir la ocurrencia de los mismos.⁶² En la revisión de la literatura generada en los últimos años sobre el fenómeno de la malpráctica resalta el énfasis en aquella relacionada con los errores médicos y eventos adversos, y aquella relacionada con el impacto que esta problemática ha tenido en los costos de la atención médica. Sin embargo, resalta el comparativamente bajo volumen de investigación sobre las quejas y demandas médicas a partir de la perspectiva de los pacientes.⁶³

2) Evaluación de la calidad de la atención médica: Investigación sobre las quejas médica como evaluación de la satisfacción de los pacientes

Aunque se acepta que la opinión de los pacientes sobre la calidad de la atención bajo su propia perspectiva es importante, ha habido un avance muy débil y técnicamente sesgado de las investigaciones que la abordan, usualmente bajo el rubro de "satisfacción del paciente". Parte de este hecho se debe a que por siglos, los pacientes han tenido muy poco control sobre la atención médica que se les proporciona y se ha esperado de ellos una actitud pasiva y obediente. Sin embargo, las necesidades, prioridades y percepciones varían a lo largo del tiempo. "No ha sido sino hasta épocas recientes que los pacientes que detectan anomalías con la atención médica recibida, están acudiendo a las instancias respectivas para presentar demandas. Esto es parte de la lucha por la defensa de los derechos humanos dentro del llamado movimiento del consumidor."⁶⁴ De esta manera, la perspectiva del paciente se ha convertido en un aspecto medular en la evaluación de los resultados de los servicios e intervenciones para la salud,⁶⁵ y recientemente, la satisfacción de los pacientes se ha considerado como un indicador importante de la calidad de la atención médica.⁶⁶

La manifestación de la insatisfacción con la calidad de la atención médica ha sido tradicionalmente recibida dentro de los mismos servicios de salud y manejada bajo las políticas y mecanismos de cada institución, los casos más extremos usualmente han sido manejados por los órganos de procuración e impartición de justicia.⁶⁷ En Estados Unidos, ya en 1988, se documentaba que diecisiete de cada cien médicos fueron demandados y los seguros de responsabilidad médica llegaron a significar siete billones de dólares.⁶⁸ La reacción de la profesión médica ante las quejas ha sido de manera defensiva. Esta manera de responder a las quejas médicas genera mayor tensión entre los médicos y los pacientes y en

los procesos de satisfacción, y ésta a su vez, mayor insatisfacción. Por lo tanto, de manejarse la insatisfacción exclusivamente por la vía de la resolución legal y satisfacción únicamente personal de las quejas, posiblemente, se genere un conflicto interminable y un incremento en la intensidad del mismo.⁶⁹

Aunado a esto, la evaluación técnica y social de la atención médica es uno de los factores nodales del sustento de la profesión médica, es decir, como toda profesión, para legitimar la profesión médica se requiere el apoyo o reconocimiento público.⁷⁰ Probablemente, este hecho fomenta el interés por parte de las autoridades en salud para "buscar mecanismos para asegurar la participación de la comunidad en la planeación y evaluación de los servicios de salud".⁷¹

Investigar acerca del problema de la calidad de la atención también plantea la necesidad de definirla y desarrollar la metodología científica para su estudio acorde a la definición.⁷² Uno de los principales problemas para el estudio de la satisfacción de los pacientes es precisamente la dificultad para definirla y aún más para operacionalizarla. Preguntarle a las personas qué opinan sobre la calidad de la atención recibida no implica de forma automática que la evaluación se refiera al componente interpersonal de la atención ni al componente técnico, y tampoco significa que se está obteniendo "la perspectiva del paciente" y no la técnica. Asimismo, hay que considerar que para evaluar es necesario tener un estándar de referencia, un parámetro de la calidad a partir de la cual las observaciones de los usuarios se puedan comparar.⁷³ Por esto, es necesario identificar y emplear los criterios definidos por los mismos consumidores para definir dichos estándares.⁷⁴

El solo hecho de radicar una queja constituye un indicador de inconformidad con la calidad de la atención médica.⁷⁵ Las quejas son el resultado de la comparación que hacen los usuarios entre sus expectativas y los resultados obtenidos de la atención médica.⁷⁶ Las percepciones de los pacientes de la calidad de los servicios son uno de los factores clave para determinar la competitividad, grado de avance y supervivencia de las organizaciones de atención a la salud.⁷⁷ La evaluación de los pacientes sobre la calidad de la atención ha venido incorporándose paulatinamente a la evaluación del impacto de las intervenciones de atención a la salud.⁷⁸ Ejemplo de ello es la evaluación del desempeño del sistema de salud que se ha venido desarrollando en México en los últimos años.^{79, 80}

Frecuentemente en la evaluación de los servicios, se ignora explícitamente el juicio de los pacientes acerca de la atención técnica, probablemente por tener poca confianza en la competencia del usuario para juzgar los beneficios del tratamiento, es decir, se le considera incompetente para evaluar la competencia técnica, este tema se concibe como puramente clínico y solo evaluable con criterios profesionales.^{81, 82} Otros autores ya los consideran pero continúan favoreciendo el aspecto técnico de la evaluación: aunque los indicadores de los pacientes no pueden sustituir los de los expertos en estimaciones, son una parte importante de un programa de administración con calidad".⁸³ Frente a esta posición también encontramos autores que documentan el valor y características de la evaluación de los

pacientes, por ejemplo al juzgar el comportamiento profesional, al comparar el cuidado que han recibido de otros prestadores o instituciones,⁸⁴ y en los casos en los que los pacientes que han pasado más de una vez por los mismos procedimientos, se demuestra que aprenden rápidamente a juzgar las habilidades del personal y además pueden distinguir entre los factores individuales y organizacionales de la negligencia.⁸⁵

Reconocer la utilidad y papel de los indicadores de los pacientes es una parte del problema. A partir de éste surge la necesidad de encontrar la mejor manera de obtenerlos. Existen diversas estrategias para recabar las opiniones y quejas de los pacientes acerca de la atención médica recibida. Una de ellas son los estudios a nivel nacional de organizaciones gubernamentales. En México, en 1987 por primera vez se realizó una Encuesta Nacional en Salud que incluyó la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud. En los resultados se reportó la "atención inadecuada" como primer causa de insatisfacción, en segundo lugar la "lentitud del servicio", en tercer lugar que "no se alivió" y en cuarto lugar el "maltrato". Las cuestiones de tiempo y costo tuvieron proporciones muy bajas.⁸⁶

La segunda Encuesta Nacional en 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." En los usuarios de seguridad social y públicos, la primera causa fueron los largos tiempos de espera (29.3% y 15.4%). Sin embargo, mientras que los usuarios de seguridad social identificaron la problemática en los "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 "mal trato personal" (10.0%). Para los pacientes de servicios privados el problema es el costo; en tanto que para los usuarios de "otros servicios" la problemática se refiere a aspectos técnicos: "revisión y diagnóstico no realizados" (35.8%)⁸⁷

Otra estrategia metodológica han sido los estudios particulares. En este caso, la multiplicidad de definiciones de satisfacción, de perspectivas teóricas y de estrategias para recabar la información plantea dificultades de fondo para hacer comparaciones entre las investigaciones.

La manifestación de quejas es un indicador evidente de insatisfacción de los usuarios. Se ha reportado que la información obtenida a través de "comentarios críticos" es un mejor indicador de satisfacción sobre el servicio que preguntar acerca de la opinión sobre la satisfacción con el servicio.⁸⁸ Al respecto es importante señalar que, debido a múltiples factores de índole diferente, una parte importante de la insatisfacción no se expresa en críticas o quejas, ya que existe una renuencia de los pacientes para criticar a sus proveedores de atención médica, esta renuencia resulta problemática y se hace evidente en los índices de satisfacción que se encuentran sesgados hacia una evaluación positiva.⁸⁹

Existen elementos de insatisfacción con la calidad de la atención médica que no necesariamente se expresan en una queja formal. Muchos tipos de insatisfacción no se manifiestan, e incluso se postula que el manifestar una queja formal constituye una respuesta atípica de la insatisfacción.⁹⁰ Se propone que los estudios sobre quejas están limitados en el sentido de excluir desacuerdos que no han sido traducidos en una acción formal.⁹¹ Se han propuesto diversos factores que pudieran explicar este fenómeno, por un lado, existen barreras culturales para expresar la insatisfacción, como el estigma asociado con quejarse,⁹² el ser etiquetado como "un paciente molesto"⁹³ y tener sentimientos de gratitud hacia los médicos.⁹⁴ .⁹⁵ Aún cuando los pacientes se sienten muy seguros de sus juicios, también pueden ser renuentes a expresarlos si ello significa una posible reducción en la calidad de la atención que reciben.⁹⁶ Consecuentemente, expertos en control y garantía de calidad proponen estudiar las opiniones de los usuarios en general y no solo las quejas, ya que las quejas potenciales son diez veces más que las reales, por esto, se considera que las quejas formales constituyen solo la "punta del iceberg" de la insatisfacción.⁹⁷

En la literatura se encuentran diversos tipos de resultados relacionados con la satisfacción de los pacientes con la atención médica que dependen del enfoque de cada investigador. Algunos estudios buscan áreas generales de interés para el paciente, por ejemplo, los diferentes "tipos" de problemas que reportan los pacientes, desde preocupaciones acerca de los diagnósticos, investigaciones médicas y tratamientos, hasta acusaciones de actitudes groseras, antipáticas o falta de entendimiento, preocupaciones acerca de listas de espera, el tiempo invertido en salas de espera, médicos que se negaban a realizar visitas a domicilio, etc.⁹⁸ En una revisión de la literatura sobre pacientes de obstetricia y la satisfacción de las mismas con la atención médica, se reportaron los factores que se consideraron de mayor influencia en la satisfacción de las pacientes. Estos incluyen comunicación, control, participar en el proceso de toma de decisiones, presencia de una persona de apoyo, información y clases prenatales, cuidados de enfermería, el tiempo de estancia y el ambiente físico.⁹⁹ También se ha documentado que los pacientes identifican factores organizacionales como parte de las causas que originan problemas de la atención, como recortes de presupuesto, recortes de personal, exceso de trabajo, falta de tiempo, moral baja del personal, falta de facilidades o tecnología y fatiga.¹⁰⁰

Otros estudios enfatizan cuestiones más particulares sobre la relación médico-paciente, por ejemplo, sobre la congruencia entre la satisfacción de los médicos con la de los pacientes sobre la cual se encontró que los pacientes estaban altamente satisfechos cuando sus médicos tenían una orientación a la empatía o hacia la "medicina centrada en el paciente". De igual manera, los pacientes cuyos médicos no practicaban la "medicina centrada en el paciente" estaban significativamente menos satisfechos.¹⁰¹ En otro estudio los pacientes expresaron que las enfermeras debían ser cuidadosas, cercanas, comprensivas, empáticas, proveedoras de información y realizadoras de monitoreo y escrutinio en el cambio de condiciones de los pacientes. Así mismo, valoraban a los médicos que escuchaban sus preocupaciones, que eran respetuosos y amables, que brindaban información adecuada, de una manera

clara, que eran cuidadosos y comprensivos, que mostraban interés, que atendían sus necesidades emocionales, que dedicaban tiempo en las consultas, que los consideraban individualmente, que les mostraban que eran valorados e importantes y que fueran técnicamente competentes. Finalmente, consideraban que los médicos tenían el deber de efectuar juicios clínicos libres de prejuicios por género, raza o salud mental.¹⁰²

Respecto al papel del género, se han reportado diferencias de opinión por sexo del paciente, al parecer, debido al rol de "cuidadora de la salud" que socialmente desempeña la mujer. Se reporta que la satisfacción general de las mujeres depende más del contenido de la información, de la continuidad de la atención y la multidisciplina. La satisfacción de los hombres parece depender más en el interés personal mostrado hacia ellos por los prestadores de servicios.¹⁰³ También se ha reportado que "casi todas" las experiencias negativas con la atención médica se acompañan de amenazas a la identidad personal de los pacientes. Esto se refiere a percepciones de ser deshumanizados, objetificados, estereotipados, perder el poder o control y ser devaluados.¹⁰⁴

3) El papel de la información y la comunicación

Uno de los resultados más importantes en los estudios de insatisfacción es el concerniente a problemas de información y comunicación y se le considera entre los principales factores asociados con la satisfacción de los pacientes.¹⁰⁵ Una comunicación inadecuada puede llevar a malos entendidos e insatisfacción para los clientes y proveedores.¹⁰⁶ Mayores niveles de información, mayor tiempo invertido en discutir las estrategias preventivas y una mayor duración de la consulta se asocian positivamente con la satisfacción de los pacientes.¹⁰⁷

Respecto a la fuente de información, se ha documentado que los pacientes prefieren recibir la información de una enfermera entrenada que de un médico y que adicionalmente, se les proporcionaran instrucciones escritas incluyendo información acerca de la persona a quien contactar si necesitaban más ayuda.¹⁰⁸ Este estudio documenta el interés por parte de los pacientes para obtener información de buena calidad, no sólo en un primer contacto con el equipo de salud sino tener un refuerzo escrito y aún más, abrir la posibilidad de obtener información adicional a la del primer encuentro. En cuanto a la extensión de la información, además de información sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, los pacientes están demandando información sobre los posibles riesgos correspondientes.¹⁰⁹ También se ha propuesto que el problema no es sólo que el médico no dé suficiente información, sino que además no escucha a los pacientes.¹¹⁰ Al respecto, se ha reportado que en el 65% de los encuentros médicos, los médicos subestiman el deseo de los pacientes de recibir información.¹¹¹

Las consecuencias de una deficiencia en la comunicación o información no se limitan al encuentro médico donde ocurre y se registra el problema. La insatisfacción previa con la comunicación y la actitud

del prestador de servicios médicos, también limitan la información y el entendimiento mutuo en los encuentros médicos subsecuentes.¹¹²

4) *El rol de las expectativas*

Un factor importante en la insatisfacción de los pacientes se refiere a las expectativas sobre el servicio, es decir lo que los pacientes esperan de la atención médica, tanto del desarrollo, como de los resultados de la misma. La definición de la enfermedad y las expectativas de los pacientes, la relación médico paciente, las competencias y el estilo clínico y de comunicación de los médicos, determinan en gran parte la satisfacción tanto de pacientes como de médicos. Así, el grado de congruencia entre la cultura médica y la cultura del paciente influye en la coincidencia de expectativas de la atención médica del médico y del paciente.¹¹³

La naturaleza de las expectativas de los médicos y pacientes en su interacción están determinadas por factores del ambiente, ubicación y características del lugar donde se da la consulta y el tipo de servicio de salud donde se lleva a cabo.¹¹⁴ La comprensión del fenómeno, entendido como una acción social, se determina por el contexto específico en cada evento de atención médica, es decir, la práctica médica es una "práctica situada."¹¹⁵ Los valores culturales dominantes de responsabilidad individual de los pacientes se reflejan en las quejas.¹¹⁶ La conducta del médico y la del paciente están determinadas por el sistema de expectativas que los rodean, en algunos casos, el paciente hace esfuerzos para comportarse de manera tal que, de acuerdo con sus expectativas, sea un "buen paciente".¹¹⁷ Así mismo se ha documentado que, en ocasiones, los pacientes se consideran parte del problema debido a que reconocen que sus propias expectativas son muy altas.¹¹⁸

Ya que la satisfacción se relaciona con el cumplimiento de las expectativas de cada sujeto, cabe cuestionarse el grado de congruencia entre las expectativas de los pacientes con las de los médicos. Ejemplo de lo anterior es lo encontrado en un estudio llevado a cabo en un departamento de urgencias, en donde el personal médico consistentemente estimó niveles significativamente inferiores de satisfacción que los reportados por los pacientes, esto en múltiples dominios de la atención.¹¹⁹ Este tipo de investigación propone que además de realizar investigación sobre expectativas de los pacientes se aborde no sólo la comparación de la satisfacción en términos generales sino que se profundice en los diversos aspectos en los que las expectativas de los pacientes son mayores o menores a fin de contribuir a orientar los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención.¹²⁰

5) *La calidad de la atención y los prestadores de servicios médicos*

Existen numerosos artículos publicados sobre aspectos de satisfacción y calidad de la atención, en los cuales los aspectos de la calidad de la atención médica evaluados son únicamente técnicos. En gran parte esto se debe a que la dinámica propia de la profesión médica y la formación profesional de los médicos se basa preferentemente en aspectos técnicos de la medicina y se ignora el resto de los elementos que involucra una atención médica adecuada.

El interés por la calidad de la atención médica por parte de los miembros de la profesión no se limita a la investigación. La profesión médica ejerce un control interno sobre sus propios miembros mediante academias, certificaciones de los consejos, asociaciones de hospitales, escuelas de medicina, etc.¹²¹ Sin embargo, todavía se observan carencias en cuanto a la comprensión integral de la calidad de la atención. Entre ellas, falta de conciencia en el personal de salud sobre cuál es el punto de vista del paciente.¹²² La atención médica se encuentra centrada en que los médicos obtengan una opinión favorable de sus propios colegas.¹²³ Por múltiples razones esto sucede claramente en la práctica de la medicina a nivel institucional. Sin embargo, predominantemente en la conducta de los médicos dentro de la medicina privada, vemos el claro ejemplo del reconocimiento de la opinión del paciente sobre la atención como una prioridad.

Para el análisis de la calidad de la atención médica, hay que considerar que la práctica médica está sujeta a la incertidumbre. La medicina no es una ciencia exacta, no todos los casos son "de libro" y cada paciente constituye un caso clínico en particular. En 1978, Fox clasifica por primera vez las fuentes de la incertidumbre: ésta puede originarse por el dominio imperfecto del conocimiento médico, por las limitaciones de la ciencia médica o por la complejidad de distinguir entre ambas.¹²⁴ Es decir, el primer caso se presenta cuando los prestadores de servicios no poseen el nivel mínimo de conocimientos esperado para atender determinada necesidad de salud. En el segundo caso, la incertidumbre se debe a que los conocimientos de la ciencia médica no han aclarado o encontrado todos los elementos necesarios para la atención de determinado problema de salud. El tercer caso se refiere a la complejidad para distinguir si el conocimiento necesario no existe o uno es quien no lo posee.

6) *La evolución social del rol de paciente.*

La evaluación de la calidad de la atención médica se ha llevado a cabo tradicionalmente desde el punto de vista de los profesionales de la salud. En los últimos tiempos los pacientes se han convertido en evaluadores de la calidad de la atención con un impacto cada vez mayor. Esto, en parte se debe a la evolución social del rol de paciente. Esta evolución no solo corresponde al rol de paciente, sino que queda enmarcada dentro de un cambio general en la dinámica social de la cultura del consumidor. Dentro de esta dinámica, la población general que consume productos o servicios cada vez tiene mayor poder tanto moral como legal para reclamar la calidad que esperan como consumidores.

Los movimientos sociales y políticos de los años sesentas influyeron en cambios dramáticos en la relación médico-paciente. De ser una relación caracterizada por el paternalismo y una autoridad absoluta del médico sobre un paciente pasivo, la relación ha evolucionado hacia una sociedad más equitativa basada en el principio de la autonomía del paciente.¹²⁵

De acuerdo con Steinhart, al revisar la evolución del rol de paciente es necesario abordar los siguientes temas:

1. Evolución de la práctica médica.
2. Evolución en los estilos de comunicación.
3. El paciente como consumidor.
4. La influencia de la cultura.
5. La autodeterminación del paciente.

En cuanto a la evolución de la práctica médica, se señala que el modelo tradicional de la práctica médica con poca participación del paciente en la toma de decisiones ha cambiado a un modelo que involucra al paciente directamente en su propia atención médica.¹²⁶ Entre los muchos factores que influyeron en este cambio resaltan: los avances en la medicina que cambiaron el objetivo de curar infecciones a manejar enfermedades crónicas, el movimiento bioético de los sesentas, conceptos como el de la medicina centrada en el paciente y el aumento del público con conocimientos médicos por ejemplo, vía internet.¹²⁷

La evolución en los estilos de comunicación se hace evidente al revisar que históricamente los médicos seleccionaban la información que brindaban a los pacientes y sus familiares. Los médicos controlaban la información y ejercían su autoridad para brindar esperanza en escenarios de mal pronóstico. Con los avances en los tratamientos, la mejora en los resultados de salud y el descenso de las tasas de mortalidad de enfermedades e infecciones previamente mortales, los médicos se han vuelto más francos con los pacientes. De hecho, la verdad a secas resulta insuficiente para asegurar la autonomía del paciente. Es indispensable que la información se presente de manera que el paciente la comprenda adecuadamente y así pueda tomar decisiones informadas.¹²⁸ Estudios han mostrado que el proveer al

paciente con mayor cantidad de información puede llevar a mejores resultados, incluso un estilo de comunicación participativa es fundamental para la toma de decisiones de manera compartida entre el médico y el paciente.¹²⁹ Los médicos clínicos pueden reconocer los beneficios de la toma de decisiones compartidas con los pacientes, por ejemplo cuando ocurre un resultado adverso, la responsabilidad de sus consecuencias es compartida también por el paciente.¹³⁰

Clark y colaboradores proponen una serie de barreras para la comunicación efectiva por parte de los pacientes, que se enlistan a continuación:

1. Cuando los pacientes sienten que están perdiendo el valioso tiempo del médico.
2. Cuando el paciente omite detalles que le parecen poco importantes.
3. Cuando por pena el paciente no menciona información que pudiera llevarlos a situaciones embarazosas.
4. El no entendimiento de la terminología médica.
5. Cuando el paciente considera que el médico no le puso atención y por lo tanto no conoce los detalles que debería para tomar decisiones adecuadas.¹³¹

Ahora, para entender al paciente como un consumidor, es necesario revisar algunos conceptos relacionados. Por ejemplo, dentro del rubro de los servicios humanos, Tower considera que el consumismo lleva a que los individuos que experimentan directamente una condición particular de vida, acumulan mayor conocimiento acerca de sus propias necesidades e intereses que su contraparte profesional.¹³²

Las ciencias sociales toman en cuenta la "expertez" de los pacientes acerca de sus propias vidas y han conceptualizado modelos que ilustran las diferencias entre el paradigma autoritario y el de autodeterminación. El paternalismo por ejemplo, es la base del modelo médico tradicional. En este marco, el individuo es un paciente con deterioro y su recuperación depende de intervenciones profesionalmente determinadas y una sumisión incuestionable del paciente. En contraste, la base del modelo de la "calidad de vida" considera a la recuperación como un proceso de cooperación que incluye el apoyo de los pares y grupos de auto-ayuda, la eliminación de barreras y la colaboración con el médico. En este modelo, el locus de control descansa tanto en el individuo como en su ambiente.^{133 134}

La cultura así como varios factores, por ejemplo la edad, educación, características demográficas y de personalidad influyen en la capacidad y el deseo de un individuo para ser o no un paciente activo y participativo.¹³⁵

Es importante reconocer que la medicina constituye una cultura propia, con su propio lenguaje, jerarquías, valores, prácticas y expectativas. Para los pacientes, una clínica médica u hospital es esencialmente un territorio ajeno.¹³⁶

Finalmente, como Steinhart señala, las relaciones médico-paciente son afectadas por influencias institucionales, interpersonales y sociales y es posible lograr una relación equitativa con beneficios potenciales para ambas partes cuando ésta se lleva a cabo de una manera colaborativa.¹³⁷

Capítulo 3

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico

1) La CONAMED, su creación y datos actuales.

Como una estrategia para atender la insatisfacción y las demandas sobre la calidad de la atención médica en México, en junio de 1996 se instauró la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) orientada a asesorar y conciliar conflictos entre los prestadores de servicios y sus pacientes como se aprecia en el decreto de creación expedido por el Secretario de Salud, en ese momento el Dr. Juan Ramón de la Fuente, citado a continuación.

Decreto de creación de la CONAMED (fragmento)

CONSIDERANDO:

Que el plan nacional de desarrollo 1995-2000 plantea el mejorar la calidad de los servicios médicos a través de la reestructuración de las instituciones, así como atender las legítimas demandas de los usuarios para que los servicios operen con mayor calidad y eficiencia;

Que los mexicanos reciben servicios médicos en los que participan instituciones públicas y privadas, así como profesionales de la salud que ejercen libremente su actividad, con el objeto común de proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes del país;

Que en las actuales circunstancias resulta necesario que la población cuente con mecanismos que, sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales en la solución de conflictos, contribuyan a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos;

Que para lograr tal objetivo, es pertinente contar con un órgano al cual puedan acudir los usuarios y prestadores de servicios médicos para dilucidar, en forma amigable y de buena fe, posibles conflictos derivados de la prestación de dichos servicios, con lo cual se contribuirá a evitar grandes cargas de trabajo para los órganos jurisdiccionales, sin sustituirlos;

Que de igual manera, es indispensable que esa instancia especializada, garantice a los usuarios y prestadores de servicios médicos, la imparcialidad en el análisis, dictamen y resolución en las controversias que conozca, y

Que la creación de un órgano administrativo con autonomía técnica para recibir quejas, investigar las presuntas irregularidades en la prestación o negativa de prestación de servicios médicos y emitir sus opiniones, acuerdos y laudos, responde a los legítimos reclamos de los actores de la relación que genera la prestación de servicios médicos, he tenido a bien expedir el siguiente
DECRETO POR EL QUE SE CREA LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO.¹³⁸

Antes de la constitución de la CONAMED, la atención de quejas médicas podía tomar varios caminos, desde iniciar un proceso judicial hasta radicar una queja en la institución médica donde ocurrió el evento de insatisfacción, otra instancia que recibía una gran cantidad de quejas fue la Comisión Nacional de Derechos humanos, desde la creación de la CONAMED estas instancias remiten a los quejosos a la comisión.

Los objetivos actuales del programa de acción de la 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.¹³⁹

A nueve años de su creación (junio de 1996 a julio de 2005), la Comisión ha atendido 138,454 asuntos con la siguiente distribución: 1) Orientación a los usuarios (92,260 casos); 2) Asesoría sobre sus derechos y obligaciones, así como explicaciones técnicas referidas fundamentalmente a la evolución y tratamiento de la enfermedad (22,816 casos); 3) Recepción de inconformidades (quejas) encaminadas a ser resueltas: a) por medio de una gestión inmediata, (lo cual es muchas veces vía telefónica, e. g. diferimiento de la atención, negativa de servicio, etc.) (5,765 casos); y b) Por medio de la conciliación (13,589); y 4) Dictámenes periciales (4,024).¹⁴⁰

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 3.1). 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.

FORMA DE SOLUCIÓN DE LOS CONFLICTOS

Formas de solución	1996 -2000	2001	2002	2003	2004	Ene-Jul 2005	TOTAL
Gestiones inmediatas	2,163	738	862	941	698	363	5,765
Conciliaciones	3,557	763	568	704	801	472	6,865
Arbitrajes	113	33	19	29	35	28	257
Total	5,833	1,534	1,449	1,674	1,534	863	12,887

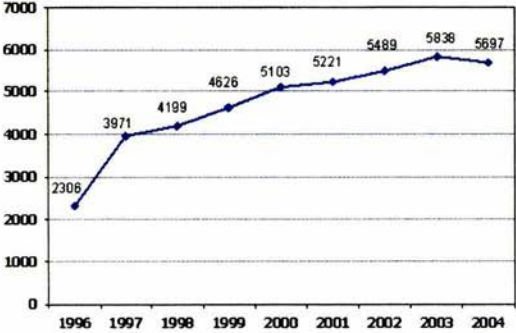
<http://www.conamed.gob.mx/solucion.htm>

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 un conjunto permitieran la procedencia de su radicación".¹⁴¹ 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 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.¹⁴²

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 lo 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.¹⁴³

Las tendencias de las acciones desarrolladas en CONAMED se pueden observar en las gráficas siguientes, con acceso al público general a través de la página electrónica de la CONAMED (septiembre del 2005).

ASESORIAS, INCONFORMIDADES Y DICTÁMENES MÉDICO INSTITUCIONALES ATENDIDOS

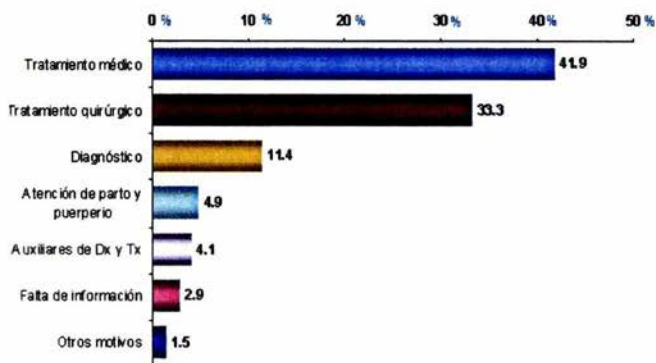


<http://www.conamed.gob.mx/atendidos.htm>

En la primer gráfica es posible observar que el número de casos atendidos aumenta cada año, situación que en gran parte se puede asumir que se debió a la ley de la oferta y la demanda en la cual se sabe que la apertura de un servicio propicia su demanda (*“service fuels demand”*). El incremento paulatino posterior se debe a una combinación de situaciones en la demanda, como son un mayor conocimiento de la Comisión por el público en general y, como documenta Infante en sus investigaciones, a la creciente incorporación de la queja médica dentro del clásico proceso de búsqueda de atención.¹⁴⁴

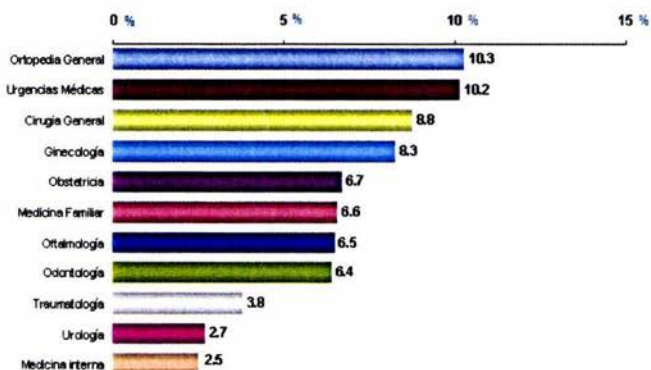
En la siguiente gráfica se muestra el comportamiento de las inconformidades agrupadas por los motivos principales de queja. Es conveniente mencionar que al radicar una queja, los pacientes no presentan un solo motivo de insatisfacción, es frecuente encontrar varios motivos de queja, pero por motivos de manejo de expedientes y clasificación, en la CONAMED se registra uno de ellos como el motivo principal de queja. En la CONAMED se clasifican los motivos en las siguientes categorías: tratamiento médico, tratamiento quirúrgico, diagnóstico, atención del parto y puerperio, falta de comunicación, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, atención inicial y otros. Como se puede apreciar en la gráfica, el tratamiento quirúrgico se ubica en la segunda posición con mayor frecuencia, motivo de queja relacionado con los casos evaluados en este trabajo. La última gráfica ubica las principales especialidades de los casos de las quejas atendidas en la CONAMED.

**MOTIVO DE LAS INCONFORMIDADES ATENDIDAS
ENERO - JULIO 2005**



<http://www.conamed.gob.mx/motivo.htm>

**PRINCIPALES ESPECIALIDADES DEL CASO EN QUEJAS ATENDIDAS
ENERO - JULIO 2005**



<http://www.conamed.gob.mx/servicio.htm>

En 1998, Infante y colaboradores publican el análisis de los motivos de queja por fase de la atención (médica o quirúrgica) de todas las quejas interpuestas en CONAMED de junio de 1996 a mayo de 1998. Como se observa en el cuadro que reportan, el 16.8% de las quejas se registraron haber sido producidas por complicaciones en el tratamiento, sin embargo, las "complicaciones" se reportan 2.3 veces más

frecuentemente en los tratamientos quirúrgicos que en los médicos (23.5% vs. 10.1%), y los "incidentes" también se refieren con una frecuencia notoriamente mayor en los tratamientos quirúrgicos que en los médicos: 20.4% vs. 0.8%. Contrariamente, la "impericia" es 4.3 veces mas reportada en los tratamientos médicos comparada con los quirúrgicos (42.1% vs. 9.6%).

Cuadro 3.2
Quejas ubicadas en la fase de tratamiento por motivo principal de queja
junio 1996 – mayo 1998
(distribuciones porcentuales)

Motivo principal de la queja	Tipo de tratamiento		
	Tratamiento médico	Tratamiento quirúrgico	Total
Impericia	42.1	9.6	26.0
Incidentes	0.8	20.4	10.5
Complicaciones	10.1	23.5	16.8
Procedimientos	0.6	4.8	2.7
Problemas interpersonales	24.0	26.1	25.0
Oportunidad de la atención	22.7	15.7	19.2
Total	100	100	100

Fuente: Infante C *et al.* 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)

Ante estos resultados, los autores mencionan que "es posible que los accidentes y complicaciones sean más reportados en las cirugías que en otros procesos de atención por que 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 consecuencias son insalvables, se habla de accidentes".¹⁴⁵ Es decir, parece ser que para los pacientes, 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.¹⁴⁶

Capítulo 4

Las Complicaciones quirúrgicas

Ante los hallazgos previamente descritos sobre las frecuencias de las complicaciones médicas y quirúrgicas como motivo de queja, se decidió realizar la investigación que aquí documentamos a fin de tener una mejor comprensión de lo que sucede en las quejas por complicaciones quirúrgicas y qué es lo que los pacientes describen y reportan en ellas.

En uno de los libros más ampliamente utilizados en la enseñanza de la cirugía, se dedica un capítulo completo al estudio de las complicaciones quirúrgicas, en donde se señala que:

"El cuidado óptimo del paciente quirúrgico requiere un conocimiento amplio de las posibles complicaciones que podrían surgir durante el perioperatorio y el postoperatorio. Estos problemas pueden resultar del proceso patológico primario, una enfermedad médica concomitante o errores en la técnica quirúrgica o en el tratamiento médico. En raras ocasiones las complicaciones pueden tener una causa al parecer no relacionada, por ejemplo, apendicitis o colecistitis postoperatorias.

Es muy importante que el cirujano tenga la capacidad para reconocer y tratar los problemas conforme se desarrollan. En la mayoría de los pacientes el periodo posterior a la intervención quirúrgica se caracteriza por un patrón predecible y ordenado de recuperación. Cualquier desviación de la evolución anticipada, sin importar cuán sutil sea, debe poner en alerta al cirujano acerca del posible desarrollo de una complicación.

Algunas complicaciones pueden prevenirse. Una valoración preoperatoria completa, la preparación del paciente, una técnica quirúrgica meticulosa y la observación cercana en el postoperatorio pueden evitar problemas importantes o mortales. Es posible que otras complicaciones no puedan prevenirse por la necesidad de una intervención urgente que quizá impida una preparación minuciosa antes de la operación. En estos casos, la valoración de los riesgos individuales del paciente para el desarrollo de problemas específicos y la anticipación de los mismos permitirá prevenirlos con mayor eficacia o diagnosticarlos temprano."¹⁴⁷

Posteriormente incluye una lista de las posibles complicaciones quirúrgicas: fiebre, complicaciones de la herida, urinarias y renales, respiratorias, cardíacas, estados de hipercoagulación, propias de la cirugía digestiva, metabólicas y psiquiátricas.¹⁴⁸

En el mencionado estudio de Harvard sobre la práctica médica se incluye un apartado acerca de complicaciones quirúrgicas consideradas como eventos adversos: en caso de que ocurrieran durante las

primeras dos semanas del postoperatorio o si se atribuía a la cirugía como causa del evento adverso sin importar el momento en que ocurriera.

Las complicaciones quirúrgicas se subclasificaron como:

- técnicas (lesiones durante la operación, sangrado o dificultad con el cierre de la herida),
- no técnicas (embolia pulmonar, infarto al miocardio y neumonía),
- relacionadas a infección de la herida,
- causadas por falla de la cirugía (el curar, aliviar o prevenir síntomas, como embarazo posterior a ligadura tubaria o salpingoclasia) o
- complicaciones tardías (malos resultados y complicaciones retrasadas).¹⁴⁹

II PARTE: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Capítulo 5: Problema de investigación

Capítulo 5

Problema de investigación.

El presente trabajo forma parte de una línea de investigación sobre la manifestación de la insatisfacción de los pacientes con la calidad de la atención médica. Por este motivo resulta pertinente plantear el problema de investigación primero desde una perspectiva general y luego de manera particular, citando para ello un fragmento del problema de investigación sobre las quejas médicas desarrollado por Infante, cuyo trabajo constituye el marco general de la línea de investigación. Esta información es relevante para entender los elementos del investigador y de la investigación que son necesarios para llevar a cabo este tipo de estudios.

Comúnmente se asume que la insatisfacción con la atención médica se debe a *errores* o *negligencia* médica. Sin embargo, la investigación sobre errores médicos ha demostrado, entre otras cosas, que: a) en la *mayoría* de los casos los pacientes *no* demandan o se quejan y, b) los eventos adversos se deben a problemas *sistémicos* complejos de la atención. En este contexto, parte de la dificultad para construir el problema de investigación es la tendencia que los médicos tenemos de centrar los problemas de atención a la salud en la medicina y no en los pacientes y, en consecuencia, asumir las quejas y demandas médicas desde un punto de vista técnico médico, sin reparar en que estas manifestaciones de los pacientes no se refieren necesariamente al descubrimiento de errores médicos, sino a las expectativas no satisfechas de los pacientes, a la forma como experimentan, definen y juzgan la atención médica recibida, a la forma como enfrentan los obstáculos para la utilización de los servicios de salud en su conjunto.

Es decir, para la investigación de las quejas médicas como fenómeno social, el enfoque teórico necesario para su análisis es sociomédico, lo cual implica forzosamente: un abordaje desde las ciencias sociales aplicadas a la salud; la construcción del problema a partir de enfoques teóricos psicológicos y sociológicos, antropológicos y psicológicos la combinación de metodologías cualitativas y cuantitativas que permitan dar cuenta de los problemas que expresan los pacientes desde su punto de vista y la interpretación de resultados empíricos buscando comprender qué y cómo están evaluando los pacientes de los servicios de salud que reciben, buscando entenderlo a partir de la forma como experimentan los problemas de organización de los servicios de salud, de accesibilidad y calidad de la atención, las competencias que esperan de los médicos y que no ven cumplidas.

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.¹⁵⁰ De hecho, en el año 2000, el Informe Mundial de la 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.¹⁵¹ 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.^{152 153}

154

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 definirlos, medirlas, analizarlas y explicarlas, cómo identificar los estándares de atención con base en los cuales los pacientes juzgan los servicios, que 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 preguntas¹⁵⁵. 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".¹⁵⁶ El discurso en estos rubros aún supera a la práctica.¹⁵⁷

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,¹⁵⁸ 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.¹⁵⁹

Con base en lo anterior y retomando el tema principal de este trabajo, podemos afirmar que las quejas por complicaciones quirúrgicas por parte de los pacientes o sus familiares constituyen una fuente de información útil para explorar el problema de la insatisfacción de los usuarios con la calidad de la atención médico-quirúrgica recibida. Sin embargo existen limitaciones, por ejemplo, es necesario señalar que la queja en sí no es un instrumento propio del paciente, depende de los procedimientos institucionales de recepción y manejo de quejas, se radica frente a un médico y un abogado que son

quienes redactan el relato del quejoso, esto necesariamente afecta la construcción de la queja. Por esto, aunque es muy valiosa y de gran utilidad la información radicada en la CONAMED, es necesario interpretarla tomando en cuenta estas limitaciones.

En la revisión de la literatura sobre quejas/demandas médicas por complicaciones quirúrgicas se encuentran descripciones e investigaciones sobre el tema únicamente enfocadas al aspecto técnico médico. Sin embargo, no se encontraron antecedentes de estudios que permitan acercarnos a la comprensión de la forma como los pacientes experimentan, juzgan y enfrentan las situaciones que, bajo su punto de vista, constituyen complicaciones quirúrgicas que no se resuelven satisfactoriamente. Por su parte, existe un importante acervo de conocimientos sobre la satisfacción de los pacientes con la atención médica, sin embargo, éstos se refieren usualmente al fenómeno de la insatisfacción en general, o bien, al punto de vista técnico médico sobre la opinión de los pacientes en relación con servicios específicos recibidos, es decir, en los estudios se cuestiona a los pacientes sobre variables que según los médicos, construyen la satisfacción, no sobre las variables que construyen la satisfacción desde el punto de vista del paciente. El estudio de las quejas médicas como indicadores de insatisfacción de los pacientes bajo su punto de vista está ausente en la literatura teórica, metodológica y empírica.

La ausencia de conocimientos sobre el tema, aunado a la alta frecuencia de las complicaciones quirúrgicas definidas en términos técnico-médicos, la importancia de conocer de qué se quejan los pacientes que reportan insatisfacción con el tratamiento de las complicaciones quirúrgicas, orientó a la línea de investigación hacia el uso de metodología cualitativa que bajo la guía de preguntas de investigación, permitiera identificar la forma como los pacientes experimentan y construyen la problemática y, posteriormente explorar posibles asociaciones estadísticas entre los elementos cuantificables de las quejas. Asumimos que avanzar en el conocimiento de esta problemática es de utilidad para orientar al personal de salud hacia los aspectos de calidad de la atención que perciben los pacientes a fin de prevenir en lo posible estas situaciones, de atenderlas responsable y profesionalmente cuando se presentan y de refinar las estrategias de atención de las quejas cuando éstas se presentan.

Con base en los argumentos arriba planteados nos planteamos las siguientes preguntas de investigación:

1. Al parecer la insatisfacción de los pacientes no obedece a las mismas causas que los médicos pudieran atribuirle, entonces, ¿De qué se quejan los pacientes?, ¿Cuáles son las causas de queja?
2. ¿Cuáles son los indicadores de complicaciones quirúrgicas para los pacientes o sus familiares?, ¿Cómo identifican la existencia de una complicación quirúrgica?, ¿Quién, de qué manera y con qué elementos se juzgan los resultados de la atención médica recibida desde el punto de vista de los usuarios?

3. ¿Qué tipos de problemas de atención reportan los usuarios? Dentro del relato de queja, ¿Qué otros problemas de atención son relevantes para los pacientes? ¿La queja se construye sólo a partir del hecho catalogado como complicación quirúrgica o intervienen varios factores como sucede en la génesis de los eventos adversos mencionada anteriormente?

4. ¿Es posible construir tipologías de quejas médicas por complicaciones quirúrgicas? Una vez identificados los elementos de las quejas y revisadas sus relaciones, ¿Existirán diferentes patrones de quejas?, ¿De qué elementos dependen?, ¿Sus desenlaces son similares?

III PARTE: METODOLOGÍA

Capítulo 6: Estrategias metodológicas para la investigación de las quejas médicas.

Capítulo 6

Estrategias metodológicas para la investigación de las quejas médicas.

1) *Diseño de la investigación.*

La investigación consistió en un estudio observacional (ya que no se realiza una manipulación artificial del objeto de estudio), analítico, retrospectivo y retrolectivo (debido a que estudia registros de sucesos ya acontecidos)¹⁶⁰. Por la naturaleza del fenómeno en estudio se dividió en dos fases, la primera constituye una investigación cualitativa inicial y la segunda es cuantitativa.

La primera fase, constituye un estudio exploratorio a partir de una estrategia cualitativa para reconstruir la queja a partir de la identificación de los elementos que los pacientes exponen en las quejas por complicaciones quirúrgicas. La metodología cualitativa se define como: "Los métodos y técnicas de observación, documentación, análisis e interpretación de atributos, patrones, características y significados de los rasgos distintivos específicos,...." de los fenómenos en estudio, a través de aproximaciones que busquen descubrir los pensamientos, percepciones y sentimientos experimentados por los informantes...¹⁶¹

El examen cualitativo de las quejas se inició a partir del análisis de contenido de los textos de los "narrativos de quejas", con el fin de identificar los elementos de las quejas que mencionan los pacientes. Los narrativos de queja se obtienen de la fase de recepción de queja en la CONAMED. Cuando los pacientes inconformes o sus familiares acuden a la Comisión, comentan su insatisfacción con un médico, éste, en algunos casos explica algún suceso de la atención y ahí se resuelve la inconformidad. Cuando esto no es suficiente, los quejosos relatan lo sucedido a un médico y un abogado de la CONAMED, éstos registran el relato del quejoso, se lo muestran y, si el quejoso está de acuerdo, entonces lo firma como su relato de queja e inicia el proceso dentro de la CONAMED. A partir de los narrativos de queja, se recuperaron las variables identificadas y se construyó un listado, a partir de éste y con base en los elementos teóricos se elaboró un modelo conceptual, se definieron las variables a ser codificadas numéricamente en la nueva revisión de los expedientes, se elaboró una base de datos y se desarrollo su plan de análisis estadístico correspondiente. Dentro de los resultados estadísticos se incluyen extractos de textos de las quejas a fin de comprender mejor el significado de la información estadística obtenida.

Es importante señalar que en los narrativos de queja no se incluyen algunas variables sociodemográficas importantes como la escolaridad del paciente o del quejoso. En el relato de queja tampoco se incluyen elementos que pudiesen parecer triviales como la interacción del paciente o sus familiares con su red social, es decir, no es un relato coloquial en el que el quejoso pudiese comentar por que decidió radicar una queja después de comentar el caso con sus familiares o amigos. El relato en la CONAMED se limita

principalmente a los hechos del proceso de atención médica desde la perspectiva del quejoso, ya sea el paciente mismo o un familiar.

2) Población y muestra.

El estudio se llevó a cabo en la totalidad de quejas radicadas en la CONAMED de enero de 1997 a diciembre de 1998 cuyo motivo principal fue alguna complicación quirúrgica. No debe considerarse como una muestra representativa ni de la población total de usuarios de los servicios de salud ni de las quejas médicas en dicho período. Es representativa del segmento específico de los pacientes que se quejaron por complicaciones quirúrgicas. El universo de quejas por complicaciones quirúrgicas de 1997 y 1998 en la CONAMED fue de 252. La población estudiada constituye una muestra por conveniencia, incluyendo la totalidad de los casos encontrados al momento del estudio.

3) Identificación y significado de las variables

El proceso de identificación de variables se llevó a cabo en dos fases, la primera consistió en un análisis de la literatura sobre calidad de la atención y la segunda fue el análisis de las relatorías de quejas identificando los elementos que conforman las quejas referidas por los usuarios como complicaciones quirúrgicas.

Una vez identificadas las variables, el paso siguiente consistió en elaborar las posibles categorías de cada variable de acuerdo a su significado conceptual. Posteriormente se revisaron nuevamente todas las quejas a fin de registrar y codificar numéricamente las variables identificadas. A partir de esta información se construyó la base de datos y con base en las frecuencias simples de cada variable se decidió con que nivel de agrupación se trabajaría para los análisis estadísticos posteriores, como se detalla en el capítulo de resultados.

Dado que esta investigación partió originalmente de un enfoque de metodología cualitativa y pretende aprehender en lo posible la perspectiva de los pacientes, a continuación se detalla la definición de cada una de las variables identificadas y analizadas.

Variables identificadas en las quejas por complicaciones quirúrgicas

VARIABLES	DEFINICIÓN
1. Año.	Año de registro de queja.
2. Sexo del paciente.	Sexo del paciente (usuario de los servicios de salud, no necesariamente el quejoso).
3. Edad.	Edad del paciente en años.
4. Sexo del quejoso.	Sexo de la persona que radica la queja.
5. ¿Quién remite la queja?	Parentesco de la persona que radica la queja con el paciente, (qué relación tiene con paciente el quejoso).
6. Institución.	Tipo de institución en donde ocurre la complicación; seguridad o asistencia social y privada.
7. Nivel de atención.	Nivel de atención médica en donde ocurre la complicación principal, segundo o tercer nivel.
8. Especialidad médica.	Especialidad médica relacionada con la complicación.
9. Problema de salud que motiva tratamiento quirúrgico.	Diagnóstico del padecimiento del paciente que motiva un tratamiento quirúrgico.
10. Complicaciones.	Tipo de la(s) complicación (es) motivo de queja tal como las describe el quejoso.
11. Diagnóstico final.	Último diagnóstico al momento de presentar la queja según el dicho del quejoso .
12. Molestias previas a la complicación.	Sintomas y molestias referidas por el quejoso previas al tratamiento quirúrgico relacionado con la complicación.
13. Manifestaciones atribuidas a la complicación.	Sintomatología y molestias referidas por el quejoso y que él atribuye a la complicación.
14. Vía de ingreso inicial.	De qué manera se inicia la atención del paciente, por un ingreso programado o por urgencias.
15. Mención de estudios previos a la cirugía.	Al revisar los narrativos de queja en algunos casos se hace mención de estudios previos al tratamiento quirúrgico y en otros no se mencionan.
16. Hace mención a la duración de la cirugía.	Registro de la mención o no de la duración de la cirugía en el relato de queja.
17. Primer cirugía planeada. (lista de cirugías planeadas)	Primera cirugía planeada en cada caso, previa a la complicación.
18. Primer cirugía realizada.	Primera cirugía realizada en cada caso previa a la complicación.

VARIABLES	DEFINICIÓN
19. Comparación del quejoso entre la primer cirugía programada y realizada.	Congruencia entre la primera cirugía programada y realizada para el quejoso. Por ejemplo, si se le informa al paciente que se realizará una laparotomía exploradora para alcanzar el diagnóstico de un caso de abdomen agudo, y posteriormente se le informa que se terminó realizando una apendicectomía, médicamente es perfectamente aceptable y justificable. Pero si el paciente reporta que no fue informado, es posible que los pacientes reporten esto como una incongruencia.
20. Diferencia técnica entre la primer cirugía planeada y realizada.	Congruencia entre la primer cirugía planeada y realizada desde el punto de vista médico. Por ejemplo, si en un caso se le informa al paciente que se le realizará una intervención de rodilla derecha y realizar una intervención en ambas rodillas.
21. Etapa de manifestación de la complicación.	Momento en que se manifiesta la complicación de la que se queja, en relación al acto quirúrgico correspondiente, por ejemplo manifestación inmediata (durante o inmediatamente al término de la cirugía) o tardía (a partir de un día después de la cirugía).
22. Comparación entre molestias previas y posteriores a la complicación.	Posterior a la complicación, el quejoso no sabe si ésta se debe a una persistencia de su enfermedad o se debe a una nueva patología. Por esto, se registró si el paciente, después de la complicación, continuó con las molestias que lo llevaron a buscar atención médica inicialmente o si se trata de molestias nuevas.
23. Vía de confirmación de complicación.	Posteriormente al tratamiento quirúrgico, el paciente no sabe si sus molestias son parte de la convalecencia, si persiste una patología o si se inició otra. Por esto es necesario que un profesional de la salud le confirme la ocurrencia de una complicación y éste puede ser el médico tratante inicial u otro.
24. Nombre de las complicaciones que aparentemente ameritan atención urgente.	Nombre de las complicaciones que pudieran ameritar atención urgente a partir del dicho del quejoso.
25. Reingreso por complicación.	Ocurrencia de re-internamientos debidos a la complicación.
26. Menciona estudios adicionales.	Mención por parte del quejoso de la realización de estudios clínicos o radiológicos adicionales a los esperados al inicio de su atención.
27. Consultas adicionales.	Mención en el relato de queja de consultas adicionales o no programadas inicialmente debidas a la complicación.

VARIABLES	DEFINICIÓN
28. Referencia posterior a la complicación.	Algunas complicaciones ameritaron remitir al paciente a otra especialidad o a otro nivel de atención.
29. Negativa de atención.	En algunos casos de queja se reporta por la ocurrencia de al menos un evento de negativa de atención médica.
30. Causa aparente del diferimiento quirúrgico.	Por ejemplo causas económicas, falta de insumos o causas administrativas.
31. Lapso del diferimiento quirúrgico.	Tiempo que duró el diferimiento quirúrgico.
32. Número total de eventos de duplicación.	Registro del total de eventos de duplicación de servicios referidos por el quejoso, es decir, cuando el paciente acude con otro médico o a otro servicio médico por iniciativa propia.
33. Tipo de evento de duplicación.	Tipo de eventos de duplicación referidos por el usuario. Por ejemplo, en la misma o en diferentes instituciones.
34. Complicación que aparentemente requiere atención de urgencia y cómo se atendió.	Necesidad de atención de urgencia por complicación y qué atención recibió, es decir, se anotaron las complicaciones que ameritaban atención urgente, de acuerdo con el revisor, y no la recibieron y las que sí fueron atendidas de esa manera.
35. Internamiento prolongado.	Ocurrencia de internamiento prolongado debido a la complicación independientemente de duplicación.
36. Ingreso a terapia intensiva posterior a la complicación quirúrgica.	Ingreso del paciente a terapia intensiva relacionado con la complicación quirúrgica.
37. Días en terapia intensiva.	Numero de días de internamiento en terapia intensiva.
38. Número total de cirugías.	Total de cirugías en cada caso.
39. Cirugías no programadas inicialmente.	Cirugías no programadas al inicio de la atención quirúrgica que tuvieron que llevarse a cabo debido a la complicación.
40. Número de cirugías no programadas inicialmente.	Total de cirugías no programadas inicialmente, es decir, posteriores a la complicación.
41. Tipo de problemas de información.	Tipos de problemas de información. Es decir, incompleta, nula, tardía, etc.
42. Eventos de minimización.	En los textos se encontró mención de minimización a los pacientes, por ejemplo, no tomarlos en cuenta para las decisiones terapéuticas o situaciones similares.
43. Molestia por médicos en formación.	Manifestación de molestia por la intervención de médicos en formación en el proceso de atención, de acuerdo a los quejosos.

VARIABLES	DEFINICIÓN
44. Menciona desacuerdos entre médicos de la misma institución.	En algunos casos fue evidente para los pacientes que los médicos tratantes iniciales en algún momento de la atención tuvieron discrepancias, principalmente en asuntos relacionados con diagnósticos o tratamientos.
45. Diferencias entre médicos de diferente institución.	Principalmente en los casos en donde ocurrió duplicación de servicios, es posible encontrar diferencias entre médicos relacionadas con diagnósticos o tratamientos.
46. Menciona el nombre de los médicos involucrados en la complicación.	En algunos casos se encontró que se menciona el nombre de los médicos involucrados en la complicación.
47. Menciona nombres de otros médicos.	Casos en donde se menciona el nombre de médicos diferentes al tratante involucrado con la complicación.
48. Menciona la realización de medidas sin autorización de quién.	Mención de la realización de medidas sin autorización del paciente o de la institución médica en algún momento de la atención.
49. Tipo de medidas no autorizadas.	Tipo de medidas realizadas no autorizadas mencionadas en el relato del quejoso (e). una intervención quirúrgica).
50. Desacuerdo por la firma de documentos.	En algunos casos se le solicitó a los pacientes la firma de documentos con los que no estuvieron de acuerdo. Por ejemplo, altas voluntarias o liberación de responsabilidades.
51. Menciona falta de insumos.	Mención de eventos relacionados con la atención médica que fueron afectados por la falta de insumos.
52. Tipo de condiciones insalubres.	Reporte de inconformidades por condiciones con deficiencia en la higiene en los servicios de salud.
53. Niegan la entrega de documentos.	Otro elemento encontrado en los relatos de queja fueron los incidentes en donde se le niega a los usuarios de los servicios la entrega de documentos. Por ejemplo resúmenes clínicos o recibos de honorarios.
54. Tipo de desacuerdo con costos.	Se registraron los casos en que el quejoso se manifestó en desacuerdo con los costos relacionados con la atención médica.
55. Inconformidad con medidas diagnósticas relacionadas con la complicación.	Es posible que los quejosos manifiesten su insatisfacción con diferentes partes del proceso de atención. En esta variable se anotaron los casos en que había una inconformidad relacionada con estudios diagnósticos, por ejemplo no haberlos realizado.
56. Inconformidad con diagnósticos postquirúrgicos.	Se registraron los casos en donde se encontró una inconformidad con los diagnósticos postquirúrgicos. Por ejemplo tardíos, erróneos, etc.

VARIABLES	DEFINICIÓN
57. Tipo de inconformidad con el tratamiento de la complicación.	Se registraron los casos en que se encontró una inconformidad, y sus tipos, con el tratamiento de la complicación.
58. Tipo de inconformidades con el alta.	Se registraron los casos que manifestaban inconformidades relacionadas con el alta. Por ejemplo, alta a pesar de continuar con molestias.
59. ¿Quién resuelve la complicación?	Hay casos donde quien resuelve la complicación fueron los médicos iniciales, en otros fueron médicos diferentes, ya sea por duplicación de servicios o por referencia médica.
60. Radicación de quejas previas.	En algunos casos existe la mención de quejas previas en otras instancias, lo que probablemente indique una insatisfacción mayor o una insuficiencia de otros sistemas de atención de quejas médicas.
61. Resultado de las quejas previas.	Resultado de las quejas previas mencionadas por el quejoso. Puede ser favorable para el paciente o para el prestador de servicios o en proceso.
62. Se resuelve la complicación.	Grado de resolución de la complicación al momento de la queja. Hay casos que al momento de radicar su queja continúan con la atención médica y otros en los que la complicación ya se resolvió o el paciente falleció.
63. Categoría de discapacidad al momento de la queja.	Grado de discapacidad al momento de la queja (se modificó la clasificación del estudio de Harvard relacionada a la discapacidad).

En los narrativos de queja, es posible recabar información compatible con características técnico-médicas, sin embargo, por no ser una fuente médica formal como un expediente clínico y dado que el objetivo del presente estudio no fue el llevar a cabo un análisis técnico médico de los casos catalogados como complicaciones quirúrgicas en la CONAMED, éstas variables no se incluyeron en el análisis estadístico de esta tesis.

En la metodología cualitativa es de fundamental importancia la capacitación del investigador para la identificación, recopilación y análisis de la información. En esta investigación, el autor de esta tesis fue personalmente entrenado para dicho fin por la tutora de la tesis. La supervisión en la recolección de la información se hizo con base en la selección de casos aleatoriamente y en el análisis a profundidad de los casos complejos. Asimismo, en el transcurso de estas tres fases, el trabajo fue supervisado permanentemente, tanto en el aspecto teórico y metodológico como en el análisis e interpretación sociológica de los resultados.

Con los datos recabados con estas variables se construyó una base de datos inicial. Esto se hizo con el propósito de tener una fuente de datos que permitiese manejarlos hasta lograr una presentación que fuera lo más cercana al significado de las variables, así como buscar la manera más precisa de registrar los datos para los análisis estadísticos y no limitarse a agrupaciones de datos previas que probablemente, no reflejasen adecuadamente el fenómeno en estudio.

Cabe resaltar que el análisis primario de los textos de quejas se hizo con base en los lineamientos de la metodología cualitativa, planteados por Strauss y Corbin para la investigación cualitativa orientada al desarrollo de "teoría fundamentada" (*grounded theory*). Esto implicó la aplicación de técnicas específicas de registro, análisis y síntesis de la información acorde con la metodología empleada en lo que para esta investigación fueron especialmente útiles dos técnicas: La redacción de "memos" y la elaboración de diagramas.

Se hicieron "memos" de diferentes tipos: de descripciones de procesos de manejo de la información analizada; teóricos, en los cuales se registraron reflexiones de la relación entre las situaciones específicas encontradas y lineamientos teóricos; de conceptualización progresiva de los factores asociados (es decir, desde la identificación de conceptos vagos hasta su refinamiento como variable factible a cuantificar); de reflexiones analíticas y de textos literales de las quejas que eran especialmente ilustrativos de los problemas bajo estudio.¹⁶²

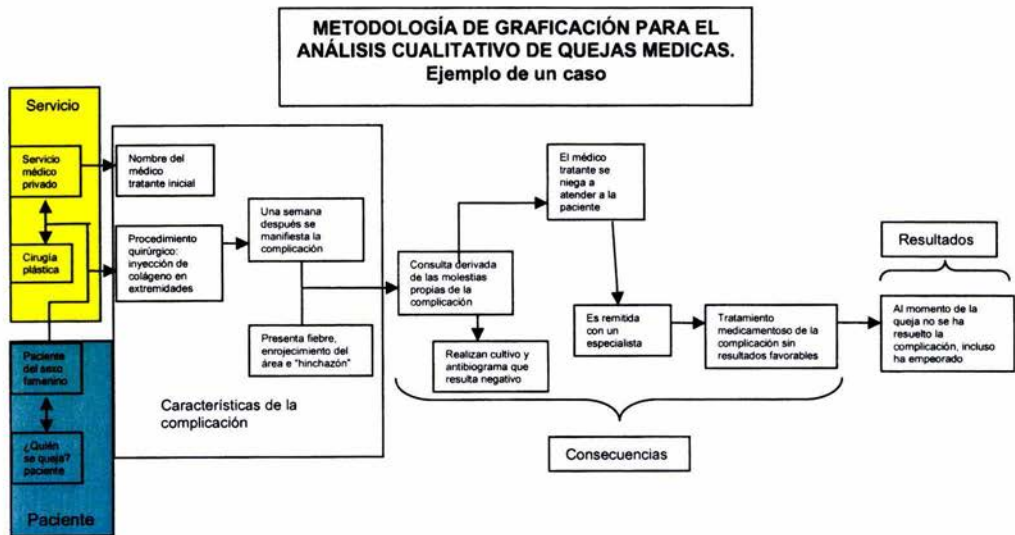
De utilidad especial para el análisis, organización y revisión reiterada de los casos fue el desarrollo de diagramas de los factores involucrados en cada queja.¹⁶³

Se ilustra a continuación el siguiente caso.

Memo ilustrativo:

"En 1995 acudí por primera vez a (servicio privado), en esa ocasión se me practica liposucción evolucionando satisfactoriamente. En 1996 acudo a consulta con el Dr. ... cirujano estético facial a solicitar el aumento de volumen de mis extremidades, proponiéndome inyectar colágeno. Ese mismo día sin mediar ningún tipo de examen o exploración procedió a aplicarme anestésico local y colocarme por punción material que denominó colágeno. De regreso a mi domicilio comenzó a drenar el material aplicado. Una semana después presenté fiebres vespertinas y nocturnas, enrojecimiento de extremidades e hinchazón. Regresé con el tratante inicial quien prescribe anti-inflamatorios y recomendaciones (sin especificar). Posteriormente se toma cultivo que se reporta como negativo. El médico tratante inicial se ha desentendido de mi problemática negándose en repetidas ocasiones a atenderme, remitiendo el caso con un especialista de su confianza quien ha dado seguimiento relativo a las complicaciones. Se me ha mantenido bajo tratamiento medicamentoso sin obtener ningún tipo de resultados e incluso empeorando mi estado físico."

Diagrama del caso:



Variables encontradas en este caso:

1. Tipo de institución: Privada
2. Especialidad: Cirugía plástica
3. Sexo del paciente: Femenino
4. Sexo del quejoso: Femenino
5. ¿Quién se queja? El paciente
6. Primer procedimiento quirúrgico: Inyección de colágeno en extremidades
7. Total de cirugías: 1
8. Menciona el nombre del médico tratante inicial: Sí
9. Etapa de manifestación de la complicación: Tardía
10. Molestias posteriores a la complicación: Nuevas molestias
11. Consultas adicionales debidas a la complicación: Sí
12. Realización de estudios adicionales debidos a la complicación: Sí
13. Refiere negativa de atención: Sí
14. Hay referencia médica debida a la complicación: Sí
15. Hay inconformidad con alguna fase técnica de la atención médica de la complicación: Sí, con el tratamiento, se le considera inefectivo
16. Grado de resolución de la complicación al momento de la queja: Sin resolverse

4) Plan de análisis estadístico.

El manejo estadístico inicial de los datos consistió en la obtención de frecuencias, con objeto de hacer una revisión de la calidad de la información capturada, a fin de observar cómo se distribuyeron los valores dentro de los intervalos de clase especificados¹⁶⁴ y de encontrar las mejores agrupaciones de los datos.

El segundo paso consistió en análisis bivariados, a fin de describir a la población, servicios y características del proceso de atención y de las relaciones entre todas ellas hipotetizadas en el modelo conceptual. El análisis de la naturaleza e intensidad de relaciones entre las variables se realizó con base en estadísticas de significancia, de regresión simple y correlación.¹⁶⁵

El orden de los análisis bivariados se basó en el orden temporal en el cual se ubicaron las variables dentro del modelo conceptual. Cabe resaltar que el análisis estadístico se desarrolló tomando en cuenta el modelo conceptual cualitativamente fundamentado como hipotético y por lo tanto, sujeto a comprobación estadística, cumpliendo con la premisa de que el análisis estadístico debe basarse principalmente en fundamentos conceptuales o teóricos.¹⁶⁶ Así mismo, hay que tener en cuenta que en el proceso de atención médica y de los factores identificados como variables dentro de él, es posible asumir cierta ubicación de los factores en el tiempo, sin embargo también es frecuente que varios factores se presenten simultáneamente, y aún significando conceptos diferentes, para fines de análisis multivariados, su efecto en la variable dependiente puede ser similar. En dichos casos, conceptualmente hablando se puede asumir lo que se denomina "intercambiabilidad de las variables", es decir, ambas miden el mismo indicador en cuanto a su relación con la variable dependiente, lo cual, estadísticamente significa que las variables son redundantes en su esfuerzo predictivo.¹⁶⁷ Con base en estos mismos argumentos, para las variables que conceptualmente asumimos *a priori* como midiendo aspectos similares, se hicieron matrices de correlación, las cuales no sólo permitieron corroborar la alta fuerza de asociación entre las variables, sino que también permitieron identificar la posible multicolinealidad en los modelos multivariados hechos posteriormente.¹⁶⁸

Estadísticamente los modelos multivariados buscan identificar la capacidad de cada variable independiente adicional de mejorar la predicción de una variable dependiente, y también la correlación entre las variables independientes presentes en la ecuación. Cuando se trata de la correlación entre dos variables independientes se denomina colinealidad y cuando se trata de la correlación de tres o más variables independientes se denomina multicolinealidad. El efecto de la multicolinealidad en los modelos desarrollados en nuestro análisis significó que se redujo el poder predictivo de las variables independientes individuales en la medida en que se asociaron con otras variables independientes. Es decir, disminuye la varianza (cuadrado de la correlación directa¹⁶⁹) explicada por cada variable independiente y aumenta el porcentaje de predicción compartida,¹⁷⁰ aunque la varianza total explicada

disminuye (es decir, varianza única y compartida)¹⁷¹. Esto significa que asumiendo teóricamente y corroborando estadísticamente la asociación entre diversas variables independientes, los modelos de nuestros resultados pueden presentar multicolinealidad, orientándonos más a tomar en cuenta las variables predictoras no en forma independiente, sino en su conjunto ("contexto multivariante"¹⁷²) para predecir la variable dependiente en cada caso. Es decir, ya que asumimos multicolinealidad, no se interpretó la importancia relativa de cada variable independiente y sólo se utilizaron los modelos para "predecir" dentro del contexto del resto de las variables independientes de cada modelo.¹⁷³

En esta forma, con base en los resultados bivariados significativos obtenidos se procedió a realizar los análisis estadísticos multivariados utilizando regresiones logísticas con el objeto de identificar los conjuntos de variables predictoras de las *diversas variables de resultado (variables dependientes) propuestas en el modelo conceptual* cualitativamente fundamentado. A fin de reconstruir estadísticamente el modelo conceptual, se fueron realizando en *orden secuencial* las regresiones logísticas para las variables que en cada caso iban constituyendo la variable dependiente o de resultado.¹ En esta forma, la secuencia de los análisis multivariados con variables dependientes consecutivas en el tiempo, permitió que al utilizar la "última" variable independiente del modelo conceptual, se comprendiera mejor la parsimonia¹⁷⁴ de los últimos modelos de regresión que se presentan en los resultados. A fin de hacer mas clara la presentación de los resultados derivados de las estadísticas multivariadas y a fin de entender éstos dentro del "contexto multivariante" y no a partir de la importancia relativa de cada variable independiente, se decidió graficarlos en diagramas para facilitar su comparación con el modelo teórico conceptual original que estábamos probando.

¹ Nos referimos *en este caso* a una *secuencia* en la introducción consecutiva de las variables *dependientes* del modelo conceptual a nuevos modelos de regresión logística y no al uso del método *stepwise* de la regresión logística como estrategia para introducir las variables *independientes* al desarrollar cada una de las regresiones.

IV PARTE: RESULTADOS.

Capítulo 7: Modelo conceptual de las quejas por complicaciones quirúrgicas.

Capítulo 8: Resultados estadísticos

Capítulo 7

Modelo conceptual de las quejas por complicaciones quirúrgicas.

1) Construcción del modelo a partir de metodología cualitativa.

A partir de la información obtenida con el análisis cualitativo (identificación de variables) se construyó un modelo conceptual ubicando las variables en un orden temporal y señalando las posibles relaciones entre las características de las quejas por complicaciones quirúrgicas.

Las variables ubicadas en el extremo izquierdo del esquema son las "Características de los pacientes y de los servicios" y constituyen las variables antecedentes ya que preceden tanto a la atención médica como a la insatisfacción y la queja. Dentro de estas variables se incluyen las *características de las instituciones de salud*, en este caso, el tipo de institución y el nivel de atención. En las referentes a los *usuarios de los servicios o pacientes* se incluye el sexo y la edad y, finalmente las características de los quejosos de la CONAMED, el sexo y su parentesco con el paciente.

En segundo lugar el esquema presenta las variables correspondientes a las *características de la complicación quirúrgica* que en este caso constituyen las variables independientes. En éstas se incluyen las variables de inicio de la atención médica: la especialidad médica, la vía de ingreso inicial del paciente a los servicios de salud y la mención de estudios prequirúrgicos; en un segundo conjunto se incluye a las variables correspondientes a la duración del acto quirúrgico: la correspondencia entre las cirugías programada y realizada, la etapa en que se manifiesta la complicación y quién y de qué manera se le informa al paciente y/o a los familiares de la ocurrencia de una complicación quirúrgica.

En la parte central del esquema se ubican las variables del "*proceso de atención médica*" como variables intermedias. Estos factores se agrupan en dos grandes apartados;

1. Las "consecuencias" de la complicación en los pacientes en servicios de salud (rubro III). Estas consecuencias incluyen a las variables relacionadas con:
 - 1.1. El uso y demanda de los servicios de salud: el reingreso o referencia del paciente, la realización de estudios y consultas adicionales, la ocurrencia de negativa de atención médica, la duplicación de servicios médicos y la ocurrencia de diferimiento quirúrgico. Cabe resaltar que aunque estas situaciones pudieron haber sucedido antes de la cirugía, las que se registran en este rubro todas conciernen a presuntas irregularidades en la atención posteriores a la cirugía.
 - 1.2. El del uso de servicios de salud presumiblemente relacionadas con la gravedad de la complicación: la necesidad de atención de urgencia, el que se prolongue el internamiento, el

ingreso del paciente a terapia intensiva y el total de cirugías realizadas considerando el total de cirugías no planeadas o no consideradas antes de la complicación.

2. Los "problemas de atención" (rubro IV) se organizaron en tres grupos:
 - 2.1. Los problemas en la relación médico paciente, que incluyen las inconformidades relacionadas con aspectos de información y la percepción de minimización o maltrato.
 - 2.2. Las inconformidades con el personal de salud que incluye inconformidad por la participación de médicos en formación (estudiantes o residentes), la mención de nombres precisos de médicos en particular involucrados con la complicación o su resolución, y la manifestación de diferencias entre los médicos ya sea de una misma institución o de diferentes instituciones.
 - 2.3. Las inconformidades con el proceso administrativo durante su atención que considera las variables correspondientes a la realización de medidas sin el consentimiento requerido, inconformidad por la firma de documentos varios, por falta de insumos, deficientes condiciones de higiene, con documentos varios y/o con los costos de la atención médica y;

Como variables previas a las de resultado se esquematizan las inconformidades con las diferentes fases del proceso de atención derivada de la complicación, incluyendo las inconformidades con las medidas diagnósticas, con los diagnósticos postquirúrgicos, con los tratamientos y con el alta.

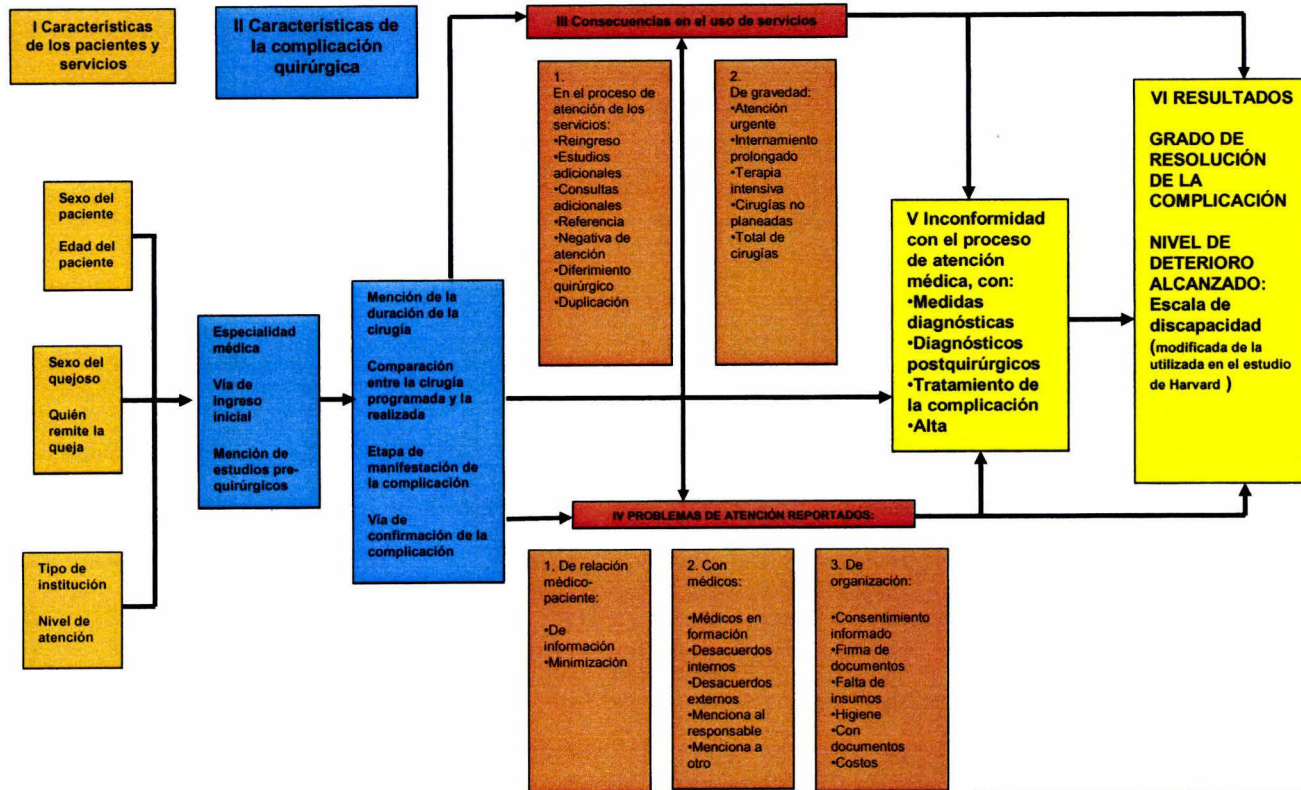
En el extremo derecho del esquema se presentan las variables de *resultado* del proceso de las quejas por complicaciones quirúrgicas: El grado de resolución de la complicación quirúrgica, el responsable de la resolución de la complicación y el grado de deterioro del estado de salud alcanzado al momento de la radicación de la queja. Siguiendo el acontecimiento de cada suceso en el tiempo, al final del modelo se sitúa la radicación de queja en la CONAMED, esto no se registró ya que en este estudio esta característica es una constante. Se registró también la existencia de quejas previas interpuestas en instancias diferentes a la CONAMED.

Con base en este modelo, se desarrolló el análisis estadístico de las relaciones entre las variables.

2) *Diagrama del modelo conceptual de las "Quejas por Complicaciones Quirúrgicas"*

Modelo Conceptual

Quejas Médicas por Complicaciones Quirúrgicas



Ruiz-Ruisánchez A, Infante C. 2004

Capítulo 8

Resultados estadísticos

Los resultados se presentan en el orden del modelo conceptual descrito anteriormente. Como se menciona con anterioridad, el modelo es el resultado de la identificación de variables a partir de los narrativos de queja en la CONAMED, por esto, muchas otras variables técnico médicas que también intervienen en la construcción de la queja entre ellas los factores sociales y psicológicos de lo que implica la insatisfacción y la queja, al no ser registradas en las narraciones, no fue posible identificarlos.

Así mismo, muchas variables que "en teoría" se podrían asociar con el problema de las quejas por complicaciones quirúrgicas no se presentan aquí por no haberse encontrado en las quejas. Por ejemplo, se podría pensar que la experiencia del cirujano que realiza la operación o la asepsia y antisepsia previas a la cirugía son variables que pueden asociarse a la complicación. Sin embargo, no son variables existentes en los expedientes. Adicionalmente hay que recordar que la investigación analiza la perspectiva de los usuarios a través "de lo que los usuarios reportan" y no de un informe médico, razón por la cual no se cuenta con información clínica como el expediente o análisis de gabinete o de laboratorio.

Los resultados obtenidos se describen inicialmente a partir de frecuencias simples, posteriormente se describen y grafican los resultados del análisis bivariado, mencionando sólo aquellos que resultaron estadísticamente significativos. En la primera parte del anexo se incluye un cuadro resumen de resultados descriptivos y, en la segunda parte, los cuadros estadísticos completos. Los resultados del análisis multivariado se presentan al final del capítulo.

A fin de enriquecer los resultados, se incorporaron descripciones textuales de las quejas en aquellos casos en donde los textos proporcionan una explicación de las situaciones que éstas reflejan.

1) Análisis univariado y bivariado

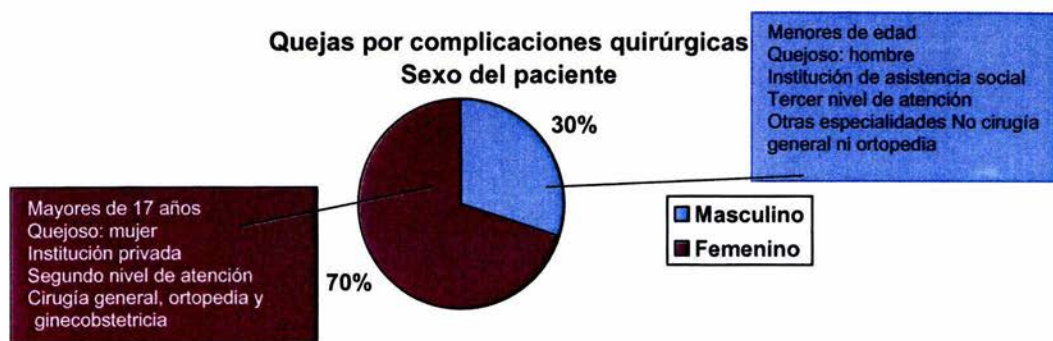
Descripción de la Población.

1) CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES Y DE LOS SERVICIOS.

Como se observa en el esquema del modelo conceptual, un conjunto de variables anteceden el proceso de atención médico-quirúrgica y caracterizan a los usuarios y a los servicios, y permiten para contextualizar los casos de quejas aquí analizados. Estas son: sexo y edad de los usuarios, características de la persona que interpuso la queja, características de la institución a quien se le atribuye el problema y la especialidad médica en donde se ubica la cirugía con complicaciones.

a) Sexo de los usuarios.

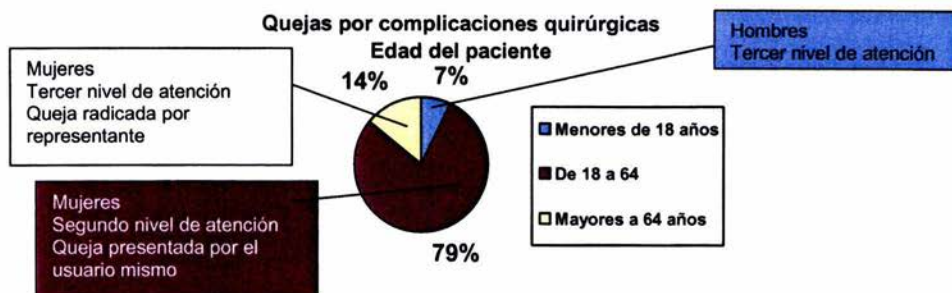
De manera inicial se buscaron diferencias en las quejas por complicaciones quirúrgicas de acuerdo al sexo del paciente que sufrió la complicación quirúrgica. En cuanto al sexo de los pacientes se encontró que en el 70% de los casos fueron del sexo femenino y el 30% restante del sexo masculino. La mayor proporción de casos femeninos en gran parte se debe a que la especialidad que ocupa el segundo lugar de complicaciones quirúrgicas en este estudio es la de ginecobstetricia. Es pertinente recordar que no es posible concluir que se presentan más complicaciones en pacientes del sexo femenino, pues muchos factores de muy diversa índole median entre la insatisfacción y la queja.



- En los casos de *pacientes mujeres* se observó que es más probable encontrar que éstas sean *mayores a 17 años* (72.4% vs. 38.9% de menores de edad), que la *queja* haya sido *presentada* por una persona del *sexo femenino* (82.8% vs. 55.9% del sexo masculino), que las complicaciones quirúrgicas hayan ocurrido en una *institución privada* (79.7% vs. 64.2% de instituciones públicas), que la complicación ocurra en el *segundo nivel de atención* (78.4% vs. 55.4% del tercer nivel), y que la complicación corresponda a las especialidades de *cirugía general, ortopedia* y, por supuesto, *ginecobstetricia* (64.8%, 64.0% y 100.0% respectivamente).

b) Edad de los usuarios.

La edad del paciente se conoce en el 98% de los casos con un rango desde recién nacidos hasta 88 años de edad. Agrupándola en tres categorías, se encuentra que el 7.2% corresponde a usuarios menores de edad, 78.7% está en edad productiva y el 14.1% tiene 65 o más años de edad.



- En los *menores de edad* se encontró una mayor frecuencia del sexo *masculino* (15.9% vs. 4.4% del sexo femenino) y que la complicación quirúrgica que originó la queja sucedió en una unidad de *tercer nivel de atención* (9.4% vs. 6.3% del segundo nivel).
- La mayoría de las quejas fueron de los pacientes que están en el grupo de *edad productiva* (79.0%), de los 18 a 64 años de edad, se encontró que con mayor frecuencia son *mujeres* (79.9% vs. 72.5% del sexo masculino), atendidas en una unidad de *segundo nivel de atención* (83.1% vs. 69.4% del tercer nivel) y la *queja* fue *radicada por el usuario mismo*, no por un representante.
- El 14% de las quejas fueron de *pacientes mayores a 64 años* en donde predominan las *mujeres* (15.7% vs. 11.6% de hombres).

En este grupo podemos observar diferencias que podemos pensar que se deben precisamente al grupo de edad, es decir, en los ancianos predominan las quejas interpuestas por un representante y no por el paciente mismo y que sea más frecuente el tercer nivel de atención por las complicaciones de las enfermedades propias de este grupo de edad, por lo que los pacientes ancianos tanto por la edad como por la gravedad de sus padecimientos son apoyados por familiares para radicar la queja.

c) ¿Quién radica la queja?

En la CONAMED las quejas pueden ser radicadas por el paciente mismo o bien por un representante del usuario de los servicios médicos. En el caso de los menores de edad deben ser sus padres o tutores los que necesariamente radiquen la queja. En los casos estudiados se encontró que fueron remitidas por los usuarios mismos en el 49.4% de los casos y por representantes de los pacientes en el 50.6% restante, quienes resultaron ser familiares del paciente en todos los casos.

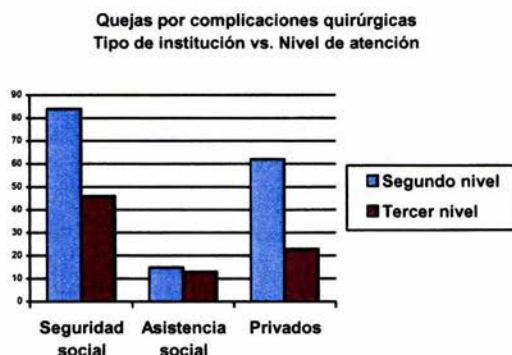


- En los casos en que la *queja* fue *radicada* directamente *por el usuario*, se encontró con mayor frecuencia al *sexo femenino* (77.6% vs. 35.3% del masculino), que la complicación haya ocurrido en una *institución privada o de seguridad social* (54.2% y 52.0% vs. 25.0% de asistencia social) y en una *especialidad diferente a cirugía general* (54.4% en otras especialidades y 38.7% en cirugía general).

d) Tipo de institución y nivel de atención.

Las quejas por complicaciones quirúrgicas en los casos analizados correspondieron en un 53.4% a instituciones de seguridad social, un 11.7% a instituciones de asistencia social y un 34.8% al sector privado. Esta clasificación de tipo de institución surge a partir de los datos con que se cuenta de manera primaria, lo ideal sería poder clasificar el tipo de institución con mayor información, por ejemplo urbana o rural, el número de camas, si se cuenta con certificación o no para poder diferenciar sus características, sobretodo si se toma en cuenta que las instituciones privadas se caracterizan por una gran heterogeneidad.

En cuanto al nivel de atención, el 65.7% de las quejas por complicaciones quirúrgicas corresponden al segundo nivel y el 34.3% al tercero. Cabe aclarar que estas dos variables no se asocian estadísticamente de manera significativa.





- En las quejas que se ubican en el segundo nivel de atención se encontró que los casos correspondieron a las siguientes especialidades: en primer lugar a ginecobstetricia (95.5%), en segundo lugar a cirugía general (91.0%), en tercer lugar a ortopedia (9.4%) y finalmente al resto de las especialidades (35.7%) mientras que en las quejas correspondientes al tercer nivel de atención se encontró que ocurrían con mayor frecuencia en la especialidad de ortopedia (90.6% vs. 25.6% del resto de las especialidades).



II) CARACTERÍSTICAS DE LA COMPLICACIÓN QUIRÚRGICA (variables independientes)

En las narraciones de las quejas se encontró un conjunto de variables útiles para describir las características de la atención médica proporcionada previamente a la cirugía y complicación de la cual quejan los usuarios. Estas son: la especialidad correspondiente, la vía de ingreso hospitalario, la mención de estudios previos a la cirugía, la referencia o mención de la duración de la cirugía, la etapa en que se manifiesta la complicación y qué médico informa sobre la ocurrencia de una complicación.

Los relatos de queja de los pacientes usualmente no contienen datos clínicos precisos, por ejemplo los diagnósticos, los nombres técnicos, las cirugías efectuadas y las complicaciones. Se recabaron dichas

características pero, ya que el objetivo del estudio fue estudiar las complicaciones quirúrgicas que motivaron una queja y no fue el realizar un análisis clínico de las complicaciones, no se presentan en esta tesis.

a) *Especialidad médica.*

Las 20 especialidades médico-quirúrgicas a las que corresponden las quejas por complicaciones quirúrgicas presentan la siguiente distribución:

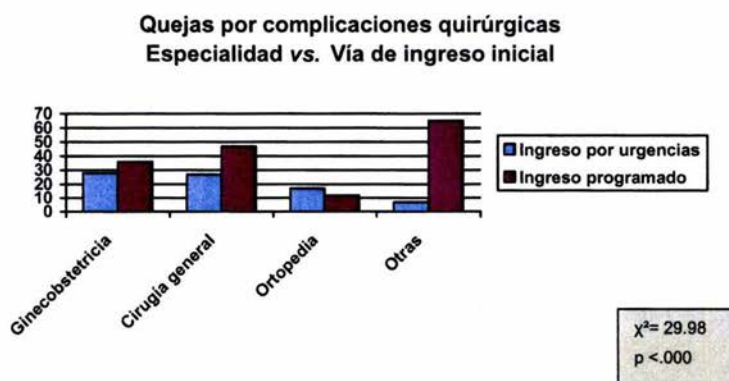
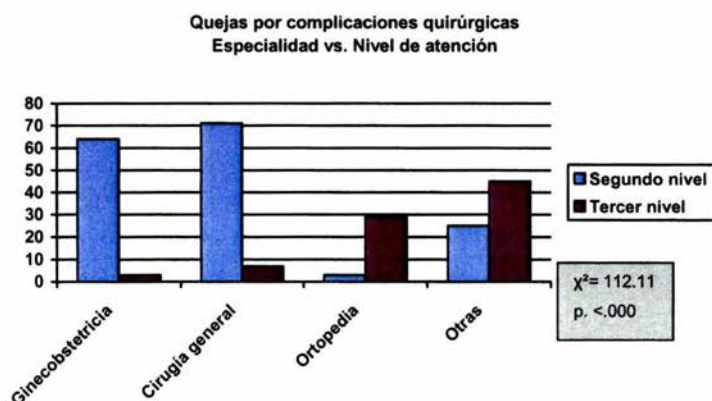
Cuadro 8.1
Especialidades médico-quirúrgicas
(Distribución)

	Especialidad	Porcentaje	Frecuencia
1.	Cirugía general	31.1	78
2.	Ginecobstetricia	26.7	67
3.	Ortopedia	12.7	32
4.	Cirugía plástica y reconstructiva	5.2	13
5.	Oftalmología	4.8	12
6.	Urología	4.0	10
7.	Cardiología	2.0	5
8.	Oncología	2.0	5
9.	Otorrinolaringología	1.6	4
10.	Angiología	1.6	4
11.	Anestesiología	3	1.2
12.	Endoscopia	3	1.2
13.	Medicina familiar	3	1.2
14.	Proctología	3	1.2
15.	Cirugía pediátrica	2	0.8
16.	Nefrología	2	0.8
17.	Neurocirugía	2	0.8
18.	Cirugía maxilofacial	1	0.4
19.	Dermatología	1	0.4
20.	Odontología	1	0.4
	Total	251	100.0
	No especificada	1	

Para análisis posteriores y con base en la distribución de frecuencias, los datos se agruparon en cuatro categorías: cirugía general, ginecobstetricia, ortopedia y otras especialidades.

- Las especialidades médicas sólo se asociaron significativamente con el nivel de atención del servicio de salud y con la vía de ingreso al servicio, ya sea programado o por urgencias. En los casos de *cirugía general* se encontró con mayor frecuencia que la complicación ocurriera en el *segundo nivel* de atención (43.6% vs. 8.3% del tercer nivel). En los casos de *ginecobstetricia* una frecuencia mayor correspondió al *segundo nivel* de atención (39.3% vs.

3.6% del tercer nivel) y que el ingreso inicial haya sido por el servicio de *urgencias* (35.4% vs. 22.5% ingreso programado vía hospitalización). En los casos de *ortopedia* fue más común que las complicaciones correspondieron al *tercer nivel* de atención (35.4% vs. 1.8% del segundo nivel) y que el ingreso inicial fuera por *urgencias* (21.5% vs. 7.5% de ingresos programados). Finalmente, en el resto de las especialidades se encontró con mayor frecuencia que correspondieron al tercer nivel de atención (53.6% vs. 15.3% del segundo nivel) y que el ingreso inicial fuera programado (40.6% vs. 8.9% de ingresos por urgencias).



b) Vía de ingreso hospitalario.

Al registrar la modalidad de ingreso hospitalario inicial se encontró que en el 67.1% de los casos correspondió a un ingreso inicial programado y el 32.9% de los pacientes ingresaron por urgencias.



- Los usuarios que reportan en sus quejas haber ingresado inicialmente por el servicio de urgencias corresponden con mayor frecuencia a la especialidad de ortopedia (58.6%), luego a ginecobstetricia (43.8%), cirugía general (36.5%) y finalmente a "otras" especialidades (9.7%).

c) *Mención de estudios previos a la cirugía.*

En 73 de los 252 relatos de queja se hace referencia a la realización de estudios clínicos previos a la cirugía y a la complicación. El mencionar esta información posiblemente indica expectativas de estándares de atención de los pacientes y/o evidencias relevantes para los pacientes que se quejan. Ilustrando este hecho tenemos el siguiente extracto:

*"...me informa que era necesario hacer un lavado quirúrgico y que se había sacado abundante líquido purulento el que no observo, **es importante mencionar que en ningún momento se le practicó a mi hija algún estudio previo de laboratorio o radiológico**, que terminando dicha intervención aproximadamente a las 5:30 a.m., informándome que no me preocupara que todo iba a salir bien...."*

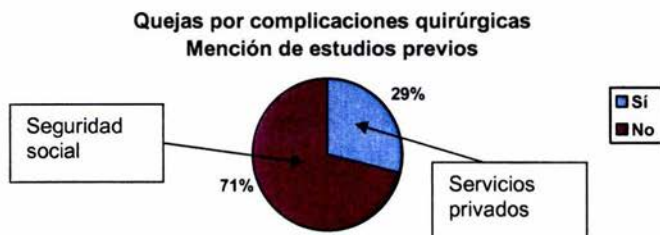
En el ejemplo anterior el quejoso textualmente afirma que es importante mencionar que no realizaron estudios previos a la cirugía. De esta manera, aunque el paciente no es un experto en medicina, nos hace saber que, dentro del modelo de atención médica que él esperaba recibir, era necesario que se realizaran algún tipo de estudios previos a la intervención quirúrgica. En este texto también debe resaltarse la importancia de la información al paciente así como los hechos del tratamiento que no observan directamente, en la construcción de la inconformidad.

En los textos de las quejas se encontraron diferentes maneras de hacer referencia a estudios previos a la complicación quirúrgica, los cuales se resumen a continuación:

Cuadro 8.2
Forma como se refieren los estudios previos en la queja
(Distribuciones)

Forma	Porcentaje
Confirman la necesidad de tratamiento quirúrgico	13.1
Sólo menciona que hicieron estudios	8.3
Menciona que los estudios fueron insuficientes	3.2
Menciona que no se realizaron	2.0
No coinciden con la decisión médica	1.6
Confirman que el paciente estaba sano	0.8
No los menciona	71.0

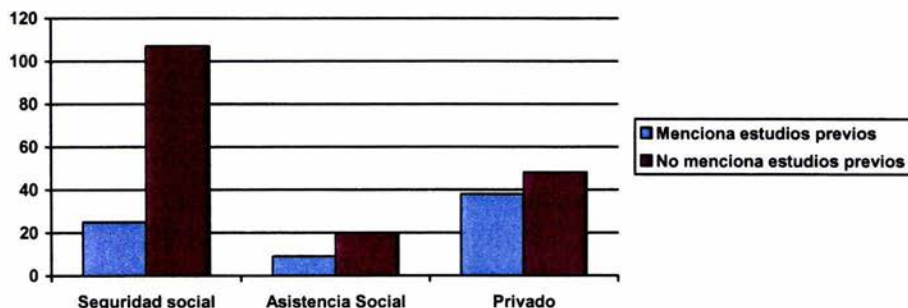
Se asumió que el sólo hecho de que los quejosos hicieran o no referencia a análisis prequirúrgicos fue porque para ellos este hecho era relevante. Por ello, para fines de análisis estadístico, estos datos se agruparon en dos categorías, la primera cuando en la queja sí se hace mención a estudios previos a la complicación (29%) y la segunda cuando no se hace mención a estudios previos (71%).



- Esta variable sólo estuvo asociada en forma significativa con el tipo de servicio usado en donde se encuentra con mayor frecuencia que la complicación ocurriera en un hospital privado (44.2%), en segundo lugar en una institución de asistencia social (31.0%), y finalmente en instituciones de seguridad social (18.9%).

Probablemente se mencionen más los estudios prequirúrgicos en los casos correspondientes a instituciones privadas por que en éstas el paciente debe pagarlos, por lo tanto sabe de su realización y los tiene más presentes que en la atención institucional donde son parte del proceso global de atención en donde no necesariamente sabe si se realizan.

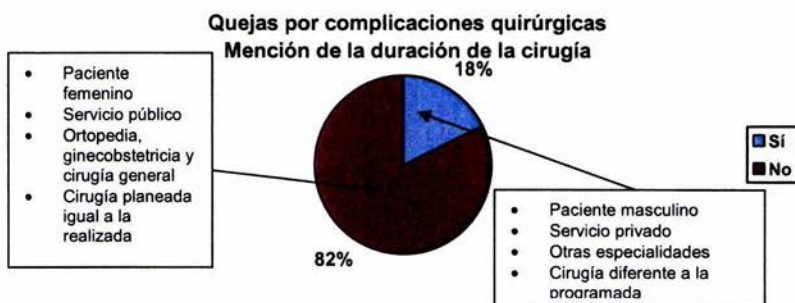
Quejas por complicaciones quirúrgicas
Tipo de institución vs. Mención de estudios prequirúrgicos



d) *Mención de la duración de la cirugía.*

En 45 quejas (el 17.9%) se mencionó o se hizo referencia a la duración del acto quirúrgico y no se menciona en el 82.1% restante. Esta característica se registró ya que durante la atención médica lo deseable es que la cirugía que se programa o planea de manera inicial sea la que se realice finalmente, sin embargo, hay ocasiones en que los hallazgos quirúrgicos brindan información adicional que obliga a realizar, de manera correcta y justificada, una cirugía diferente a la planeada inicialmente. Esto es lógico y aceptado desde el punto de vista médico, pero desde el punto de vista del paciente es posible que sea un indicador de negligencia o incertidumbre del personal médico (lo cual puede ser cierto) por esto, es importante registrar la diferencia o concordancia entre la cirugía planeada originalmente y la realizada finalmente. Se asumió que recordar y mencionar este dato puede ser un indicador de percepción de complejidad o gravedad de la cirugía y/o diferencia de los hechos con las expectativas de los pacientes, expectativas construidas de acuerdo con la información recibida previamente de los médicos. Léase el siguiente fragmento.

*“...que originalmente la intervención quirúrgica se tenía programada para **menos de tres horas** y que la misma **se prolongó por siete horas**....” (74)*



- En los casos en donde se hace *referencia a la duración de la cirugía* se encontró con mayor frecuencia que el paciente fuera del *sexo masculino* (24.6 vs. 14.3% mujeres), que la complicación haya sucedido en el *sector privado* (25.6 vs. 14.3% de instituciones no privadas), que la complicación haya sucedido en una *especialidad diferente a cirugía general, ortopedia o ginecobstetricia* (31.1% de otras especialidades vs. 11.9% de cirugía general, ginecobstetricia y ortopedia) y que *el quejoso considere que la cirugía inicialmente planeada no fue la que se realizó finalmente* (37.5 vs. 15.8% de los casos donde se considera que las cirugías planeada y realizada coinciden).

De las asociaciones aquí mencionadas, es posible especular que es más frecuente que se haga referencia a la duración de la cirugía en las complicaciones ocurridas en instituciones del sector privado probablemente por que en estos servicios se crean expectativas de atención de calidad más alta que en el sector público. En cuanto a la asociación entre mención de la duración de la cirugía y la no coincidencia de la cirugía realizada con la programada, podría deberse a que sea parte de la construcción del mismo problema para el paciente: duró más, por lo tanto la cirugía que realizaron no fue la que se había programado, o a que debido a que el diagnóstico médico quirúrgico cambió durante la cirugía hubo la necesidad de prolongar el acto quirúrgico.

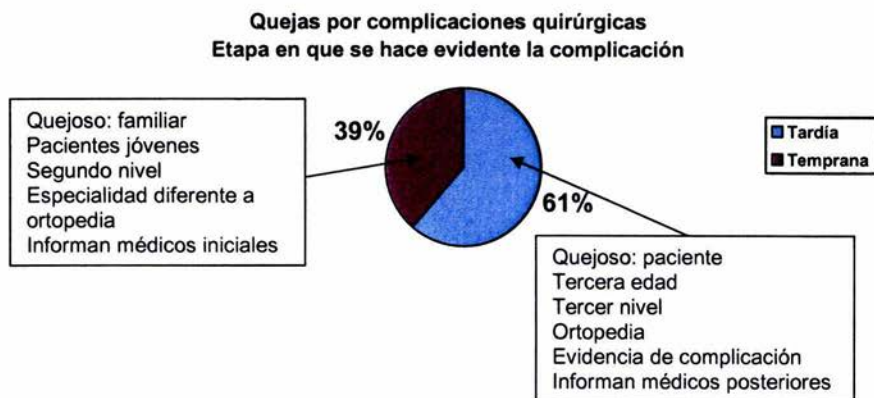
e) Etapa en que se manifiesta la complicación.

Un dato que se registró en la revisión de las quejas fue el momento en que la complicación se hizo evidente. Esta información se registró en dos categorías, cuando sucedió la complicación de manera temprana, es decir, durante la cirugía o en el día posterior a ésta y cuando sucedió de manera tardía, es decir, días después de la cirugía, incluso después del alta del paciente, como se ejemplifica a continuación:

“...y la primera información que se recibió fue que la cirugía había estado bien y que sólo se había presentado un problema de sangrado y que...en poco tiempo subiría a terapia intensiva, sin embargo a las 11 horas lo reportaron como grave...” (2)

“...siendo programada para **operarse el día 31 de diciembre de 1996**,...con aparentes buenos resultados...**el 10 de enero**.....ya cursaba con aumento de volumen, dolor y además era fétida la herida quirúrgica....”

Con respecto al momento en que la complicación se hace evidente, se encontró que en el 61.5% de los casos fue de manera tardía y en el 38.5% de manera inmediata o durante la cirugía.



- En las quejas en donde se registró que la complicación se manifiesta de manera *tardía* es más probable encontrar que *la queja haya sido radicada por el paciente mismo* (72.3% vs. 51.3%), que se incremente su frecuencia en *pacientes de mayor edad* (88.2%, 57.8 y 44.4% respectivamente); que la complicación corresponda al *tercer nivel de atención* (71.6 vs. 57.4% segundo nivel), y a la especialidad de *ortopedia* (83.3 vs. 58.8% del resto de las especialidades), que se les confirme la complicación por medio de alguna *evidencia médica* objetiva como estudios, etc. (72.2 vs. 56.5% con opinión verbal del médico) y que los pacientes hayan sido informados de la existencia de la complicación quirúrgica por *médicos diferentes* a los médicos que los que los trataron inicialmente (73.5 vs. 53.6% de los médicos tratantes iniciales).

Con estos datos es posible pensar que las quejas por complicaciones que se manifestaron de manera tardía presentan un patrón común, al parecer la *baja gravedad*, ya que si existe una complicación muy importante se hace evidente de manera inmediata, del otro modo, el paciente mismo puede radicar la queja ya que seguramente incluso fue dado de alta. Este supuesto es apoyado al encontrar una mayor

frecuencia en el tercer nivel de atención ya que en estos servicios es más probable que haya habido mayor complejidad de la enfermedad original. Predomina la especialidad de ortopedia ya que se percatan del daño tiempo después hasta que es retirado el yeso o cuando termina el periodo de convalecencia aceptado. Por último, la complicación se documenta con evidencia médica y por medio de otros médicos, es decir ocurre duplicación o referencia, ya que el paciente tuvo la oportunidad de acudir a otro servicio médico donde seguramente realizan más estudios y documentan la ocurrencia de una complicación.

- Complementariamente en las quejas donde se refiere que la *complicación* se hizo evidente de manera *temprana* se encontró con mayor frecuencia que la *queja fue remitida por un familiar* (48.7 vs. 27.7% directamente por los usuarios mismos), que los *pacientes* tienden a ser *jóvenes* (55.6% en menores de edad, 42,2% en edad productiva y 11.8% de 65 y más), que corresponde al *segundo nivel de atención* (42.6 vs. 28.4% del tercer nivel), que corresponde a una *especialidad diferente a ortopedia* (41.2 vs. 16.7% de ortopedia) y que *quien les informa* de la existencia de una complicación son los *médicos tratantes iniciales* (46.4 vs. 26.5% de los médicos tratantes posteriores).

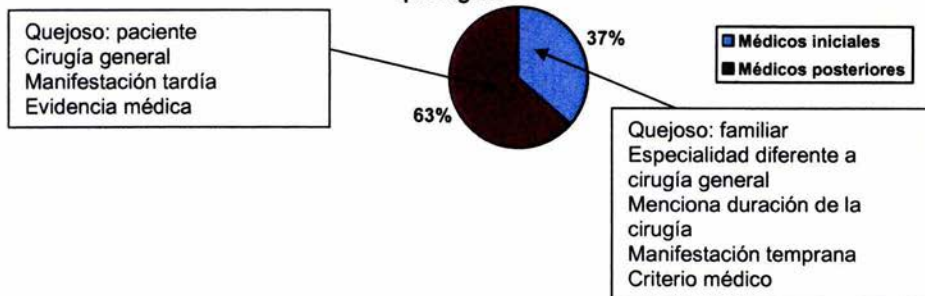
Siguiendo el razonamiento previo, el segundo patrón de acuerdo al momento de manifestación de la complicación sería el de manifestación temprana. En este caso la queja es remitida por un familiar, esto probablemente por la edad joven de los pacientes y/o por que la complicación fue tan evidente o de tal gravedad que seguramente el paciente ni siquiera había sido dado de alta al momento de la queja por lo que no puede acudir personalmente a quejarse. Predominan el segundo nivel y los pacientes jóvenes casos en los que de manifestarse alguna molestia, es más fácil pensar que se trata de una complicación y no del curso natural de la enfermedad como en pacientes ancianos, dada su fragilidad, o en el tercer nivel de atención. Finalmente, al ser evidente la complicación de manera temprana, son los médicos tratantes iniciales quienes tienen la oportunidad de informar al paciente de la ocurrencia de la misma.

f) Médico que informó sobre la complicación quirúrgica.

En el 81.3% de las quejas los usuarios mencionaron a través de que persona supieron que había un resultado inesperado o una complicación en su cirugía. De acuerdo a la gravedad de la complicación, es más o menos evidente su ocurrencia para los pacientes o sus familiares. En este rubro se encontró que en el 36.5% de los casos la complicación fue informada por los médicos tratantes iniciales y en el 63.5% por médicos diferentes a los tratantes iniciales.

“... el Dr. (médico inicial) procedió a revisarle los resultados de la operación y su evolución mencionando que estaba muy contaminado el ojo y que requería enviarlo de urgencia a...” (4-13)

Quejas por complicaciones quirúrgicas
Quién informa al paciente sobre la ocurrencia de una complicación quirúrgica



- En las quejas en donde se notificó acerca de la complicación *por los médicos tratantes iniciales* se observa que es mas frecuente que la complicación se haya manifestado de manera temprana (50.8% vs. 30.1% manifestación tardía) que la queja la haya remitido un *familiar del paciente* (46.7% vs.27.2%), que la complicación haya correspondido a *especialidades diferentes a cirugía general* (45.1% vs. 24.1% de cirugía general), que en la queja se haga *referencia a la duración del acto quirúrgico* (52.5% vs. 32.2% de los que no mencionan la duración), y que la complicación la *informara el médico verbalmente* y no con base en evidencias como estudios de laboratorio o gabinete (45.5% vs. 24.1%).

Con estos datos podemos pensar que cuando son los médicos iniciales quienes identifican la complicación y notifican esto a los pacientes es por que la complicación se manifiesta de manera temprana y no se interrumpe el proceso de atención médica inicial, esto también apoya el que un familiar sea quien presenta la queja. Al ser el quejoso un familiar está en posibilidades de hacer referencia a la duración de la cirugía, característica que atestigua en el proceso el familiar y que probablemente no es un elemento de primera importancia para el paciente directamente. Finalmente se repite la ausencia de documentales de la complicación.

- En forma complementaria, en las quejas donde se registró que la *complicación fue confirmada por médicos diferentes a los tratantes iniciales* se encontró con mayor frecuencia que la complicación se manifestara de manera *tardía* (69.9% vs. 49.2% de las que se manifiestan de manera temprana) y la complicación se confirmara mediante *evidencia médica* (75.9% vs. 54.5% solo con la opinión del médico), que la *queja fuera manifestada por el paciente mismo* (72.8% vs. 53.3% de los familiares), que *no se hiciera referencia a la duración del acto quirúrgico* (67.8% vs. 47.5% de los que sí lo mencionan), que la complicación corresponda a la especialidad de *cirugía general* (75.9% vs. 58.5% otras especialidades).

Aquí nuevamente se observa la asociación entre las complicaciones de aparición tardía y la duplicación de servicios, con la existencia de evidencias de la complicación. Esto lo hacen los médicos posteriores para avalar su diagnóstico evidentemente diferente al de los médicos iniciales. Finalmente, remite la queja el paciente mismo lo que habla de una menor gravedad y además no menciona la duración de la cirugía.

Variables intermedias:

III CONSECUENCIAS DE LA COMPLICACIÓN QUIRÚRGICA EN EL PATRON DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Como se observa en el Modelo Conceptual de esta investigación, se registraron las características de la demanda y uso de servicios de las quejas: reingresos hospitalarios, realización de estudios y consultas adicionales (que no habrían sido necesarias si no hubiera habido complicaciones), referencia a otro servicio, negativa de atención, duplicación de servicios (búsqueda de otro servicio sin ser referido para resolver el mismo episodio de enfermedad), diferimiento quirúrgico, atención urgente, internamiento prolongado, uso de servicios de terapia intensiva y número de cirugías. A continuación se presenta el Cuadro resumen (8.3) de la frecuencia que se encontró de cada uno estos factores en las quejas.

Cuadro 8.3
Características de la demanda y uso de servicios
(Distribución)

Variable	Porcentaje	Frecuencia
Reingreso hospitalario	47.6	119
Estudios adicionales	37.7	95
Consultas adicionales	59.9	151
Referencia médica	40.1	101
Negativa de atención	28.2	71
Duplicación de servicios	51.6	129
Diferimiento quirúrgico	30.6	77
La complicación requiere atención de urgencia	54.8	131
Internamiento prolongado	44.6	112
Ingreso a terapia intensiva	21.2	53
Total de cirugías realizadas:		
Una	33.2	83
Dos	39.6	99
Tres o más	27.2	68
Total de cirugías adicionales		
Ninguna	35.4	87
Una	39.4	97
Dos	17.5	43
Tres o más	7.7	19

Para estas variables también se hicieron análisis bivariados cuyos cuadros de resultado se incluyen en los cuadros 25 al 37 del Anexo. Dado que estas variables se incluyeron a fin de identificar las características y patrones de uso de los servicios asociadas con los resultados finales de la atención (al momento de radicar la queja), su análisis se presenta posteriormente en los resultados multivariados junto las variables dependientes de esta investigación.

IV) PROBLEMAS DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN REPORTADOS POR LOS PACIENTES

En cada una de las narraciones de los quejas se encontraron diversos *problemas de calidad de la atención* que los usuarios refieren haber tenido durante el proceso de atención. Estos se agruparon en tres rubros:

- 1) Problemas en la relación médico-paciente: Problemas de información y minimización
- 2) Problemas relacionados con los médicos: Molestias por atención por médicos en formación, menciona el nombre del médico responsable y/o a otro médico; y desacuerdos entre médicos de una misma institución y/o de diferentes instituciones.
- 3) De organización de la atención: Problemas sobre el consentimiento informado, firma de documentos, falta de insumos, problemas de higiene, costos, con documentos.

Cabe hacer notar que en el esquema conceptual los problemas de atención y las características del uso de servicios se presentan como variables del "proceso" de atención previas al "resultado" de la atención. Aunque la aparición de las características de utilización de servicios pudieran tener una aparición diferente en los casos estudiados en el uso de servicios, los resultados estadísticos que se presentan a continuación permitieron identificar algunas de las características del patrón de uso de servicios que se presentan en los pacientes con complicaciones quirúrgicas.

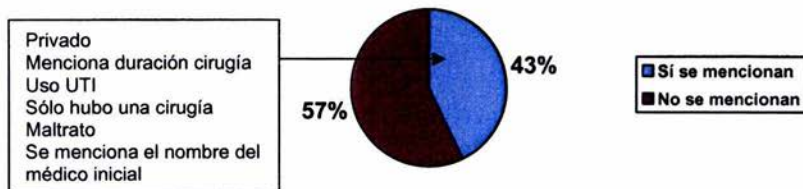
IV. 1.- PROBLEMAS DE RELACION MEDICO-PACIENTE

a) *Problemas de información.*

Los problemas de información y comunicación forman parte fundamental de la insatisfacción de los pacientes con la atención médica. Se revisó en las quejas si el paciente reportaba explícitamente algún problema de información desde su punto de vista, por ejemplo:

"...fue intervenida para reemplazo de cadera izquierda....se observa lesión grave del nervio ciático....considero que la lesión que sufrí no fue debidamente explicada como riesgo quirúrgico y que me imposibilita para la realización de mis labores cotidianas...." (231)

Quejas por complicaciones quirúrgicas
Problemas de información



- En el 42.9% de los casos se encontró que en los textos de las quejas se menciona que hubo algún tipo de problema de información, dentro de las cuales es más frecuente que la complicación haya ocurrido en el *sector privado* (58.1 vs. 36.0% de hospitales públicos), el quejoso hace *referencia a la duración de la cirugía* (64.4 vs. 38.2% no se menciona), el paciente ingresó a *terapia intensiva* (54.7 vs. 39.1% no ingresaron), en total sólo se realiza *una cirugía* (55.4 vs. 37.1% de los casos con dos o más cirugías), se registran eventos de *maltrato* (63.0 vs. 40.4% de casos donde no se menciona) y se *menciona el nombre del médico tratante inicial* (51.6 vs. 28.0% no se menciona).

Podemos suponer que se observa una mayor frecuencia de instituciones privadas por que usualmente en éstas se crean expectativas mas altas a las creadas en instituciones públicas (ya sea en forma explícita o implícita).

b) Minimización del paciente.

La radicación de una queja bien puede ser una de las consecuencias de que el paciente se haya sentido o se sienta minimizado por el personal que lo atendió. Se registró la ocurrencia de minimización cuando en el relato de queja se identificó alguna situación que implicara el no tomar en cuenta al paciente o no valorar su juicio o puntos de vista por parte del personal médico como en el siguiente ejemplo.

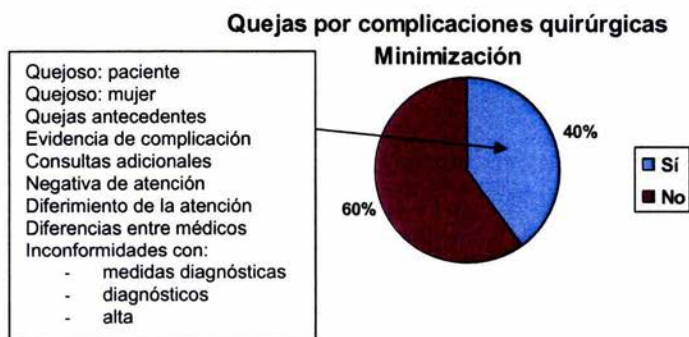
“...se me da de alta el día....con las indicaciones de acudir a urgencias en caso de sentirme mal. (dos días después) evoluciono con dolor en el abdomen, distensión abdominal y fiebre por lo que acudo al servicio de urgencias....sin embargo, a pesar de sentirme muy mal no me revisan ni exploran informándome que era un proceso normal....dándome de alta....vuelvo a manifestar las molestias al médico, el que sin explorar, se limita a indicarme que se trataba de molestias normales....acudo a médico privado (donde intervienen encontrando absceso paratubario y absceso en fosa iliaca derecha)...” (122)

Se pudieron identificar los siguientes aspectos sobre los eventos de minimización:

Cuadro 8.4
Tipo de evento de minimización
(Distribuciones)

Tipo de evento de minimización	Porcentaje	Frecuencia
No se mencionan eventos de minimización	60.3%	152
Califican la complicación como algo normal	8.7%	22
Atribuyen la complicación a causas psicológicas	2.0%	5
Manifiestan molestias pero no son atendidos	6.0%	15
Solicitan atención pero esta es diferida	4.4%	11
Es considerada una complicación menor o sin importancia	6.7%	17
No consideran la opinión del paciente	6.3%	16
Culpan al paciente de la complicación	0.8%	2
No se considera importante avanzar en la atención médica.	4.0%	10
No aceptan la responsabilidad de la complicación.	0.8%	2

Estos datos se agruparon en dos categorías estadísticas, cuando se reporta un evento de minimización (39.7%) y cuando no se reporta (60.3%) y se hicieron análisis bivariados, cuyos resultados de asociación estadística significativa se presentan a continuación:



- En aquellos usuarios que reportan *eventos de minimización* con mayor frecuencia encontramos que quien *radica la queja* es *el paciente* mismo (47.5 vs. 32.5% de los familiares), el quejoso es de sexo femenino (44.4 vs. 27.9% masculino), la complicación se confirma mediante evidencias médicas objetivas (54.4 vs. 31.8%), se registran *consultas adicionales*, es decir consultas motivadas por las molestias derivadas de la complicación, consultas que no se habrían dado de no haber ocurrido la complicación (45.0 vs. 31.7% donde no se registran),

existe una queja previa a la remitida en CONAMED (54.8 vs. 34.7% no existe), ocurre *negativa de atención médica* (64.8 vs. 29.8% no se niega la atención), ocurre *diferimiento quirúrgico* (58.4 vs. 31.4% no hay diferimiento), se registran *diferencias de opiniones de médicos* entre diferentes instituciones por diagnóstico o tratamiento (47.9 vs. 34.6% donde no se registran), se mencionan *inconformidades con el alta* (53.2 vs. 33.7%), se manifiestan *inconformidades con diagnósticos postquirúrgicos* (56.0 vs. 30.4%) y se manifiestan *inconformidades con medidas diagnósticas* (59.3 vs. 33.7%).

Se anotan dos inconformidades diferentes relacionadas con los diagnósticos postquirúrgicos; las inconformidades con medidas diagnósticas y las inconformidades con los diagnósticos postquirúrgicos. Las primeras se relacionan con los estudios, consultas o similares que debieron realizarse o debieron realizarse de mejor manera y la segunda a la conclusión alcanzada como un diagnóstico. En resumen, las quejas en donde se percibe minimización tienen mayor probabilidad de reportar que "no les hacen caso": no haber sido atendidos en una queja previa, de haber tenido una negación o diferimiento de la atención, de haber desacuerdos entre médicos y de haber estado inconformes con el diagnóstico postquirúrgico y/o alta. La posibilidad de evitar las quejas por este motivo es evidente.

IV. 2. Problemas de calidad de la atención relacionados específicamente con médicos.

a) *Diferencias entre médicos de la misma institución o de diferente institución*

En el 14.3% de los casos hubo diferencias entre médicos de una misma institución y 38% entre médicos de diferente institución.

El siguiente ejemplo describe uno de estos casos:

*"...sufre accidente...incrustándosele una astilla en ojo derecho...es sometido a intervención quirúrgica quedando a cargo del Dr. (nombre médico inicial) informó...que la operación había salido bien (persisten las molestias y es referido a otra unidad). El Dr. (nombre médico posterior) decide nueva intervención donde extrajo el cuerpo extraño (astilla), mostrándoselo, **comentándole que si se lo hubieran extraído rápido, no hubiera resultado con afectación.**" (10)*

Como es de esperarse, en los casos en los que existieron desacuerdos entre médicos de una misma institución, es más frecuente que la complicación haya ocurrido en una institución de *seguridad social* (18.9 vs. 8.7%), se registra *referencia médica* dentro de la misma institución (27.8 vs. 8.1%), *no ocurre duplicación* de servicios (21.5 vs. 7.8% con duplicación) y no se registran diferencias entre médicos de diferentes instituciones (17.9 vs. 8.3% en que sí ocurren).

b) Menciona el nombre de médicos tratantes iniciales y/o posteriores a la complicación.

En términos legales, al interponer una queja, es fundamental saber si se señala o no a una(s) persona(s) específica(s) o al servicio o institución en general. Para conocer como construyen los pacientes la queja también es importante saber en que casos especifican el nombre del (de los) médico(s) involucrado(s).

En el 63.1% de las quejas por complicaciones quirúrgicas se menciona el nombre de alguno de los médicos tratantes iniciales, es decir de quienes estuvieron involucrados con el origen de la complicación. Por ejemplo.

"...mi madre presenta severo dolor abdominal e inflamación (posterior a la cirugía) por lo que tratamos de contactar al Dr. (nombre del médico tratante inicial)...quien minimizó los malestares....ya en su domicilio inicia con dolor y malestar...ingresó por el servicio de urgencias en donde se nos informa que el Dr. (nombre del médico tratante inicial) se encuentra de vacaciones..." (74)

En el 25.8% de las quejas se encontró que dentro del relato de la queja se menciona el nombre de un médico diferente a los tratantes iniciales, es decir, diferente a los médicos a quienes les atribuyen el origen de la complicación. Léase el siguiente ejemplo.

*"...solicitamos su alta a efecto de trasladarlo a otra unidad médica privada, **en donde el Dr. (nombre) quien logra la estabilización** y mediante abordaje quirúrgico descubrió la persistencia del saco herniario que nos entregó en propia mano..." (112)*

En el cuadro 8.5 se presenta el análisis bivariado de las variables correspondientes a la mención en el relato de queja de los nombres tanto del médico tratante inicial como del posterior, y en el cuadro 8.6 se presentan los factores con los cuales está asociado en forma estadísticamente significativa el hecho de que se mencione el nombre de los médicos iniciales o posteriores (tasas porcentuales). Cabe hacer notar que ni las características del quejoso ni de los resultados son factores asociados al hecho de mencionar el nombre de los médicos, mientras que sí se asocia con las características del "uso" de servicios.

Cuadro 8.5

Menciona el nombre de médico(s) inicial(es) vs. menciona el nombre de médico(s) posterior(es)

		Menciona nombres de médicos posteriores (no involucrados) a la complicación		Total
		Si	No	
Menciona el nombre de los médicos iniciales involucrados con la complicación	Si	56 35.2%	103 64.8%	159 100.0% 63.1%
	No	9 9.7%	84 90.3%	93 100.0% 36.9
Total		65 25.8%	187 74.2%	252 100.0%

$\chi^2 = 20.001$, $p = .000$, $RM = 5.074$, $IC = 2.372, 10.857$

Cuadro Número 8.6
Menciona el nombre de los médicos
(Porcentajes)

Variables	Iniciales	Posteriores
Total	63.1	25.8
Referencia médica:		
Misma institución	86.4	Ns
Diferente institución	60.9	
Especialidad:		
Cirugía general, ortopedia o ginecobstetricia	74.3	Ns
Otra	58.2	
Ingreso:		
Programado	70.8	Ns
Urgencias	51.9	
Problemas de información:		
Si	73.7	Ns
No	51.3	
Tipo de servicio:		
Privado	97.7	38.4
Público	45.3	19.9
Menciona duración de la cirugía:		
Si	91.1	40.0
No	57.0	22.7
Diferencias entre médicos de diferente institución:		
Si	Ns	33.3
No		21.1
Número de eventos de complicación:		
2	Ns	44.0
Diferente de 2		21.3
Falta de insumos		
Si	Ns	40.5
No		22.9
Desacuerdo por la firma de documentos:		
Si		50.0
No	Ns	24.4

Sólo resultados de asociaciones estadísticamente significativas $p < .05$

Ns = Resultado no significativo estadísticamente.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

- Los pacientes que mencionan el nombre de los médicos iniciales son aquellos que fueron referidos "y" mencionan más características de la cirugía en sí misma: la especialidad, vía de ingreso, duración de la cirugía. En forma fundamental resalta que en estos casos hubo un problema de información (73.7% vs. 51.3%).
- Como se puede observar, para ambas variables este fenómeno concierne más a los casos en donde los pacientes se quejan de un servicio *privado* que aquellos que se quejan por servicios públicos o de seguridad social (97.7% vs. 45.3%; y 38.4% vs. 19.9% respectivamente).
- En los pacientes que mencionan al médico posterior es más frecuente que hayan usado servicios de instituciones diferentes y mencionan más situaciones no descriptivas de la cirugía sino de "problemas": características de la complicación, problemas de insumos, firma de documentos.
- Está asociado el mencionar el nombre del médico y el haber sido atendido por otro médico, ya sea habiendo sido *referido* dentro de la misma institución (mencionan nombre de médico inicial), o habiendo utilizado el servicio de una institución diferente a la inicial (mencionan nombre del médico posterior), en donde el indicador de este hecho es mencionar *desacuerdos entre médicos de diferente institución*.

IV.3) Problemas de calidad de la atención relacionados con la organización de los servicios.

Como se puede observar en el esquema del modelo conceptual, para fines descriptivos se incluyeron las siguientes variables en el rubro "problemas de organización de los servicios de salud": consentimiento informado, desacuerdo con la firma de documentos, reporte de falta de insumos, problemas de higiene e inconformidades con costos. Las frecuencias obtenidas en cada caso se presentan en el cuadro siguiente. Por el bajo número de casos en cada variable y dado que en las asociaciones bivariadas se obtuvieron celdas con frecuencias esperadas menores a cinco casos, no se incluyeron en análisis posteriores.

Cuadro 8.7
Problemas de organización de los servicios de salud
(Distribución)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Realización de procedimientos sin autorización	26	10.3
Desacuerdos por firma de documentos	14	5.6
Falta de insumos	40	15.9
Negativa de entrega de documentos	12	4.8

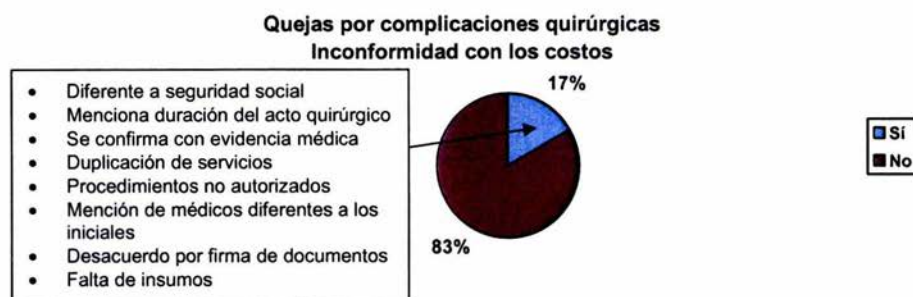
a) *Inconformidad con los costos de la atención médica.*

Se registraron los siguientes tipos de inconformidad con gastos de la atención médica:

Cuadro 8.8
Tipo de inconformidad con costos
(Distribución)

Tipo de inconformidad con costos	Porcentaje	Frecuencia
Ninguna	83.3	210
Gastos con médicos tratantes	7.5	19
Gastos por duplicación de servicios	4.4	11
Para suplir falta de insumos	1.2	3
Por malos resultados	0.4	1
Otros	3.2	8

Al agrupar estas inconformidades de manera dicotómica, se observa que sí las hay en el 16.7% de los casos como se observa a continuación.



- En el 16.7% de las quejas en donde se identificó inconformidad por los costos de la atención. En éstas se encontró con mayor frecuencia que la complicación no ocurre en instituciones de seguridad social (23.5 vs. 10.6% diferente a seguridad social), se hace referencia a la duración del acto quirúrgico (28.9 vs. 14.0% no lo mencionan), la complicación se confirma con base en evidencias médicas (27.8 vs. 11.6% solo informa verbalmente el médico), ocurre duplicación de servicios (20.9 vs. 11.6% no duplican), se realizan procedimientos sin autorización (30.8 vs. 15.0% esto no ocurre), se menciona el nombre de un médico diferente al tratante inicial (26.2 vs. 13.4% que no lo mencionan), desacuerdos por la firma de documentos (50.0 vs. 14.7% donde no hay desacuerdos por la firma de documentos) y hay inconformidades por falta de insumos (35.0 vs. 13.2% que no refieren inconformidad por falta de insumos).

Cuadro 8.9
Modelo de Regresión Logística de Inconformidad con los costos. (N=246)

	B	S.E.	Wald	Sig.	Exp(B)	95.0% I. C. para Exp (B)	
						Limite inferior	Limite superior
Institución diferente a seguridad social	.854	.385	4.919	.027	2.349	1.104	4.994
Confirman la complicación con base en evidencias médicas	1.247	.390	10.223	.001	3.479	1.620	7.469
Hay desacuerdos por la firma de documentos	1.560	.652	5.732	.017	4.759	1.327	17.066
Falta de insumos	1.578	.448	12.410	.000	4.844	2.014	11.653
Constante	-6.580	1.727	14.519	.000	.001		

Estadísticas del modelo: χ^2 35.315, Sig. .000
B = coeficiente logístico; EE = error estándar; Wald = estadístico de Wald; Sig. = significación; Exp (B) = coeficiente exponenciado

Es decir, en estas quejas por complicaciones quirúrgicas, la inconformidad con los costos se predice por los siguientes factores: la ocurrencia de la complicación en instituciones diferentes a las de seguridad social, la complicación se confirma con base en evidencia médica y se reportan inconformidades de firma de documentos y con falta de insumos. Estos resultados sugieren que las quejas por complicaciones quirúrgicas se explican más por inconformidades en el proceso de atención que por los resultados de salud como se explora a continuación.

V) Inconformidad con el proceso de la atención médica.

En las quejas se buscó identificar si se reportó inconformidad con cuatro áreas del proceso médico: las relacionadas con la realización de exámenes de laboratorio y/o gabinete (negación, falta de oportunidad, etc.); inconformidad con algún diagnóstico; con el tratamiento; con el alta hospitalaria. La correlación estadística entre ellas se presenta en el cuadro 8.10.

Aunque la fuerza de asociación es baja, la temporalidad de las variables nos permite comprender que hay dos variables "dependientes" que para los pacientes son los motivos de queja: el diagnóstico postquirúrgico y el alta. Vemos que cuando los pacientes se quejan por el diagnóstico postquirúrgico, posiblemente parte de esta inconformidad la asocian o atribuyen a problemas con las medidas diagnósticas (0.248 p. < 0.000). La asociación negativa de los casos con inconformidades con el alta con aquellos con inconformidad con el tratamiento aunada con la asociación positiva de las inconformidades con el alta con las inconformidades con el diagnóstico postquirúrgico (-.165 p. < 0.009 y 0.201 p.<.001) indican que asocian las inconformidades del alta son las referentes al diagnóstico postquirúrgico y no al tratamiento.

Cuadro 8.10

Matriz de correlación entre las variables de inconformidad con las diferentes fases de la atención médica (N = 252)*

	Inconformidad con medidas diagnósticas	Inconformidad con diagnósticos postquirúrgicos	Inconformidad con el tratamiento de la complicación	Inconformidad con el alta
Inconformidad con medidas diagnósticas	1.000	.248** .000	-.039 .542	.101 .109
Inconformidad con diagnósticos		1.000	-.086 .172	.201** .001
Inconformidad con el tratamiento de la complicación			1.000	-.165** .009
Inconformidad con el alta				1.000

* Correlación de Pearson
 **La correlación es significativa al 0.01 (2-colas).

a) *Inconformidad con medidas diagnósticas.*

Un ejemplo de inconformidades relacionadas con medidas diagnósticas es el siguiente:

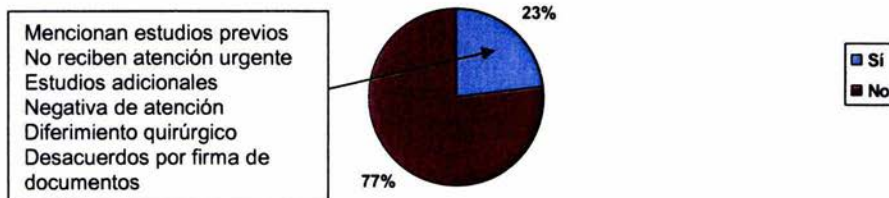
"...con fractura de cuello femoral...se me aplicó una placa con 10 tornillos...de manera deficiente...uno de ellos perforó la cabeza femoral llegando hasta la articulación...con posterioridad y a tanta insistencia se me tomaron algunas placas a través de las cuales pudieron corroborar (la complicación)..." (45)

Se encontraron los siguientes tipos de inconformidades con medidas diagnósticas:

Cuadro 8.11
Tipo de inconformidad con medidas diagnósticas
 (Distribuciones)

Tipo de inconformidad con medidas diagnósticas	Porcentaje	Frecuencia
No menciona	76.6	193
No se realizan	10.3	26
Son tardías	8.3	21
Son insuficientes	2.0	5
Son inefectivas	2.0	5
No informan de los resultados	0.8	2

**Quejas por complicaciones quirúrgicas
Inconformidad con medidas diagnósticas**



- En el 23.4% de las quejas que manifiestan *inconformidades con medidas diagnósticas* se encuentra que con mayor frecuencia mencionan haber tenido *estudios previos a la complicación* (34.2 vs. 19.0%), se registra percepción de necesidad de *atención urgente que no fue proporcionada* (36.4 vs. 20.7% de los casos en que sí se atendió la urgencia), se menciona la realización de *estudios clínicos adicionales*, es decir estudios realizados debido a la complicación, (35.8 vs. 15.9% de los casos en que no se mencionan), hubo alguna *negativa de atención médica* (33.8 vs. 19.3% de los casos donde no ocurre), ocurre *diferimiento quirúrgico* (40.3 vs. 16.0% sin esta característica), se registran *desacuerdos por la firma de documentos* (50.0 vs. 21.8% de los casos en que no se registran) y *no se realizan medidas sin autorización* (25.2 vs. 7.7% en que sí se realizan).

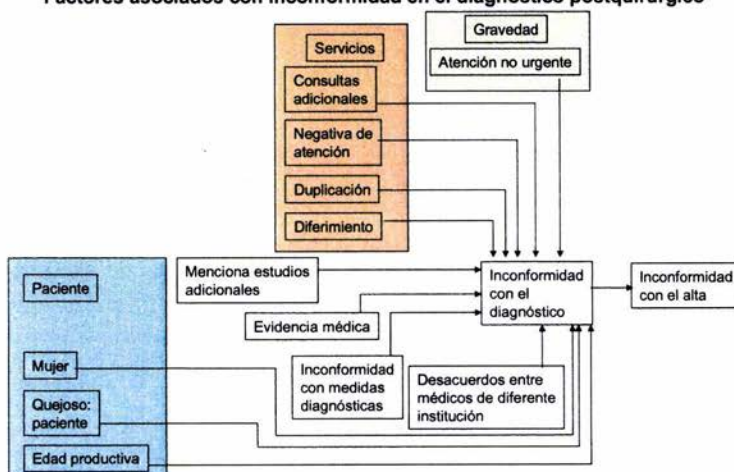
b) Inconformidad del quejoso con el diagnóstico postquirúrgico.

En el 36% de las quejas por complicaciones quirúrgicas se encontró que había desacuerdo del paciente o quejoso con algún diagnóstico postquirúrgico. La distribución del tipo de inconformidad se presenta en el siguiente cuadro. En el esquema posterior se presentan los factores antecedentes y del proceso de atención en los que se encontraron asociaciones bivariadas estadísticamente significativas (En el Cuadro 45 del anexo se presentan a detalle los resultados estadísticos respectivos).

Cuadro 8.12
Tipo de inconformidad con el diagnóstico postquirúrgico
(Distribuciones)

Tipo de inconformidad con el diagnóstico postquirúrgico	Porcentaje	Frecuencia
<i>No menciona inconformidad con diagnósticos</i>	63.9	161
No se diagnostica la complicación	9.1	23
Diagnostican como normal	7.1	18
Diagnóstico tardío	6.7	17
No coincide entre médicos de diferente institución	5.6	14
Diagnóstico impreciso	2.8	7
Desconfían de la veracidad del diagnóstico	2.0	5
Diagnóstico erróneo	2.0	5
No coincide entre médicos de la misma institución	0.8	2

Quejas por complicaciones quirúrgicas
Factores asociados con inconformidad en el diagnóstico postquirúrgico



Variables con asociación estadística bivariada significativa ($p < .05$) con inconformidad con el diagnóstico

Dado el alto número de variables que presentan asociación con la inconformidad en diagnóstico postquirúrgico y ya que sabemos que diversas de las variables que se presentan están correlacionadas entre sí, en este caso, se hizo un análisis exploratorio multivariado (regresión logística)¹⁷⁵ buscando controlar las interacciones a la vez de identificar los factores que predicen la manifestación de este tipo de irregularidad en las quejas.

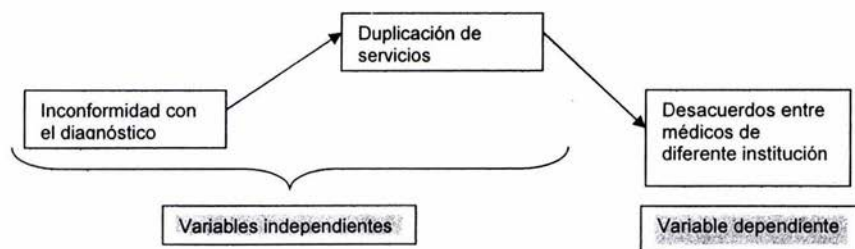
Cuadro 8.13

Modelo de Regresión Logística de Inconformidad con el Diagnóstico Postquirúrgico (N = 226)

	B	E.E.	Wald	Sig.	Exp(B)	95.0% I. C. para Exp.(B)	
						Límite inferior	Límite superior
Inconformidad con medidas diagnósticas	1.183	.375	9.981	.002	3.265	1.567	6.803
Consultas adicionales	.742	.368	4.072	.044	2.100	1.022	4.319
Negativa de atención	1.217	.350	12.102	.001	3.378	1.701	6.705
Desacuerdos entre médicos de diferente institución	1.298	.340	14.579	.000	3.661	1.881	7.128
Constante	-6.596	1.091	36.528	.000	.001		

χ^2 64.026, Sig. .000
 B = coeficiente logístico; EE = error estándar; Wald = estadístico de Wald; Sig. = significación; Exp (B) = coeficiente exponentiado

Como se observa en el modelo obtenido, la interacción de cuatro factores se asocia con este resultado: que haya habido inconformidad con medidas diagnósticas, por ejemplo la no realización de algún estudio de laboratorio que, desde el punto de vista del paciente hubiese sido necesario (RM 3.265, IC 1.567, 6.803), que haya habido negación de la atención en algún momento del proceso (RM 3.378 IC 1.701, 6.705), que haya habido consultas adicionales (RM 2.100 IC 1.022, 4.319) y que haya habido desacuerdo entre médicos de diferente institución, con la razón de momios más alta: RM 3.661 IC 1.881, 7.128. Aunque aquí encontramos que la duplicación de servicios como tal no entra en el modelo multivariado, podemos asumir que estos casos corresponden a aquellos pacientes que estuvieron inconformes con el diagnóstico postquirúrgico y con las medidas diagnósticas, quienes manifiestan que se les niega la atención y buscan otra fuente de atención. Es entonces cuando encuentran otra opinión diagnóstica y probablemente se les da atención médica o quirúrgica. Si esto es así, entonces la inconformidad con el diagnóstico postquirúrgico *que inicialmente asumimos como variable dependiente se ubicaría antes en el modelo conceptual ("X") y la variable "diferencias entre médicos de diferente institución" que es posterior en el tiempo, se transforma en la variable dependiente ("Y")* y el resto de las variables se ubican como independientes. Buscando documentar esta segunda hipótesis, se incorporaron en un nuevo modelo las variables asociadas y se obtuvo el siguiente resultado del modelo de regresión logística correspondiente:



Estos resultados son interesantes ya que nos permiten comprender mejor la diferencia entre insatisfacción y queja, ya que observamos que lo que *provoca la insatisfacción* es el *diagnóstico postquirúrgico* con "posible complicación quirúrgica no resuelta", pero lo que *activa la queja* es la *duplicación* y posiblemente el dinero erogado por eso. Así mismo, como se observa en el esquema de los resultados bivariados (anexo, cuadro 46-1), la inconformidad con el diagnóstico postquirúrgico está asociada con la inconformidad con el alta. A fin de identificar si este último factor agrega algo a la explicación, se agregó a la regresión logística, pero se encontró que no queda dentro del modelo. Es decir, la inconformidad con el diagnóstico postquirúrgico y la inconformidad con el alta constituyen parte de la misma problemática: en ambos la complicación quirúrgica se asume como no resuelta.

Duplicación de servicios.

La duplicación de servicios en los casos de insatisfacción con la atención debida a presencia de complicaciones quirúrgicas se comprueba como una variable nodal en el proceso de búsqueda de atención, la cual se encontró presente en el 51.6% de los casos. Para fines de esta investigación se definió como duplicación a cualquier evento relatado por el quejoso en el cual el problema de salud no se resolvió con un solo prestador de servicios sino que, por voluntad propia y sin ser referido, el paciente recurre a un prestador diferente para resolver un mismo episodio de enfermedad. Por ejemplo si la atención inició en el sector privado y por iniciativa de los pacientes se continúa en el sector público y viceversa. Los casos en los cuales los prestadores de servicios indican la necesidad de acudir a un servicio médico diferente se registraron como referencia médica. Léase el siguiente ejemplo.

"...el Dr. (nombre médico inicial) no regresó a darme de alta, sino que lo hizo a través de alguno de sus asistentes, quien desestimó las molestias que yo le manifestaba y me dio de alta, ese mismo día en mi domicilio presenté fiebre y el dolor se agudizó, por lo que recurrí a los servicios médicos del ISSSTE...donde me encontraron gran colección pélvica..." (245)

Con el propósito de corroborar nuestra definición de duplicación y esclarecer su relación con el resto de variables, se hizo una regresión logística incluyendo las variables que presentaron una asociación bivariada (estadísticamente significativa), encontrando los resultados que se presentan en el siguiente cuadro. Se observa que efectivamente está fuertemente asociada con el hecho de que médicos de diferente institución confirmen la complicación, que no haya habido referencia a otro servicio, que se generen consultas adicionales, y que no mencionen la duración de la cirugía.

Cuadro 8.14
Quejas por complicaciones quirúrgicas
Modelo de Regresión logística de Duplicación de Servicios

	B	E.E.	Wald	Sig.	Exp(B)	EXP(B) 95.0% IC	
						Límite inferior	Límite superior
No menciona la duración de la cirugía	1.021	.496	4.235	.040	2.775	1.050	7.336
Confirman la complicación médicos diferentes a los iniciales	2.741	.398	47.434	.000	15.505	7.107	33.825
Hubo consultas adicionales	1.419	.402	12.489	.000	4.134	1.882	9.082
No hay referencia médica	1.221	.398	9.385	.002	3.390	1.552	7.402
Constante	-9.200	1.331	47.754	.000	.000		

χ^2 123.475, Sig. .000
 B = coeficiente logístico; EE = error estándar; Wald = estadístico de Wald; Sig = significación; Exp (B) = coeficiente exponenciado

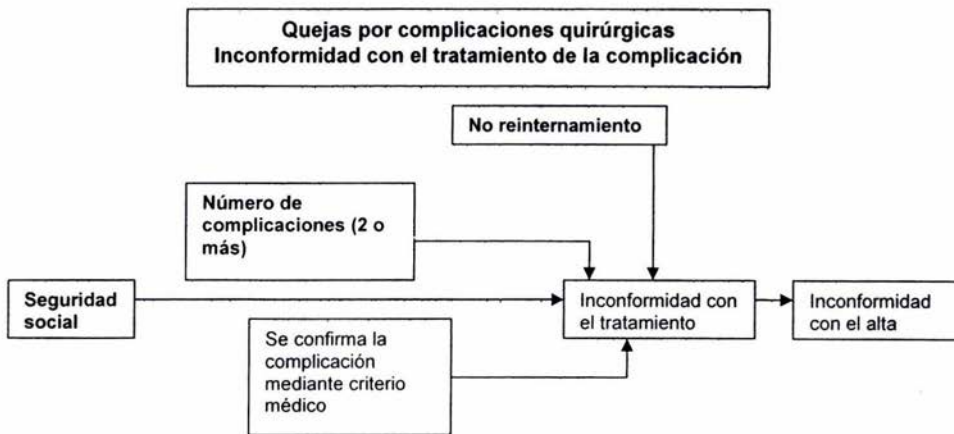
c) *Inconformidad con el tratamiento de la complicación quirúrgica.*

Por lo que respecta a la inconformidad con la forma como se manejó la complicación se encontró lo siguiente:

Cuadro 8.15
Tipo de inconformidad con el tratamiento
 (Distribuciones)

Tipo de inconformidad con el tratamiento	Porcentaje	Frecuencia
No manifiesta	37.3	94
Sin éxito, inefectivo	29.0	73
Tardío	8.7	22
Causa complicaciones	6.3	16
Por el lugar dónde se realiza	6.0	15
Insuficiente	5.6	14
No se realiza	4.8	12
Deficiente, sin especificar	2.4	6

En el 62.7% de las quejas se expresa inconformidad con el tratamiento de la complicación, las cuales se asocian con factores diferentes a los que caracterizan aquellas quejas en donde se reporta inconformidad con el diagnóstico postquirúrgico: con mayor frecuencia la complicación sucedió en un servicio de seguridad social (69.7 vs. 54.8% de asistencia social y privados), suceden dos o más eventos de complicación (75.3 vs. 57.5% un evento único de complicación), se informa la complicación solo con la explicación del médico (69.1 vs. 51.9% de evidencia médica), no ocurre un reinternamiento (68.7 vs. 55.5% con reinternamiento), se realizan en total una o más de dos cirugías (70.2 vs. 51.5%) y no se expresa inconformidad con el alta (68.0 vs. 50.6% con inconformidad por el alta). (Los resultados estadísticos se encuentran en el Cuadro 57 del Anexo)



Variables con asociación estadística bivariada significativa ($p < .05$) con inconformidad con el tratamiento

Haciendo el mismo procedimiento estadístico elaborado para el caso anterior, se desarrolló una regresión logística con las variables con asociaciones bivariadas significativas. Como se observa en el esquema correspondiente, las variables que predicen inconformidad con el tratamiento son: el que ocurra la complicación en una institución de seguridad social (RM: 2.021, IC: 1.172, 3.485), que en total ocurrieran dos o más complicaciones (RM: 2.665, IC: 1.384, 5.129) y que no haya reinternamientos (RM: 2.317, IC: 1.316, 4.080). (Variables resaltadas en el esquema)

Cuadro 8.16
Modelo de Regresión Logística de Inconformidad con el Tratamiento (N = 246)

	B	S.E.	Wald	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. para EXP(B)	
						Límite inferior	Límite superior
No reinternamiento	.840	.289	8.470	.004	2.317	1.316	4.080
Seguridad social	.704	.278	6.406	.011	2.021	1.172	3.485
Dos o más eventos de complicación	.980	.334	8.607	.003	2.665	1.384	5.129
Constante	-2.700	.574	22.126	.000	.067		

χ^2 20.323, Sig. .000

B = coeficiente logístico; EE = error estándar; Wald = estadístico de Wald; Sig. = significación; Exp (B) = coeficiente exponenciado

En resumen, la manifestación de la inconformidad con los hechos clínicos de inconformidad con el diagnóstico postquirúrgico, el tratamiento y el alta se caracterizan cada uno con irregularidades específicas que caracterizan cada uno de los problemas clínicos y conforman dos diferentes subgrupos dentro de las quejas por complicaciones quirúrgicas.

- 1) En los casos en donde se registra una inconformidad con el diagnóstico postquirúrgico, esto es lo que provoca la insatisfacción, por lo que los usuarios acuden con otro prestador de servicios médicos (duplicación) y en este momento ocurren las diferencias entre los prestadores lo que, al parecer, es el activador de la queja, la manifestación de la insatisfacción previamente experimentada.
- 2) En los casos en donde se registra una inconformidad con el tratamiento de la complicación, las quejas probablemente estén siendo usadas como mecanismo de presión de la CONAMED para la realización de tratamientos adicionales en la institución en donde el paciente todavía está internado. Es decir, la solicitud de la queja es atención médico quirúrgica y se confirma el mecanismo a través del cual la queja forma parte del proceso de búsqueda de ayuda en las quejas por complicaciones quirúrgicas.

VI) Variables de resultado de la atención.

➤ Análisis bivariado

De acuerdo con el modelo conceptual desarrollado en esta investigación, se determinó que las variables de resultado de la atención médica al momento de la queja fueron tres:

1. Médico que resuelve la complicación quirúrgica: inicial o posterior
2. Grado en que la(s) complicación(es) quirúrgica(s) estaban o no resueltas al momento de poner la queja en CONAMED:
 - Totalmente resueltas
 - Parcialmente resueltas
 - No resueltas
3. Grado de discapacidad reportada por los pacientes al momento de radicar la queja en CONAMED. Esta variable se codificó con base en una clasificación modificada de la propuesta por Brennan y colaboradores en el estudio de Harvard como se aprecia a continuación.

Categorías de discapacidad al momento de la queja:

- Deterioro mínimo (recuperación dentro de un mes)
- Deterioro moderado (recuperación de más de un mes)
- Deterioro permanente menor (incapacidad menor o igual al 50%)
- Deterioro permanente mayor (incapacidad mayor al 50%)
- Muerte
- No especifica el daño

1. Quién resuelve la complicación.

Sólo con fines descriptivos se registró qué médicos, iniciales o posteriores, resolvieron la complicación encontrándose los siguientes resultados:

Cuadro 8.17
Médicos que resuelven la complicación quirúrgica
(Distribución)

Categorías	Porcentaje	Frecuencia
Médicos tratantes iniciales	24.1	60
Médicos tratantes posteriores en instituciones privadas	19.7	49
Médicos tratantes posteriores en instituciones de Seguridad Social	5.6	14
Médicos tratantes posteriores en instituciones de Asistencia Social	4.8	12
No se resuelve	45.8	114

2. Grado de resolución de la complicación quirúrgica al momento de la queja.

Del total de quejas analizadas, el 45.8% de los casos reportó haber tenido complicaciones quirúrgicas que al momento de la queja no estaban médicamente resueltas; en el 14.9% de los casos la complicación estaba parcialmente resuelta y en el 39.9% la complicación derivada de la cirugía estaba resuelta.

Cuadro 8.18

Médico que resuelve la complicación vs. grado de resolución de la complicación

		Se resuelve la complicación			Total
		Sí	Parcialmente	No	
Quien resuelve la complicación	Médicos tratantes iniciales	38 63.3%	22 36.7%		60 100.0%
	Médicos posteriores	60 80.0%	15 20.0%		75 100.0%
No se resuelve				114 100.0%	114 100.0%
Total		98 39.4%	37 14.9%	114 45.8%	249 100.0%

χ^2 257.584, Sig. .000, cero celdas con valores esperados menores a cinco

A fin de identificar los factores asociados con cada uno de estos tres grupos de quejas, se realizaron análisis bivariados, presentando en el Cuadro 8.19, aquellos que resultaron ser estadísticamente significativos, con los cuales se procedió a hacer los análisis multivariados.

Cuadro 8.19
Se resuelve la complicación
Distribuciones porcentuales

Se resuelve la complicación	Sí	Parcialmente	No	Total	χ^2 y significancia
TOTAL	39.4(98)	14.9(37)	45.8(114)	100 (249)	
Edad:					
Productiva (de 19 a 64)	42.8	16.0	41.2	100(194)	$\chi^2 = 8.27$ $p = .016$
Niños y ancianos (menores de 19 y mayores a 64)	25.0	11.5	63.5	100(52)	
Nivel de atención:					
Segundo	47.5	15.0	37.5	100(160)	$\chi^2 = 15.603$ $p = .000$
Tercero	23.5	14.1	62.4	100(85)	
Especialidad:					
Ginecobstetricia	52.2	16.4	31.3	100(67)	$\chi^2 = 22.318$ $p = .001$
Cirugía general	48.0	14.7	37.3	100(75)	
Ortopedia	21.9	21.9	56.3	100(32)	
Otra	25.7	10.8	63.5	100(74)	
Especialidad:					
Ginecobstetricia	52.2	16.4	31.3	100(67)	$\chi^2 = 8.453$ $p = .015$
Otra	34.3	14.4	51.4	100(181)	

Se resuelve la complicación	Sí	Parcialmente	No	Total	X ² y significancia
TOTAL	39.4(98)	14.9(37)	45.8(114)	100 (249)	
Comparación del quejoso de la Qx. programada y la realizada:					
Misma cirugía	40.9	16.3	42.8	100(215)	X ² =6.009
Cirugía diferente	21.7	8.7	69.6	100(23)	p=.050
Total de eventos de complicación:					
Un evento	40.7	11.9	47.5	100(177)	X ² =9.735
Dos eventos	44.9	18.4	36.7	100(49)	p=.045
Tres o más	18.2	31.8	50.0	100(22)	
Etapas de manifestación de la complicación:					
Tardía	44.0	10.7	45.3	100(150)	X ² =6.658
Temprana	34.0	22.3	43.6	100(94)	p=.036
Quién confirma la complicación					
Médicos iniciales	25.0	20.6	54.4	100(68)	X ² =10.849
Médicos posteriores	49.6	14.3	36.1	100(119)	p=.004
Cómo se confirma la complicación:					
Via criterio médico	25.9	20.4	53.7	100(108)	X ² =22.970
Via evidencia médica	60.8	11.4	27.8	100(79)	p=.000
Atención de la complicación:					
Requirió atención de urgencia y no se atendió como tal.	56.4	9.1	34.5	100(55)	X ² =8.934
No requirió atención de urgencia.	34.3	17.7	48.1	100(181)	p=.011
Consultas adicionales:					
Si hubo	46.3	14.1	39.6	100(149)	X ² =7.802
No hubo	29.0	16.0	55.0	100(100)	p=.020
Reingreso hospitalario:					
Si hubo reingreso	55.9	17.8	26.3	100(118)	X ² =34.371
No hubo reingreso	24.8	12.4	62.8	100(129)	p=.000
Referencia médica					
Si	30.0	16.0	54.0	100(100)	X ² =6.329
No	45.6	14.1	40.3	100(149)	p=.042
Ingreso a terapia intensiva:					
Si	30.8	28.8	40.4	100(52)	X ² =10.129
No	42.1	11.3	46.7	100(195)	p=.006
Duplicación:					
Hay duplicación	51.2	15.0	33.9	100(127)	X ² =16.326
No duplicación	27.5	15.0	57.5	100(120)	p=.000
Total de cirugías no planeadas inicialmente:					
Cero	15.1	14.0	70.9	100(86)	X ² =47.245
Una cirugía	58.3	10.4	31.3	100(96)	p=.000
Dos cirugías	48.8	23.3	27.9	100(43)	
Tres o más	36.8	26.3	36.8	100(19)	
Total de cirugías realizadas:					
Una cirugía	15.9	13.4	70.7	100(82)	X ² =41.805
Dos cirugías	58.8	11.3	29.9	100(97)	p=.000
Tres o más	41.2	22.1	36.8	100(68)	
Desacuerdos entre médicos de la misma institución:					
Hay desacuerdos	20.0	25.7	54.3	100(35)	X ² =7.750
No hay desacuerdos	42.5	13.1	44.4	100(214)	p=.021
Desacuerdos entre médicos de diferente institución:					
No hay	29.0	15.5	55.5	100(155)	X ² =19.669
Por diagnóstico o tratamiento	56.4	13.8	29.8	100(94)	p=.000
Inconformidad con el tratamiento:					
Si manifiesta	31.0	16.5	52.5	100(158)	X ² =12.691
No manifiesta	53.8	12.1	34.1	100(91)	p=.002
Desacuerdo con costos:					
Si	56.1	9.8	34.1	100(41)	X ² =5.807
No	36.1	15.9	48.1	100(208)	p=.055 *

2) Análisis multivariado:

Patrones de uso de servicios de salud de las quejas por complicación quirúrgica por resultados de la atención.

Las correlaciones entre diversas variables independientes presentadas previamente nos sirvieron de base para realizar análisis multivariados de regresión logística (método "forward stepwise Wald) con el objeto de identificar las características de utilización de los servicios de salud reportadas por los usuarios, que predicen el nivel de solución de la complicación quirúrgica al radicar la queja médica.

Cuadro 8.20

Modelo de Regresión Logística de Complicación resuelta totalmente (N = 246)

	B	E.E.	Wald	Sig.	Exp(B)	95.0% I.C. for EXP(B)	
						Límite inferior	Límite superior
Hay inconformidad con los costos de la atención	1.016	.485	4.388	.036	2.762	1.068	7.147
Hay desacuerdos entre médicos de diferente institución	.716	.362	3.912	.048	2.046	1.007	4.157
No hay desacuerdos entre médicos de la misma institución	1.191	.523	5.194	.023	3.291	1.181	9.165
No hay inconformidad con el tratamiento de la complicación	.910	.357	6.487	.011	2.483	1.233	5.000
Se realizan dos cirugías en total	.998	.354	7.944	.005	2.714	1.355	5.433
Hay un reinternamiento	.777	.356	4.763	.029	2.175	1.082	4.369
La complicación se confirma mediante evidencia médica	.702	.369	3.622	.057	2.017	.979	4.156
Segundo nivel de atención	1.363	.386	12.455	.000	3.908	1.833	8.330
Constante	-8.238	1.459	31.872	.000	.000		

χ^2 246, Sig. .000
 B = coeficiente logístico; EE = error estándar, Wald = estadístico de Wald; Sig. = significación; Exp (B) = coeficiente exponenciado

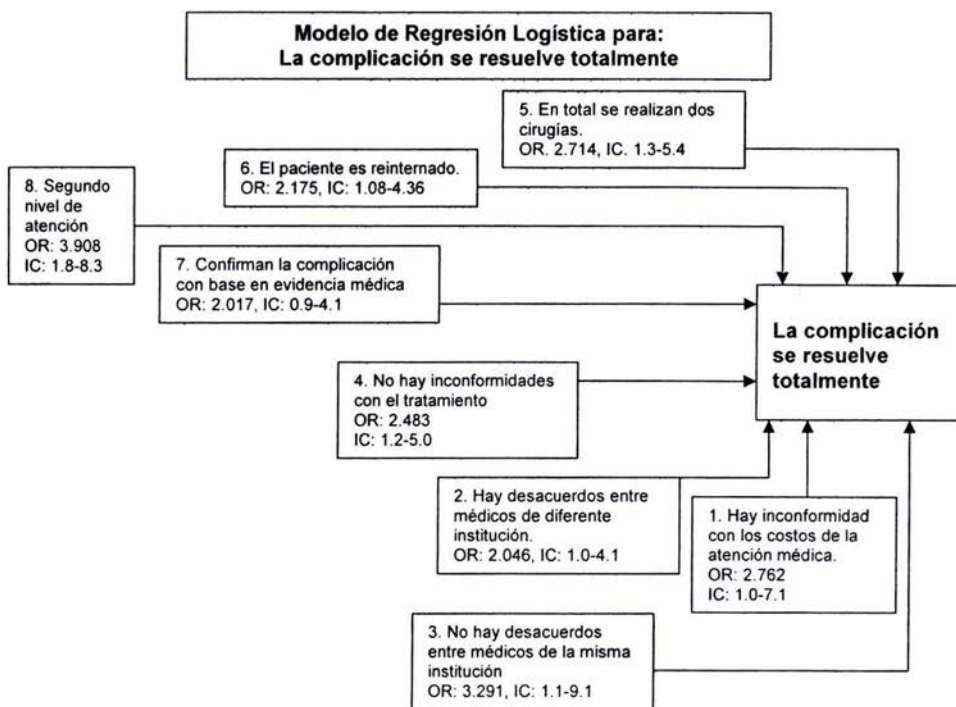
Las quejas en donde la *complicación quirúrgica está resuelta en su totalidad* se caracterizan por haber ocurrido en un servicio de segundo nivel de atención, y son los casos de complicación que fueron resueltos en una institución diferente a la inicial, en esa institución realizaron estudios que comprueban la

complicación, los médicos posteriores difieren de los iniciales quienes realizan una segunda intervención y resuelven el problema, el paciente está conforme con el tratamiento pero su solución implicó el uso de otro servicio que le generó gastos que pretende sean justificados por presuntas irregularidades en la primera cirugía. La variable duplicación de servicios es determinante en el estudio de quejas médicas, la cual, aunque está asociada con el problema no aparece en el modelo en donde las diferencias entre médicos de diferente institución, constituyen un mejor indicador de duplicación en el patrón de uso de servicios de los casos de queja en que las complicaciones se resuelven totalmente. Posiblemente este hecho es un indicador de la forma como los quejosos configuran los argumentos que sustentan la queja.

Esta información nos lleva a proponer la hipótesis de que en estos casos *las características de la atención no predicen la queja sino la insatisfacción* porque media una acción directa del paciente para solucionar su problema de salud. Sin embargo *el patrón de demanda de servicios que genera esta decisión de los pacientes es lo que predice la queja* fundamentalmente por el gasto que se genera. Aunque sin valor predictivo, los resultados bivariados (Cuadro 59 del anexo), permiten complementar la explicación de la forma como interactúan las variables del modelo: en este conjunto de casos predominan los adultos entre 19 y 65 años (42.8% vs 25.0% de personas menores y mayores de edad), con los problemas ginecobstétricos (52.2%) y de cirugía general (48.0% vs. 21.9% de ortopedia y 25.7% del resto de las especialidades), el paciente refiere que la complicación requería atención de urgencia y no se recibió (56.4% vs. 36.4% en que no se requiere atención de urgencia y 31.1% en que sí se atiende como urgencia), la complicación de la cirugía se presenta en forma tardía (44.0% vs 34.0% temprana), hecho que posiblemente facilitó la duplicación de servicios, no hubo uso de servicios de terapia intensiva (42.1% vs. 30.8% con ingreso a terapia), hay inconformidad con los costos de la atención (56.1% vs. 36.1% sin esta inconformidad).

En resumen, la insatisfacción con la atención de la complicación de la cirugía constituye un elemento de insatisfacción al que los pacientes enfrentan buscando por su cuenta otro servicio, cuyo costo es lo que activa la queja. Esto se concluye a partir de estos datos, sin embargo, seguramente otros activadores de queja que no se identifican en el relato de queja en la CONAMED, como se ha mencionado antes, tal vez a partir de entrevistas a profundidad, sería posible identificar los activadores.

Reconstruyendo el modelo conceptual con base en los resultados estadísticos tendríamos como resultado el siguiente modelo específico para los casos en donde la complicación quirúrgica se resuelve totalmente.



Como se observa en el modelo siguiente, en el grupo de quejas en donde sólo hay una *solución parcial* de la complicación quirúrgica se presenta un patrón de uso de servicios contraria a la anterior: hay diferencias entre médicos de la misma institución (indicando que no hubo duplicación y que el paciente se mantuvo en el mismo servicio), el paciente requirió usar los servicios de terapia intensiva, su complicación la sustenta en referencias de información (i.e. criterio médico) u observación, y son casos que derivan de una cirugía ortopédica.

Nuevamente complementando los resultados del modelo con variables asociadas en forma bivariada sin ser predictoras de resolución de la complicación (Cuadro 59 del anexo), en este grupo predominan los problemas ortopédicos (21.9% vs. 16.4% de ginecobstetricia, 14.7% de cirugía general y 10.8% del resto de las especialidades); las cirugías planeada y realizada coinciden desde el punto de vista del quejoso (16.3% vs. 8.7% en que no coinciden); los casos no requirieron atención de urgencia (17.7% vs 9.1% si requirieron atención de urgencia), el paciente ingresó a terapia intensiva (28.8% vs. 11.3% que no ingresan), en total se realizaron tres o más cirugías (22.1% vs. 13.4% de una cirugía y 11.3% de dos cirugías), hubo dos o más cirugías adicionales (26.3% de tres o más y 23.3% con dos vs. 10.4% con una y 14.0% sin cirugías adicionales), se registra referencia médica (16.0% vs. 14.1% sin referencia), manifiestan inconformidad con el tratamiento (16.5% vs. 12.1% sin esta inconformidad), hay diferencias entre médicos de la misma institución por diagnóstico o tratamiento (25.7% vs. 13.1% sin diferencias), no hay desacuerdo con los costos (15.9% vs. 9.8% con desacuerdo), se registra un deterioro permanente menor (31.5% vs. 10.7% en que no ocurre).

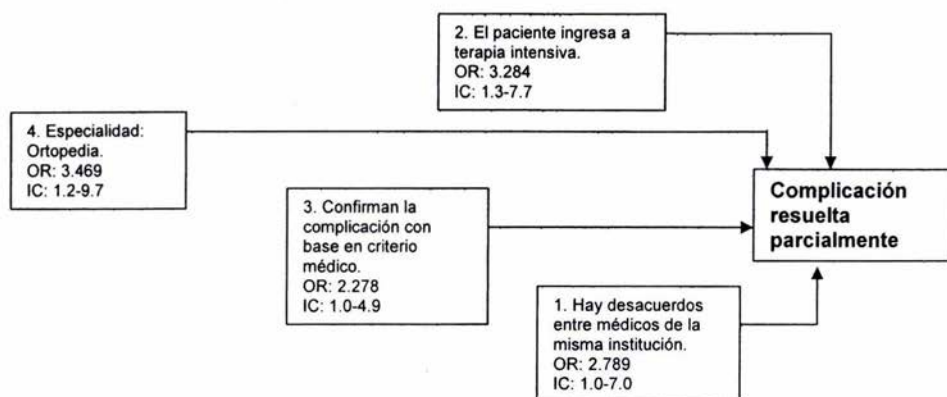
Cuadro 8.21

Modelo de Regresión Logística de Complicación resuelta parcialmente (N = 221)

	B	E.E.	Wald	Sig.	Exp(B)	95.0% I.C. for EXP(B)	
						Limite inferior	Limite superior
Hay desacuerdos entre médicos de la misma institución	1.026	.476	4.647	.031	2.789	1.098	7.089
Ingreso a terapia intensiva	1.189	.436	7.444	.006	3.284	1.398	7.717
Confirman la complicación con criterio médico	.823	.395	4.332	.037	2.278	1.049	4.944
Ortopedia	1.244	.528	5.544	.019	3.469	1.232	9.772
Constante	-5.737	1.833	9.802	.002	.003		
χ^2 221, Sig. .001 B = coeficiente logístico; EE = error estándar, Wald = estadístico de Wald; Sig. = significación; Exp (B) = coeficiente exponenciado							

En resumen, son casos en donde la atención médico-quirúrgica es planeada pero mas complicada en su evolución y que a pesar de tener varias cirugías y/o ingreso a terapia intensiva, no se resuelve el problema de salud. La insatisfacción con el resultado de la atención de la complicación de la cirugía constituye paralelamente el elemento de insatisfacción e, indirectamente, un activador de la queja. La queja en estos casos forma parte del proceso de búsqueda de atención médico-quirúrgica, es decir, se constituye como un instrumento de accesibilidad a los servicios de salud. De conformidad con estos resultados del cuadro 8.21 podemos reconstruir el siguiente perfil:

**Modelo de regresión logística para:
Complicación resuelta parcialmente al momento de la queja.**



Finalmente, las quejas en donde la complicación quirúrgica no se resuelve, corresponden a pacientes que cuya cirugía fue programada, que fueron atendidos en un hospital de tercer nivel de atención, permanecen en el mismo servicio en donde fueron originalmente internados, se les hace solo una cirugía, pero que en este caso se menciona que la cirugía realizada fue diferente a la que originalmente les informaron que se realizaría, a pesar de que no se resuelve el problema mencionan que tuvieron conocimiento de éste a partir de la opinión del médico y sin otra evidencia médica y están inconformes con el tratamiento. A partir de los resultados bivariados podemos identificar que en este grupo predominan las personas menores de 19 años y mayores de 64, y presentan tres o mas eventos de complicación.

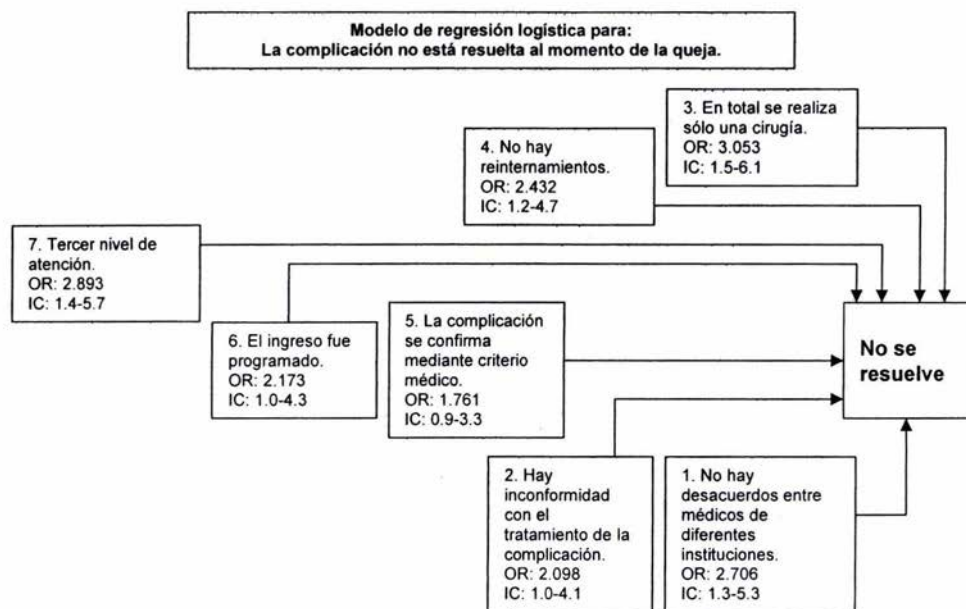
Cuadro 8.22

Modelo de Regresión Logística de Complicación no resuelta (N = 222)

	B	E.E.	Wald	Sig.	Exp(B)	95.0% I.C. for EXP(B)	
						Límite inferior	Límite superior
Tercer nivel de atención	1.062	.346	9.408	.002	2.893	1.467	5.705
Ingreso inicial programado	.776	.357	4.720	.030	2.173	1.079	4.376
Confirman la complicación con criterio médico	.566	.334	2.866	.090	1.761	.915	3.391
No hay un reinternamiento	.889	.344	6.686	.010	2.432	1.240	4.770
En total se realiza una cirugía	1.116	.356	9.807	.002	3.053	1.518	6.138
Hay inconformidad con el tratamiento	.741	.346	4.575	.032	2.098	1.064	4.138
No hay desacuerdos entre médicos de diferente institución	.996	.347	8.235	.004	2.706	1.371	5.342
Constante	-6.361	1.137	31.283	.000	.002		

Estadísticas del modelo: χ^2 222, Sig. .000
 B = coeficiente logístico; EE = error estándar, Wald = estadístico de Wald; Sig. = significación; Exp (B) = coeficiente exponenciado

Con base en los resultados del cuadro 8.22 el perfil de quejas de los pacientes cuya complicación quirúrgica no se resuelve sería el siguiente:



3. Nivel de deterioro de los pacientes al momento de la queja.

La última variable de resultado utilizada fueron los diferentes niveles de deterioro que los pacientes (o sus representantes) manifestaron en la queja. Para registrar esta variable se utilizó una modificación de la clasificación empleada en el estudio de Harvard descrita en el marco conceptual de este trabajo. Al revisar simultáneamente las variables de resultado acerca del grado de resolución con las variables de grado de deterioro se encontró lo siguiente.

Cuadro 8.23

Nivel de deterioro de salud del paciente al momento de la queja por grado de resolución de la complicación quirúrgica

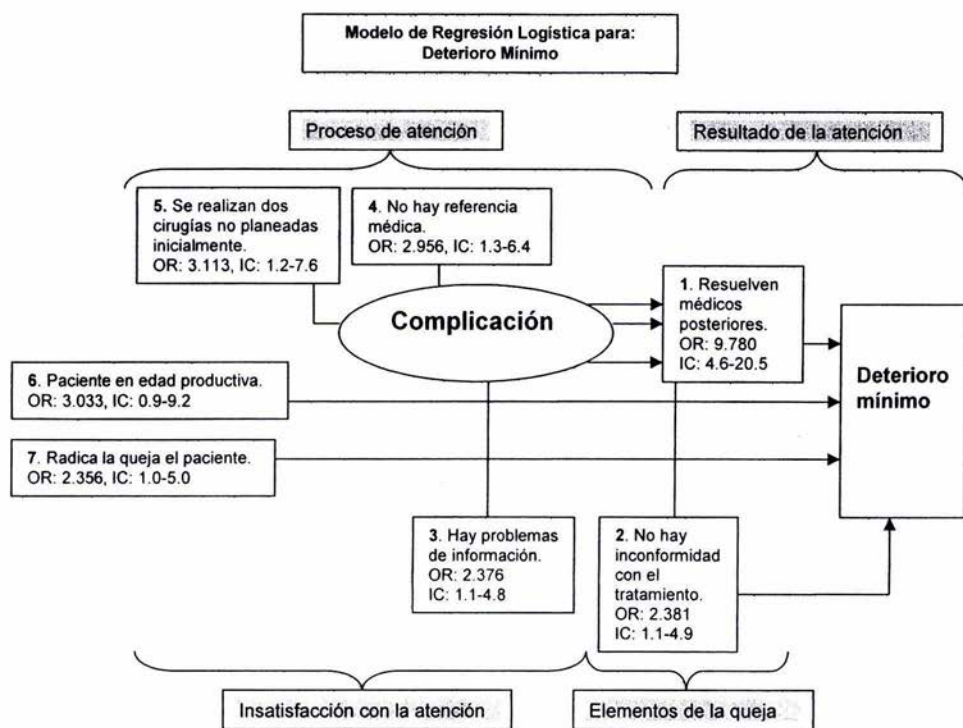
		Nivel de deterioro del paciente al momento de la queja					Total
		Deterioro mínimo	Deterioro moderado	Deterioro permanente menor	Deterioro permanente mayor	Muerte	
Grado de resolución de la complicación	Si	61 70.9%	9 10.5%	8 9.3%	8 9.3%		86 100.0%
	Parcialmente	4 11.1%	8 22.2%	17 47.2%	5 13.9%	2 5.6%	36 100.0%
	No	5 4.5%	23 20.9%	29 26.4%	22 20.0%	31 28.2%	110 100.0%
Total		70 30.2%	40 17.2%	54 23.3%	35 15.1%	33 14.2%	232 100.0%

χ^2 128.730, Sig. .000, cero celdas con un conteo esperado menor a cinco
 Nota: El grado de deterioro no se pudo clasificar en 20 (7.9%) casos por información insuficiente en la queja.

El cuadro muestra consistencia entre las dos variables de resultado: grado de resolución de la complicación *versus* el nivel de deterioro del paciente al momento de la queja. Para los casos con *deterioro mínimo*, hay una frecuencia significativamente mayor de que el paciente considere que la complicación quirúrgica esté resuelta (70.9% vs. 11.1% y 4.5%). Los casos con *deterioro moderado* tienen una tendencia de estar parcialmente o no resueltos (22.2% y 20.9%); Los casos con *deterioro permanente* se reportan como no resueltos, en donde el *deterioro permanente menor* se asocia con el hecho de estar parcialmente resuelto (47.2% vs. 9.3% y 26.4%), y el *deterioro permanente mayor* como no resuelto (20.0% vs. 9.3% y 13.9%).

Con el propósito de identificar si es mas clara la predicción del resultado de la atención (variable dependiente en el modelo conceptual) medido con base en el indicador “**nivel de deterioro**”, comparado con el de “**grado de resolución de la complicación**”, se llevaron a cabo regresiones logísticas para cada *categoría de deterioro*, en las cuales obtuvimos los resultados consistentes con los modelos obtenidos para la variable **grado de resolución de la complicación**. Cabe resaltar que, como se verá a continuación, los nuevos modelos no solo permitieron una mejor comprensión de los diferentes patrones de uso de servicios de cada tipo de queja, sino que *sobretudo*, *permitieron especificar y confirmar el modelo* conceptual inicialmente propuesto a través del orden de las variables encontrado en cada modelo, con base la utilización del método “forward stepwise Wald”.

A continuación se presentan los resultados en forma de esquemas, intentando reproducir el modelo conceptual y estadístico para cada caso.

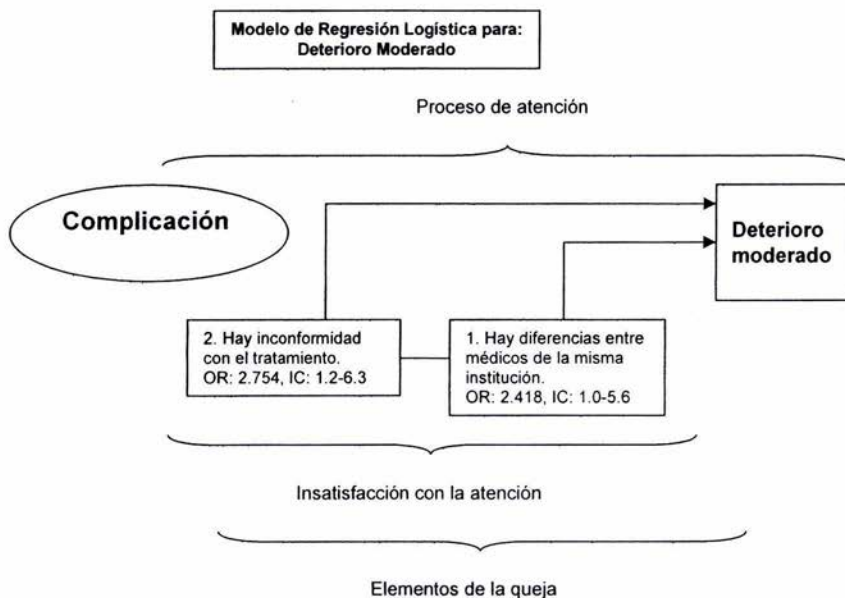


En el esquema se incorporan las variables (numeradas) en el orden en que aparecen en el modelo de regresión logística, en donde se observa que cuando el nivel de **deterioro del paciente es mínimo** se caracteriza por haber resuelto su complicación quirúrgica por un médico posterior al inicial (es decir, el paciente acudió a otro servicio para resolver su complicación), no hay inconformidad con el tratamiento de la complicación, hay problemas de información lo cual puede explicar en parte que el paciente haya acudido a otro servicio, el paciente no fue referido a otro servicio, se realizan dos cirugías no planeadas inicialmente, los pacientes están dentro del rango de edad entre los 18 y 64 años y fueron ellos mismos los que radican la queja.

Este modelo es similar al obtenido para los casos **totalmente resueltos** excepto básicamente en que:

- por un lado, en este caso *características del paciente* como es la edad del paciente y los problemas de información aparecen como predictores del proceso que deriva en *deterioro mínimo*.
- por otro lado, *características de los servicios* como son la atención en el segundo nivel de atención y los gastos originados por el uso de una segunda fuente de atención predicen que el *grado de resolución de la complicación sea completo*.

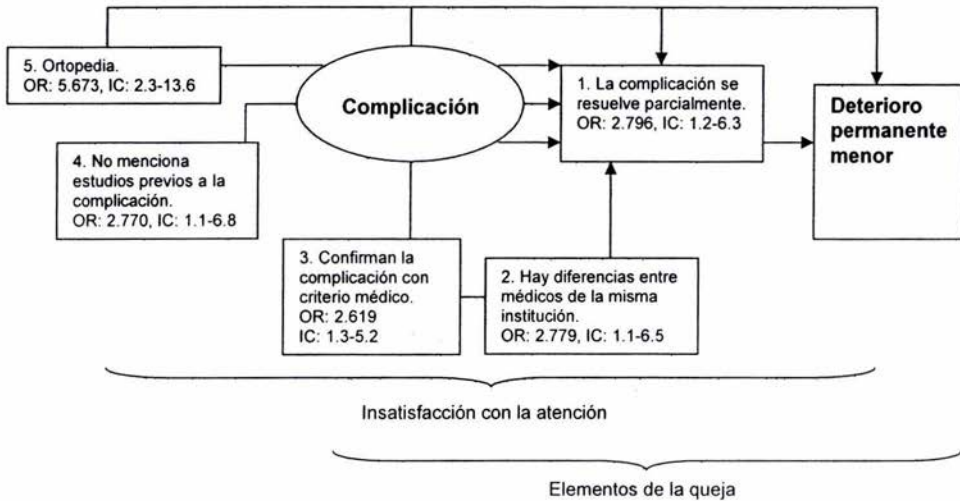
En resumen, la *insatisfacción con la atención* se ubica dentro del *proceso de atención de la cirugía*, mientras que los activadores de la *queja* se ubican dentro del *resultado final del proceso de utilización de servicios*. Las diferencias entre médicos de diferente institución se comportan como el factor que resuelve la complicación no resuelta satisfactoriamente para el paciente en los servicios de salud iniciales y a su vez, como el elemento que activa la queja.



Los casos de los pacientes en donde el **deterioro final es moderado** son muy diferentes a los casos con **deterioro mínimo** ya que en esta situación *si hay diferencias entre médicos de una misma situación y si hay inconformidad con el tratamiento*. Es decir, este grupo de pacientes no duplica los servicios, aducen problemas entre los médicos de la institución que los atendió y si están inconformes con el tratamiento. Retomando los resultados del análisis bivariado entre grado de resolución de la complicación y nivel de deterioro (Cuadro 8.23), estos casos prevalecen en pacientes con situaciones no resueltas o parcialmente resueltas, argumentos que en su conjunto son presentados por los quejosos para solicitar tratamiento médico-quirúrgico posterior y no dinero.

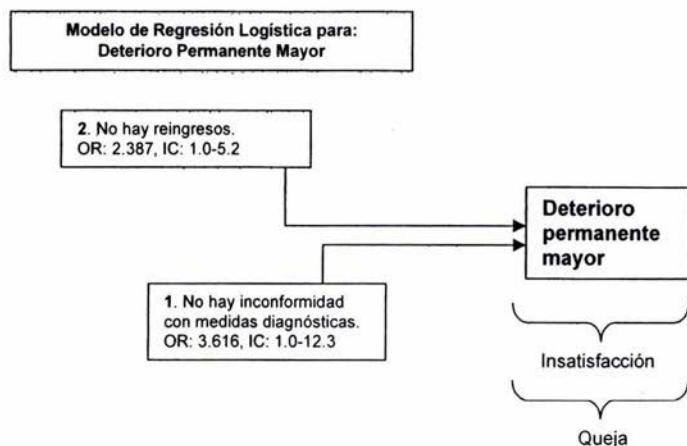
En resumen, los factores que constituyen la insatisfacción y los elementos de la queja se traslapan, en donde *la queja* se conforma como *parte del proceso de accesibilidad a los servicios* para continuar la atención.

Modelo de Regresión Logística para:
Deterioro Permanente Menor



En los casos en que el **deterioro final es permanente menor** es en el único modelo estadístico que entra el grado en que la complicación quirúrgica está resuelta, observándose que son casos "*parcialmente resueltos*", en donde los quejosos manifiestan que hay diferencias entre médicos de la misma institución, identificadas con la opinión de los médicos, sin argumentar existencia de estudios previos a la intervención y con una alta probabilidad de que correspondan a cirugías ortopédicas.

En resumen, los factores que conforman la insatisfacción con la atención incluyen elementos del proceso y del resultado de la atención, en donde posiblemente hay un deterioro funcional (cirugías ortopédicas) que el paciente considera puede mejorar y con la queja busca continuar con la atención médica para obtenerlo.

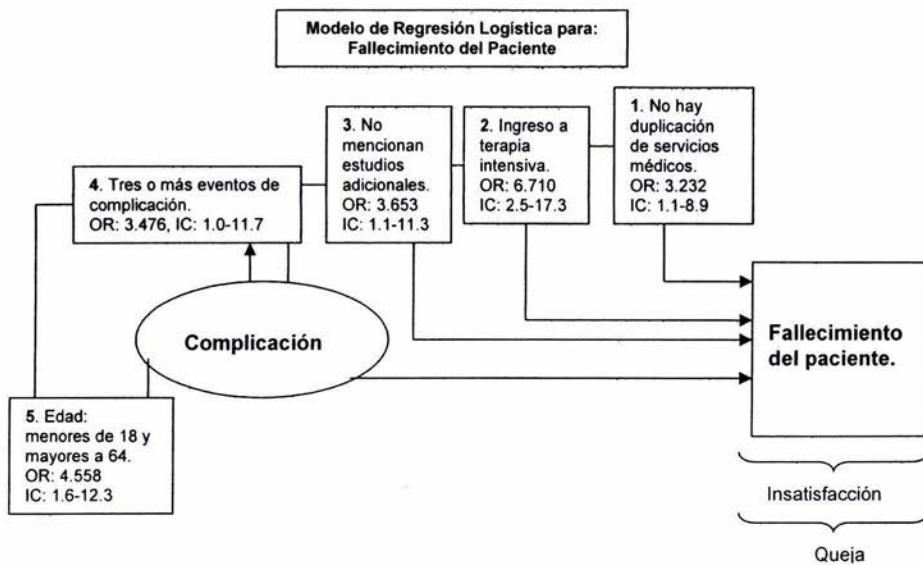


El modelo correspondiente a los casos en donde se identifica un **deterioro permanente mayor** sólo se encontraron dos factores predictores: el que no haya habido inconformidad con el diagnóstico postquirúrgico y que el paciente no haya sido reinternado. Es posible que estos casos sean producto de una cirugía en un mismo servicio de salud, en donde la insatisfacción se centra no en el proceso de atención sino en los malos resultados y la queja también es activada por éstos. También es posible que la insatisfacción inicie durante el proceso de atención pero se manifieste hasta conocer el resultado de la atención médica.

Finalmente, los resultados del modelo de regresión logística para los pacientes que fallecen, nuevamente se presentan esquemáticamente (y numerados) en el orden que se obtuvo en el modelo de regresión y permiten confirmar el modelo conceptual inicial teóricamente hipotetizado a partir de la metodología cualitativa.

En el modelo de regresión logística para los pacientes que **fallecen** presuntamente debido a complicaciones atribuidas a irregularidades en la atención médico-quirúrgica se observa en primer lugar que no utilizaron una segunda fuente de atención, estuvieron en terapia intensiva, pero no se menciona la existencia de estudios adicionales, presentaron una situación clínica compleja ya que tuvieron tres o más eventos de complicación aunado a que corresponden a pacientes en edades extremas, es decir, menores de 18 años y mayores de 64.

En forma similar a los casos con deterioro permanente mayor, en los casos que fallecen, la insatisfacción y la activación de la queja se traslapan.



Conclusiones

Los resultados alcanzados en esta tesis dan lugar a una serie de conclusiones que se desarrollan en cinco grupos: conclusiones generales, de los antecedentes de los pacientes y de los servicios de salud, con respecto a los elementos de insatisfacción, el papel de los médicos tratantes iniciales y posteriores a la complicación y relacionadas con el grado de resolución de la complicación y nivel de deterioro alcanzado al momento de la queja.

Conclusiones generales.

1. El abordaje inicial del estudio de las quejas bajo la perspectiva del paciente, a través de la investigación cualitativa y combinarla posteriormente con metodología cuantitativa, mostró ser una estrategia adecuada para estudiar el fenómeno de quejas médicas por complicaciones quirúrgicas.

El presente estudio basado en las quejas médicas por complicaciones quirúrgicas depende del análisis de textos que surgen del relato del quejoso al equipo receptor de quejas de la CONAMED. El objetivo de esta investigación fue analizar el contenido de las quejas a partir de la perspectiva de los pacientes en las quejas, misma que junto con la naturaleza del material de trabajo, orientaron claramente a la necesidad de orientar la investigación inicial hacia la investigación cualitativa. La aplicación posterior de metodología cuantitativa a fin de corroborar el modelo conceptual propuesto, permitió una complementación ideal de abordajes de investigación y de sus respectivos resultados. Sin embargo, es pertinente señalar que se encontraron limitaciones ya que no se recabaron otros datos subjetivos del quejoso como sus sentimientos y la interacción completa con su red social que sin duda influyen en la construcción de la insatisfacción y su traducción en una queja. Los datos de la CONAMED podrían enriquecerse si el objetivo al recabar la queja no fuese sólo para utilizarse como un instrumento de negociación sino como una base para la investigación del fenómeno de insatisfacción con la atención médica desde todas sus perspectivas, lo cual a su vez permitirá orientar acciones de prevención y atención de la queja más integralmente y no solo en el aspecto técnico médico, es decir, en forma medicalizada.

2. Los resultados obtenidos en el presente estudio se refieren únicamente al universo de quejas médicas por complicaciones quirúrgicas radicadas en la CONAMED durante 1997 y 1998.

Los análisis llevados a cabo en este trabajo surgen del universo de quejas médicas catalogadas como correspondientes a complicaciones quirúrgicas que fueron radicadas en la CONAMED durante los años de 1997 y 1998. Por lo anterior, las conclusiones alcanzadas corresponden sólo a los pacientes que estuvieron inconformes con la calidad de la atención médica recibida. Esto es, los resultados no se pueden generalizar en términos estadísticos ni a la totalidad de las complicaciones quirúrgicas, ni a la

totalidad de pacientes insatisfechos con la calidad de la atención médica. Si bien esto es cierto bajo un enfoque estadístico, el objetivo de esta investigación fue identificar en el contenido de las quejas los elementos, relaciones entre factores y posibles patrones de queja. Esos fueron logrados al proponer un modelo conceptual cuyas asociaciones y temporalidad fueron documentadas estadísticamente, logrando además comprobar con análisis multivariados los modelos conceptuales hipotetizados.

3. Las quejas por complicaciones quirúrgicas son el resultado de la interacción de múltiples factores correspondientes al proceso de atención médico-quirúrgica.

Los narrativos de quejas contienen elementos correspondientes a variables de diferentes aspectos, por ejemplo: antecedentes de los usuarios y de los servicios de salud, del proceso técnico-médico, del evento catalogado como complicación quirúrgica, de los diversos problemas de atención sucedidos, de las diferentes inconformidades de los pacientes con el proceso de atención de la complicación y del resultado o estado de salud al momento de la queja. Con todos estos factores fue posible proponer un modelo conceptual que abarca todas las quejas estudiadas en este trabajo. También permite demostrar que la inconformidad con la atención médica y el desenlace de cada caso no dependen de un hecho aislado sino de la interacción de estos factores. Se demuestra con ello que los quejosos tienen la percepción integral del proceso de atención médico-quirúrgica dentro de las características, complejidad y problemática de la complejidad del Sistema de Salud en México.

Elementos de insatisfacción.

4. En las quejas por complicaciones quirúrgicas se encuentran no sólo varios problemas de atención, sino que además de distinta naturaleza.

De manera inicial, existe la creencia común de que la queja es derivada de un evento único que es del que se quejan los pacientes. Sin embargo, durante el proceso de atención que se relata en las quejas por complicaciones quirúrgicas, se encuentran diversos problemas de atención que, en este trabajo se clasificaron en tres rubros; de relación médico paciente, relacionados con médicos y relativos a la organización de la atención. Sin embargo, no fue posible evaluar completamente el proceso social del paciente durante la atención médica y también durante su interacción con la CONAMED. Por ejemplo, en los procesos de pérdida de la salud que se agravan con una insatisfacción con la calidad de la atención obtenida seguramente hubo un proceso personal donde los sentimientos del paciente y sus familiares jugaron un papel importante en la construcción de la insatisfacción con la atención médica recibida, esto no es posible identificarlo ni evaluarlo a partir de la información recabada por la CONAMED.

5. En las quejas por complicaciones quirúrgicas las inconformidades con los costos derivados de la atención médica no son un factor de primera importancia en la insatisfacción del paciente.

Aunque pudiera pensarse que un elemento importante de la insatisfacción es el impacto de la complicación en los gastos derivados de la atención, sólo en 17% de los casos se manifiesta esta inconformidad, al parecer en estos casos elemento que motiva la queja y las causas de la insatisfacción son otros factores relacionados directamente con la salud.

6. En las quejas por complicaciones quirúrgicas se encuentran consecuencias de la ocurrencia de las complicaciones en los servicios de salud que incrementan los costos de la atención.

Aunque al parecer el incremento de costos no es un elemento de primera importancia "para interponer" las quejas por complicaciones quirúrgicas, en los relatos de quejas se encontró que las irregularidades en el proceso de atención sí tienen consecuencias en los costos de la atención. Se encontraron los siguientes elementos: cirugías adicionales (64.6%), consultas adicionales (59.9%), atención de urgencia para la complicación (54.8%), duplicación de servicios (51.6%), reinternamientos (47.6%), internamientos prolongados (44.6%), referencia médica (40.1%), estudios adicionales (37.7%), diferimiento quirúrgico (30.6%), negativa de atención médica (28.2%) e ingreso a terapia intensiva (21.2%). Los gastos derivados de estos eventos no necesariamente los paga el paciente directamente, probablemente por este motivo no son un elemento principal en la insatisfacción, pero desde la perspectiva del sistema de salud, son gastos que no deberían ocurrir, por lo que resulta importante implementar medidas que prevengan las causas de éstos. En resumen, la falta de calidad en la atención genera importantes costos adicionales para los servicios y para los pacientes.

7. Uno de los principales elementos de la insatisfacción en las quejas por complicaciones quirúrgicas son las inconformidades con el proceso y resultado de la atención médica.

Con relación a las inconformidades con las diferentes fases del proceso de atención de la complicación se encontró que en 23% hubo inconformidades con las medidas diagnósticas, en 36% con el diagnóstico postquirúrgico, en 62.7% con el tratamiento de la complicación y en 30.6% inconformidades con el alta. En el capítulo de resultados se muestra que estas variables resultan muy importantes para entender el fenómeno de las quejas por complicaciones quirúrgicas. Al parecer la prioridad de los usuarios de los servicios de salud al presentarse un evento catalogado como complicación quirúrgica es resolver el problema de salud, por lo que los elementos principales de insatisfacción parecen ser aquellos con implicaciones directas en el estado de salud de los pacientes, como las decisiones del equipo médico para llegar a los diagnósticos, determinar un tratamiento y decidir el momento del alta.

El papel de los médicos tratantes iniciales y posteriores a la complicación.

8. La duplicación de servicios es frecuente en las quejas por complicaciones quirúrgicas.

Se registró duplicación de servicios en 51.6% de los casos. El fenómeno de la duplicación ocurre en diversas circunstancias, una de ellas es la inconformidad con la atención médica recibida. En los casos estudiados se encontraron evidencias de la intervención de médicos iniciales y médicos posteriores pero no en todos los casos se trata de duplicación, también hay referencia médica a otros servicios o prestadores y la intervención de otros médicos por el desarrollo de la atención médica. Inicialmente, se pensó que la duplicación sería una de las variables más importantes para predecir éste fenómeno, sin embargo parece ser que una medición más precisa de este fenómeno es la intervención o no de médicos diferentes a los iniciales para resolver la complicación la variable que explica con más precisión el uso de servicios adicionales, comparada con la variable de duplicación.

9. En las quejas por complicaciones quirúrgicas es más frecuente que el paciente sea informado de la ocurrencia de una complicación por médicos diferentes a los que lo atendieron cuando se generó el evento catalogado como complicación.

En las quejas por complicaciones quirúrgicas fue más frecuente encontrar que quien informa al paciente acerca de la ocurrencia de una complicación fueron médicos diferentes a los que realizaron la cirugía a la que se atribuye la supuesta complicación. Se puede pensar que, probablemente, el médico inicial asume que las molestias que presenta el paciente se deben al proceso de convalecencia, que la complejidad de la complicación involucre a otros especialistas diferentes al médico inicial, que el paciente decida acudir a otro prestador de servicios o incluso a que los médicos responsables oculten la existencia de una complicación. Con los datos con los que se cuenta en esta fuente no se puede determinar la causa de este resultado, pero es evidente que si la atención inicial hubiese sido la adecuada, el uso de servicios adicionales y la duplicación no sería tan frecuente.

10. El momento de manifestación de la complicación quirúrgica es un determinante importante en cuanto a qué médico continúa con la atención del paciente.

En las quejas por complicaciones quirúrgicas se encontró con mayor frecuencia (61%) que las manifestaciones de la ocurrencia de una complicación se hicieron evidentes de manera tardía, lo cual se asocia con el hecho de que médicos diferentes a los iniciales informen al paciente acerca de la ocurrencia de una complicación. Es decir, las complicaciones de manifestación temprana favorecen que el paciente siga en tratamiento con el médico inicial y las de manifestación tardía favorecen la duplicación de servicios. Es posible también que las complicaciones de manifestación temprana sean de mayor

gravedad y conducen a que el paciente permanezca internado y las de manifestación tardía son de menor gravedad y permiten el alta del paciente y su acceso a otras fuentes de atención médica.

11. La información que conoce el paciente acerca de su complicación es diferente dependiendo si lo sigue atendiendo el médico inicial o lo atiende un médico posterior.

Cuando son los médicos tratantes iniciales quienes informan acerca de la ocurrencia de una complicación, esta afirmación se basa en criterio médico y cuando son médicos tratantes posteriores quienes informan esto, lo hacen con base en evidencias médicas. Es posible que cuando ocurre una complicación, para los médicos iniciales, a quienes se atribuye el problema, sea más conveniente no facilitar evidencias de irregularidades, negligencia o error, mientras que los médicos tratantes posteriores necesitan demostrar que están siendo honestos con su paciente y para ello muestran más evidencias que soportan la necesidad de otra cirugía o tratamiento. El interés del médico por sus pacientes y el compartir en todo momento la información sobre los riesgos de la cirugía y sobre su evolución es un factor que evita la insatisfacción de los pacientes con la atención médica. Es indispensable que en la formación de los cirujanos se haga un énfasis especial en la sensibilización de los pacientes como participantes en la toma de decisiones y no solo como pacientes pasivos y en la importancia de actuar compartiendo la información.

12. Las complicaciones quirúrgicas resueltas completamente al momento de la queja, fueron tratadas por médicos diferentes a los iniciales.

Se encontró una asociación entre quién resuelve la complicación y el grado de resolución de la misma al momento de la queja. Cuando la complicación se resuelve completamente, es más probable que haya sido resuelta por un médico diferente al inicial, mientras que cuando la complicación no se resuelve totalmente, es más frecuente que el paciente siga siendo atendido por el médico tratante inicial. Esto probablemente se deba a que si el primer médico ya cometió un error en el tratamiento, tal vez no domine ese aspecto de la atención médica, lo que hace difícil que resuelva la complicación. Aunque no hay suficiente información al respecto, desde el punto de vista del autor de esta tesis, también puede ser que cuando ocurre un resultado adverso después de una cirugía, los médicos iniciales parecen asumir que lo que ellos hicieron estuvo bien hecho, que lo que está ocurriendo es un agravamiento de la enfermedad o algo agregado a la misma, mientras que los médicos tratantes posteriores parecen atribuir que la atención del médico inicial fue deficiente. Esto lleva a diferentes acercamientos a la patología, a partir de diferentes hipótesis y por lo tanto a llevar a cabo decisiones y acciones diferentes, lo que ocasiona, diferentes resultados.

Grado de resolución y nivel de deterioro en salud al momento de la queja.

13. De acuerdo con el grado de resolución y el nivel de deterioro alcanzado al momento de la queja es posible identificar patrones diferentes de quejas por complicaciones quirúrgicas.

14. Las quejas por complicaciones quirúrgicas que al momento de la queja estaban **resueltas en su totalidad** coinciden en tener características de baja gravedad, tratamiento con médicos diferentes a los iniciales y muestran inconformidades y problemas de atención que no están ligados directamente a la salud del paciente.

Las quejas interpuestas de pacientes cuya **complicación se resuelve totalmente** se predicen por presentar inconformidad con los costos (ya no hay problema de salud), hay desacuerdos entre médicos de diferente institución (lo que sugiere un resultado benéfico de la duplicación o referencia médica, es necesario que el médico acepte que cuando ya no puede resolver el problema de salud, debe apoyarse en otros médicos que puedan aportar elementos para la solución del mismo), no hay inconformidad con el tratamiento de la complicación (evidentemente éste fue efectivo), se realizan en total dos intervenciones quirúrgicas (probablemente con una reintervención fue suficiente para corregir el problema), hubo un reinternamiento (lo que indica que inicialmente la complicación no fue tan grave ya que fue posible que el paciente fuera dado de alta para luego volver a internarlo), se confirma la complicación con base en evidencia médica (esto prueba que el diagnóstico fue veraz lo que facilita el tratamiento) y corresponden al segundo nivel de atención (que apoya la baja gravedad de la complicación).

Los pacientes que al momento de la queja manifestaron un **deterioro en salud mínimo** se pueden predecir por que las complicaciones fueron resueltas por médicos tratantes diferentes a los iniciales (al igual que el caso anterior), no hay inconformidad con el tratamiento (fue efectivo), hay problemas de información (ya manifiestan inconformidades por elementos que no están relacionados directamente con la salud del paciente), no hay referencia médica (esto indica que al ser resueltas por médicos diferentes a los iniciales o hubo duplicación o los pacientes fueron tratados en la misma institución pero por otros médicos, probablemente de mayor nivel en cuanto a la especialización), se realizan dos cirugías no planeadas inicialmente, el paciente es de 18 a 64 años (lo que indica que el paciente responde mejor tanto a la enfermedad como a la complicación que un paciente pediátrico o geriátrico) y el paciente radica la queja personalmente.

15. Las quejas por complicaciones quirúrgicas que presentan una **resolución parcial** al momento de la queja con **deterioro moderado** o **permanente menor** muestran que el paciente fue tratado por los médicos originales, el diagnóstico no es claro, la inconformidad de los pacientes se centra en el tratamiento de la complicación y ocurre con mayor frecuencia en la especialidad de ortopedia.

Las personas cuya complicación quirúrgica está **resuelta parcialmente** al momento de la queja se predicen por la existencia de desacuerdos entre médicos de la misma institución (esto indica que el paciente permaneció con los médicos iniciales y que en el diagnóstico o tratamiento hubo controversia), ingresó a terapia intensiva (ya hay datos que indican que la complicación fue de mayor gravedad), se confirma la complicación con base en criterio médico (no manifiestan al paciente evidencias del diagnóstico de la complicación, esto puede deberse a que no se cuenta con ellas por la complejidad del evento o que no se le mostraron al paciente por alguna otra razón) y corresponde a la especialidad de ortopedia. Los casos con **deterioro moderado** se predicen mediante la ocurrencia de diferencias entre médicos de la misma institución e inconformidad con el tratamiento (a diferencia con las complicaciones que sí se resuelven, aquí la insatisfacción se centra en el tratamiento, probablemente es más importante para los pacientes el que se resuelva el problema de salud que centrarse en las consecuencias monetarias de la complicación). Los casos con deterioro permanente menor se predicen mediante la resolución parcial de la complicación, la ocurrencia de diferencias entre médicos de la misma institución, se confirma la complicación con criterio médico, no se mencionan estudios previos a la complicación y suceden en la especialidad de ortopedia.

16. Las quejas por **complicaciones quirúrgicas** que al momento de la queja **no estaban resueltas**, presentaban un **deterioro permanente mayor o muerte**, se caracterizan por la no intervención de médicos diferentes a los iniciales, datos de una mayor gravedad, problemas con el diagnóstico y tratamiento y suceder en niños o ancianos.

Los pacientes cuyas complicaciones que **no se han resuelto al momento** de la queja se predicen porque no hay desacuerdos entre médicos de diferentes instituciones (probablemente indica la ausencia de duplicación o referencia médica), hay inconformidades con el tratamiento de la complicación (inefectivo desde el punto de vista el quejoso), sólo se realiza una cirugía, no hay reinternamientos (la gravedad de la complicación no permitió el alta del paciente), la complicación se confirma mediante criterio médico (por incertidumbre o no notificación a los familiares), el internamiento fue prolongado y corresponden al tercer nivel de atención (estas dos últimas confirman la gravedad de la complicación). Los casos con deterioro permanente mayor se predicen por no presentar inconformidad con medidas diagnósticas y no haber reintegros. Los casos en donde falleció el paciente se predicen por que no se dio duplicación de servicios, el paciente ingresó a terapia intensiva, no mencionan la realización de estudios

adicionales, ocurren tres o más eventos de complicación y los pacientes son menores de edad o mayores a 64 años.

ANEXO ESTADÍSTICO.

Primera parte: Resultados descriptivos.

Segunda parte: Concentrados de resultados del análisis bivariado.

Primera parte

Resumen de resultados descriptivos

Categoría y número dentro del modelo conceptual	Característica	Porcentaje de registro u ocurrencia	Núm.	Casos válidos
	Total de casos	100.0	252	252
I				
1.1.	Paciente femenino	59.3	99	230
	Paciente masculino	40.7	68	230
1.2.	Menor de edad	7.2	18	249
	Edad productiva	78.7	196	249
	Tercera edad	14.1	35	249
1.3.	Radica la queja el paciente	49.4	120	243
	Radica la queja un familiar	50.6	123	243
1.4.	Quejoso del sexo femenino	59.3	99	167
	Quejoso del sexo masculino	40.7	68	167
1.5.	Seguridad social	53.4	132	247
	Asistencia social	11.7	29	247
	Servicios privados	34.8	86	247
	Institución pública	62.5	161	247
1.6.	Segundo nivel	65.7	163	248
	Tercer nivel	34.3	85	248
	Ginecobstetricia	26.7	67	251
1.7.	Cirugía general	31.1	78	251
	Ortopedia	12.7	32	251
	"Otras especialidades"	29.5	74	251
II				
2.1.	Ingreso inicial por urgencias	32.9	79	240
	Ingreso inicial programado	67.1	161	240
2.2.	Menciona estudios previos a la cirugía	29.0	73	252
2.3.	Hace referencia a la duración de la cirugía	17.9	45	252
2.4.	Cirugía diferente desde el punto de vista técnico	11.8	28	237
2.5.	Manifestación tardía de la complicación	61.5	152	247
	Manifestación temprana de la complicación	38.5	95	247
2.6.	Informan de la complicación con base en criterio médico	58.2	110	189
	Informan de la complicación con base en evidencia médica	41.8	79	189
	Informan de la complicación médicos tratantes iniciales	35.6	69	189
	Informan de la complicación médicos tratantes posteriores	63.5	120	189
2.8.	Molestias posteriores a la complicación similares a las previas	8.9	20	224
	Molestias posteriores a la complicación diferentes a las previas	75.4	169	224
	Molestias posteriores a la complicación iguales y nuevas	15.6	35	224
III				
3.1.	Internamiento prolongado	44.6	112	251
3.2.	Consultas adicionales	59.9	151	252
3.3.	Ingreso a terapia intensiva	21.2	53	250
3.4.	En total una cirugía	33.2	83	250
	En total dos cirugías	39.6	99	250
	En total tres o más cirugías	27.2	68	250
3.5.	Hubo cirugías no planeadas inicialmente	64.6	159	246
3.6.	Hubo referencia médica	40.1	101	252

3.7	Referencia médica misma institución	31.3	79	252
	Referencia médica diferente institución	8.7	22	252
3.8	Negativa de atención	28.2	71	252
3.9	Duplicación de servicios médicos	51.6	129	250
3.10	Ocurre diferimiento quirúrgico	30.6	77	252
3.11	Reingresa el paciente	47.6	119	250
3.12	La complicación amerita atención urgente	54.8	131	239
3.13	Menciona estudios adicionales	37.7	95	252
IV				
4.1	Realizan medidas sin autorización	10.3	26	252
4.2	Menciona el nombre de médicos tratantes iniciales	63.1	159	252
	Mencionan el nombre de médicos tratantes posteriores a la complicación	25.8	65	252
4.3	Mencionan la ocurrencia de problemas de información	42.9	108	252
4.8	Maltrato	10.7	27	252
4.9	Minimización	39.7	100	252
4.10	Diferencias entre médicos de la misma institución	14.3	36	252
	Diferencias entre médicos de diferente institución	61.9	156	252
4.11	Niegan la entrega de documentos	4.8	12	252
4.12	Desacuerdo por la firma de documentos	5.6	14	252
4.13	Se queja por falta de insumos	15.9	40	252
4.14	Menciona condiciones insalubres	6.7	17	252
4.15	Desacuerdo con costos	16.7	42	252
4.16	Molestia por médicos en formación	4.0	10	252
V				
5.1	Inconformidad con medidas diagnósticas	23.4	59	252
5.2	Inconformidad con diagnósticos postquirúrgicos	36.1	91	252
5.3	Inconformidad con el tratamiento	62.7	158	252
5.4	Inconformidad con el alta	30.6	77	252
VI				
6.1	Se resuelve completamente la complicación	39.4	98	249
	Se resuelve parcialmente la complicación	14.9	37	249
	No se resuelve la complicación	45.8	114	249
6.2	Resuelven la complicación médicos tratantes iniciales	24.1	60	249
	Resuelven la complicación médicos tratantes posteriores	30.1	75	249
6.3	Deterioro mínimo	30.2	70	232
	Deterioro moderado	17.2	40	232
	Deterioro permanente menor	23.3	54	232
	Deterioro permanente mayor	15.1	35	232
	Muerte	14.2	33	232
	Deterioro mínimo o moderado	47.4	110	232
	Deterioro permanente menor o mayor	38.4	89	232
6.4	Hubo quejas previas	24.6	62	252

* En la última columna se anota el total de casos en donde se tuvo información para cada descriptor, es decir, en ésta se identifica el total de los valores perdidos.

Segunda parte

Concentrados de resultados del análisis bivariado

Sexo del quejoso
Distribuciones porcentuales

Cuadro 1

Sexo del quejoso	Femenino	Masculino	Total	X ² y significancia
Total	59.3(99)	40.7(68)	100.0(167)	
Quién radica la queja				
Paciente	76.0(76)	24.0(24)	100(100)	X ² = 29.929 p. = .000
Familiar	33.3(22)	66.7(44)	100(66)	
Sexo del paciente				
Femenino	68.3(82)	31.7(38)	100(120)	X ² = 14.473 p. = .000
Masculino	36.2(17)	63.8(30)	100(47)	

Quien remite la queja
Distribuciones porcentuales

Cuadro 2

Quien remite la queja	Paciente	Familiar	Total	X ² Significancia
Total	49.4(120)	50.6(123)	100.0(243)	
Sexo del quejoso				
Femenino	77.6(76)	22.4(22)	100(98)	X ² = 29.929 p.= .000
Masculino	35.3(24)	64.7(44)	100(68)	
Edad del paciente				
De 0 a 18	5.9(1)	94.1(16)	100(17)	X ² = 23.358 p. =.000
De 19 a 64	56.3(108)	43.8(84)	100(192)	
De 65 o más	25.8(8)	74.2(23)	100(31)	
Edad del paciente				
De 0 a 18	5.9(1)	94.1(16)	100(17)	X ² = 23.662 p. = .000
De 19 a 40	57.9(66)	42.1(48)	100(114)	
De 41 a 64	53.8(42)	46.2(36)	100(78)	
De 65 o más	25.8(8)	74.2(23)	100(31)	
Tipo de institución				
Seguridad social	52.0(66)	48.0(61)	100(127)	X ² = 7.771 p.= .021
Asistencia social	25.0(7)	75.0(21)	100(28)	
Privado	54.2(45)	45.8(38)	100(83)	
Especialidad médica				
Cirugía general	38.7(29)	61.3(46)	100(75)	X ² = 5.184 p.= .023
Otra	54.4(91)	45.5(76)	100(167)	

Edad del paciente
Distribuciones porcentuales

Cuadro 3

Edad del paciente	De 0 a 18	De 19 a 64	De 65 o más	Total	X ² Significancia
Total	7.2(18)	78.7(196)	14.1(35)	100.0(249)	
Quien remite la queja					
Paciente	0.9(1)	92.3(108)	6.8(8)	100.0(117)	X ² = 23.358 p. = .000
Familiar	13.0(16)	68.3(84)	18.7(23)	100.0(123)	
Sexo del paciente					
Femenino	4.4(7)	79.9(127)	15.7(25)	100(159)	X ² = 9.023 p. = .011
Masculino	15.9(11)	72.5(50)	11.6(8)	100(69)	
Nivel de atención					
Segundo	6.3(10)	83.1(133)	10.6(17)	100(160)	X ² = 6.413 p. = .040
Tercero	9.4(8)	69.4(59)	21.2(18)	100(85)	

Edad del paciente
Distribuciones porcentuales
Cuadro 4

Edad del paciente	De 0 a 18	De 19 a 40	De 41 a 64	De 65 o más	Total	X ² y significancia
Total	7.2(18)	47.0(117)	31.7(79)	14.1(35)	100.0(249)	
Quien remite la queja						
Paciente	0.9(1)	56.4(66)	35.9(42)	6.8(8)	100(117)	X ² = 23.662 p. = .000
Familiar	13.0(16)	39.0(48)	29.3(36)	18.7(23)	100(123)	
Sexo del paciente						
Femenino	4.4(7)	49.7(79)	30.2(48)	15.7(25)	100(159)	X ² = 9.578 p. = .023
Masculino	15.9(11)	40.6(28)	31.9(22)	11.6(8)	100(69)	
Nivel de atención						
Segundo	6.3(10)	53.1(85)	30.0(48)	10.6(17)	100(160)	X ² = 10.705 p. = .013
Tercero	9.4(8)	32.9(28)	36.5(31)	21.2(18)	100(85)	
Vía de ingreso inicial						
Urgencias	10.4(8)	59.7(46)	22.1(17)	7.8(6)	100(77)	X ² = 10.877 p. = .012
Programado	5.0(8)	43.1(69)	36.9(59)	15.0(24)	100(160)	

Sexo del paciente
Distribuciones porcentuales
Cuadro 5

Sexo del paciente	Femenino	Masculino	Total	X ² y significancia
Total	70.0(161)	30.0(69)	100.0(230)	
Edad del paciente				
De 0 a 18	38.9(7)	61.1(11)	100(18)	X ² = 9.578 p. = .023
De 19 a 40	73.8(79)	26.2(28)	100(107)	
De 41 a 64	68.6(48)	31.4(22)	100(70)	
De 65 o más	75.8(25)	24.2(8)	100(33)	
Edad del paciente				
De 0 a 18	38.9(7)	61.1(11)	100(18)	X ² = 9.023 p. = .011
De 19 a 64	71.8(127)	28.2(50)	100(177)	
De 65 o más	75.8(25)	24.2(8)	100(33)	
Sexo del quejoso				
Femenino	82.8(82)	17.2(17)	100(99)	X ² = 14.473 p. = .000
Masculino	55.9(38)	44.1(30)	100(68)	
Tipo de institución				
Seguridad social	68.5(85)	31.5(39)	100(124)	X ² = 11.664 p. = .003
Asistencia social	44.4(12)	55.6(15)	100(27)	
Privado	79.7(59)	20.3(15)	100(74)	
Tipo de institución				
Pública	64.2(97)	35.8(54)	100(151)	X ² = 5.605 p. = .018
Privada	79.7(59)	20.3(15)	100(74)	
Nivel de atención				
Segundo	78.4(120)	21.6(33)	100(153)	X ² = 12.824 p. = .000
Tercero	55.4(41)	44.6(33)	100(74)	
Especialidad médica				
Ginecobstetricia	100.0(67)	0.0(0)	100(67)	X ² = 44.862 p. = .000
Cirugía general	64.8(46)	35.2(25)	100(71)	
Ortopedia	64.0(16)	36.0(9)	100(25)	
Otras	48.5(32)	51.5(34)	100(66)	

Tipo de institución
Distribuciones porcentuales
Cuadro 6

Tipo de institución	Seguridad social	Asistencia social	Privado	Total	X ² y significancia
Total	53.4(132)	11.7(29)	34.8(86)	100.0(247)	
Sexo del paciente					
Femenino	54.5(85)	7.7(12)	37.8(59)	100(156)	X ² = 11.664 p. = .003
Masculino	56.5(39)	21.7(15)	21.7(15)	100(69)	
Quien remite la queja					
Paciente	55.9(66)	5.9(7)	38.1(45)	100(118)	X ² = 7.771 p. = .021
Familiar	50.8(61)	17.5(21)	31.7(38)	100(120)	

Tipo de institución
Distribuciones porcentuales
Cuadro 7

Tipo de institución	Pública	Privada	Total	X ² y significancia
Total	65.2(161)	34.8(86)	100.0(247)	
Sexo del paciente				
Femenino	62.2(97)	37.8(59)	100.0(156)	X ² = 5.605 p. = .018
Masculino	78.3(54)	21.7(15)	100.0(69)	

Nivel de atención
Distribuciones porcentuales
Cuadro 8

Nivel de atención	Segundo nivel	Tercer nivel	Total	X ² y significancia
Total	65.7(163)	34.3(85)	100.0(248)	
Sexo del paciente				
Femenino	74.5(120)	25.5(41)	100(161)	X ² = 12.824 p. = .000
Masculino	50.0(33)	50.0(33)	100(66)	
Edad del paciente				
De 0 a 18	55.6(10)	44.4(8)	100.0(18)	X ² = 10.705 p. = .013
De 19 a 40	75.2(85)	24.8(28)	100.0(113)	
De 41 a 64	60.8(48)	39.2(31)	100.0(79)	
De 65 o más	48.6(17)	51.4(18)	100.0(35)	
Edad del paciente				
De 0 a 18	55.6(10)	44.4(8)	100.0(18)	X ² = 6.413 p. = .040
De 19 a 64	69.3(133)	30.7(59)	100.0(192)	
De 65 o más	48.6(17)	51.4(18)	100.0(35)	
Especialidad médica				
Ginecobstetricia	95.5(64)	4.5(3)	100.0(67)	X ² = 122.114 p. = .000
Cirugia general	91.0(71)	9.0(7)	100.0(78)	
Ortopedia	9.4(3)	90.6(29)	100.0(32)	
Otras	35.7(25)	64.3(45)	100.0(70)	
Especialidad médica				
Ginecobstetricia	95.5(64)	4.5(3)	100.0(67)	X ² = 35.725 p. = .000
Otra	55.0(99)	45.0(81)	100.0(180)	
Especialidad médica				
Cirugia general	91.0(71)	9.0(7)	100.0(78)	X ² = 31.833 p. = .000
Otra	54.4(92)	45.6(77)	100.0(169)	
Especialidad médica				
Ginecobstetricia	95.5(64)	4.5(3)	100.0(67)	X ² = 107.402 p. = .000
Cirugia general	91.0(71)	9.0(7)	100.0(78)	
Ortopedia	9.4(3)	90.6(29)	100.0(32)	

Especialidad médica
Distribuciones porcentuales
Cuadro 9

Especialidad	Ginecobstetricia	Cirugia general	Ortopedia	Otra	Total	X ² y significancia
Total	26.7(67)	31.1(78)	12.7(32)	29.5(74)	100.0(251)	
Nivel de atención						
Segundo	39.3(64)	43.6(71)	1.8(3)	15.3(25)	100.0(163)	X ² =122.114 p. = .000
Tercero	3.6(3)	9.0(7)	34.5(29)	53.6(45)	100.0(84)	
Sexo del paciente						
Femenino	41.6(67)	28.6(46)	9.9(16)	19.9(32)	100.0(161)	X ² =44.862 p. = .000
Masculino	0.0(0)	36.8(25)	13.2(9)	50.0(34)	100.0(68)	
Vía de ingreso inicial						
Urgencias	35.4(28)	34.2(27)	21.5(17)	8.9(7)	100.0(79)	X ² =29.982 p. = .000
Programado	22.5(36)	29.4(47)	7.5(12)	40.6(65)	100.0(160)	

Especialidad médica
Distribuciones porcentuales
Cuadro 10

Especialidad	Ginecobstetricia	Otra	Total	X ² y significancia
Total	26.7(67)	73.3(184)	100.0(251)	
Nivel de atención				
Segundo	39.3(64)	60.7(99)	100.0(163)	X ² = 35.725 p. = .000
Tercero	3.6(3)	96.4(81)	100.0(84)	
Vía de ingreso inicial				
Urgencias	35.4(28)	64.6(51)	100.0(79)	X ² =4.519 p. = .034
Programado	22.5(36)	77.5(124)	100.0(160)	

Especialidad médica
Distribuciones porcentuales
Cuadro 11

Especialidad médica	Ginecobstetricia	Cirugia general	Ortopedia	Total	X ² y significancia
Total	37.9(67)	44.1(78)	18.1(32)	100.0(177)	
Nivel de atención					
Segundo	46.4(64)	51.4(71)	2.2(3)	100.0(138)	X ² =107.402 p. =.000
Tercero	7.7(3)	17.9(7)	74.4(29)	100.0(39)	

Vía de ingreso inicial
Distribuciones porcentuales
Cuadro 12

Vía de ingreso inicial	Urgencias	Programado	Total	X ² y significancia
Total	32.9(79)	67.1(161)	100.0(240)	
Especialidad médica				
Ginecobstetricia	43.8(28)	56.3(36)	100.0(64)	X ² =4.519 p. = .034
Otra	29.1(51)	70.9(124)	100.0(175)	
Especialidad médica				
Ginecobstetricia	43.8(28)	56.3(36)	100.0(64)	X ² =29.982 p. =.000
Cirugia general	36.5(27)	63.5(47)	100.0(74)	
Ortopedia	58.6(17)	41.4(12)	100.0(29)	
Otra	9.7(7)	90.3(65)	100.0(72)	
Edad del paciente				
De 0 a 18	50.0(8)	50.0(8)	100.0(16)	X ² =10.877 p. = .012
De 19 a 40	40.0(46)	60.0(69)	100.0(115)	
De 41 a 64	22.4(17)	77.6(59)	100.0(76)	
De 65 o más	20.0(6)	80.0(24)	100.0(30)	

Mención de estudios prequirúrgicos
Distribuciones porcentuales

Cuadro 13

Menciona estudios previos a la cirugía	Si menciona estudios previos	No menciona estudios previos	Total	X ² y significancia
Total	29.0(73)	71.0(179)	100.0(252)	
Tipo de institución				
Pública	21.1(34)	78.9(127)	100.0(161)	X ² =14.443 p. =.000
Privada	44.2(38)	55.8(48)	100.0(86)	
Tipo de institución				
Seguridad social	18.9(25)	81.1(107)	100.0(132)	X ² =16.128 p. =.000
Asistencia social	31.0(9)	69.0(20)	100.0(29)	
Privado	44.2(38)	55.8(48)	100.0(86)	

Hace referencia a la duración de la cirugía
Distribuciones porcentuales

Cuadro 14

Hace referencia a la duración de la cirugía	Si	No	Total	X ² y significancia
Total	17.9(45)	82.1(207)	100.0(252)	
Diferencia entre cirugía programada y realizada según el paciente				
Cirugía igual.	15.8(34)	84.2(181)	100.0(215)	X ² =6.882 p. =.009
Cirugía diferente	37.5(9)	62.5(15)	100.0(24)	
Especialidad médica				
Ginecobstetricia	9.0(6)	91.0(61)	100.0(67)	X ² =4.648 p. =.031
Otra	20.7(38)	79.3(146)	100.0(184)	
Especialidad médica				
Ginecobstetricia	9.0(6)	91.0(61)	100.0(67)	X ² =17.410 p. =.001
Cirugía general	17.9(14)	82.1(64)	100.0(78)	
Ortopedia	3.1(1)	96.9(31)	100.0(32)	
Otra	31.1(23)	68.9(51)	100.0(74)	
Tipo de institución				
Pública	14.3(23)	85.7(138)	100.0(161)	X ² =4.800 p. =.028
Privada	25.6(22)	74.4(64)	100.0(86)	
Sexo del paciente				
Femenino	14.3(23)	85.7(138)	100.0(161)	X ² =3.603 p. =.058
Masculino	24.6(17)	75.4(52)	100.0(69)	
Año				
1997	12.0(13)	88.0(95)	100.0(108)	X ² =4.365 p. =.037
1998	22.2(32)	77.8(112)	100.0(144)	

Diferencia técnica entre la cirugía programada y la realizada
Distribuciones porcentuales

Cuadro 15

Diferencia técnica entre la cirugía planeada y realizada	Diferente	No hay diferencia	Total	X ² y significancia
Total	11.8(28)	88.2(209)	100.0(237)	
Diferencia entre la cirugía programada y la realizada según el paciente				
Cirugía igual	2.8(6)	97.2(205)	100.0(211)	X ² =151.864 p. =.000
Cirugía diferente	87.5(21)	12.5(3)	100.0(24)	

Etapa de manifestación de la complicación

Distribuciones porcentuales

Cuadro 16

Etapa de manifestación de la complicación	Manifestación tardía	Manifestación temprana	Total	X ² y significancia
Total	61.5(152)	38.5(95)	100.0(247)	
Menciona cómo le confirman la complicación				
Si menciona	65.3(132)	34.7(70)	100.0(202)	X ² =6.793 p. =.009
No menciona	44.4(20)	55.6(25)	100.0(45)	
Menciona cómo le confirman la complicación				
No menciona	44.4(20)	55.6(25)	100.0(45)	X ² =19.283 p. =.002
Criterio médicos tratantes	46.0(23)	54.0(27)	100.0(50)	
Evidencia médico tratantes	73.7(14)	26.3(5)	100.0(19)	
Criterio otros médico	75.4(43)	24.6(14)	100.0(57)	
Evidencia Otros médicos	71.7(43)	28.3(17)	100.0(60)	
Otra vía	56.3(9)	43.8(7)	100.0(16)	
Fundamento de la complicación				
No menciona	44.4(20)	55.6(25)	100.0(45)	X ² =9.505 p. =.023
Criterio médico	61.7(66)	38.3(41)	100.0(107)	
Evidencia médica	72.2(57)	27.8(22)	100.0(79)	
Otra vía	56.3(9)	43.8(7)	100.0(16)	
Quién confirma la complicación				
No menciona	44.4(20)	55.6(25)	100.0(45)	X ² =14.649 p. =.002
Médicos tratantes	53.6(37)	46.4(32)	100.0(69)	
Médicos no tratantes	73.5(86)	26.5(31)	100.0(117)	
Otros	56.3(9)	43.8(7)	100.0(16)	
Quién confirma la complicación				
Médicos tratantes	53.6(37)	46.4(32)	100.0(69)	X ² =7.659 p. =.006
Médicos no tratantes	73.5(86)	26.5(31)	100.0(117)	
Especialidad médica				
Ginecobstetricia	56.7(38)	43.3(29)	100.0(67)	X ² =6.857 p. =.032
Cirugia general	59.2(45)	40.8(31)	100.0(76)	
Ortopedia	83.3(25)	16.7(5)	100.0(30)	
Nivel de atención				
Segundo	57.4(93)	42.6(69)	100.0(162)	X ² =4.627 p. =.031
Tercero	71.6(58)	28.4(23)	100.0(81)	
Edad del paciente				
De 0 a 18	44.4(8)	55.6(10)	100.0(18)	X ² =20.067 p. =.000
De 19 a 40	50.4(58)	49.6(57)	100.0(115)	
De 41 a 64	68.8(53)	31.2(24)	100.0(77)	
De 65 o más	88.2(30)	11.8(4)	100.0(34)	
Edad del paciente				
De 0 a 18	44.4(8)	55.6(10)	100.0(18)	X ² =13.503 p. =.001
De 19 a 64	57.8(111)	42.2(81)	100.0(192)	
De 65 o más	88.2(30)	11.8(4)	100.0(34)	
Quien remite la queja				
Paciente	72.3(86)	27.7(33)	100.0(119)	X ² =11.120 p. =.001
Familiar	51.3(61)	48.7(58)	100.0(119)	
Año(1)				
1997	49.5(52)	50.5(53)	100.0(105)	X ² =11.139 p. =.001
1998	70.4(100)	29.6(42)	100.0(142)	

Fundamento de la complicación
Distribuciones porcentuales
Cuadro 17

Vía de confirmación de complicación	Criterio médico	Evidencia médica	Total	X ² y significancia
Total	58.2(110)	41.8(79)	100.0(189)	
Quién confirma la complicación				
Médicos tratantes	72.5(50)	27.5(19)	100.0(69)	X ² =9.087
Médicos no tratantes	50.0(60)	50.0(60)	100.0(120)	p. = .003

Quién confirma la complicación
Distribuciones porcentuales
Cuadro 18

Vía de confirmación de complicación	Médicos tratantes	Médicos no tratantes	Total	X ² y significancia
Total	35.6(69)	63.5(120)	100.0(189)	
Fundamento de la complicación				
Criterio médico	45.5(50)	54.5(60)	100.0(110)	X ² =9.087
Evidencia médica.	24.1(19)	75.9(60)	100.0(79)	p. = .003
Etapas de manifestación de la complicación				
Manifestación tardía	30.1(37)	69.9(86)	100.0(123)	X ² =7.659
Manifestación temprana.	50.8(32)	49.2(31)	100.0(63)	p. = .006
Total de complicaciones				
Uno	29.8(39)	70.2(92)	100.0(131)	X ² =7.942
Dos	48.8(20)	51.2(21)	100.0(41)	p. = .019
Tres o más	56.3(9)	43.8(7)	100.0(16)	
Diferencia técnica entre la cirugía programada y la realizada				
Cirugía diferente	70.0(14)	30.0(6)	100.0(20)	X ² =10.616
Cirugía sin diferencia	32.7(52)	67.3(107)	100.0(159)	p. = .001
Hace referencia a la duración de la cirugía				
Sí menciona	52.5(21)	47.5(19)	100.0(40)	X ² =5.598
No menciona	32.2(48)	67.8(101)	100.0(149)	p. = .018
Diferencia entre cirugía programada y realizada según el paciente				
Cirugía igual	33.3(54)	66.7(108)	100.0(162)	X ² =10.227
Cirugía diferente	70.0(14)	30.0(6)	100.0(20)	p. = .001
Especialidad médica				
Ginecobstetricia	44.4(24)	55.6(30)	100.0(54)	X ² =6.618
Cirugía general	24.1(14)	75.9(44)	100.0(58)	p. = .037
Ortopedia	21.7(5)	78.3(18)	100.0(23)	
Especialidad médica				
Cirugía general	24.1(14)	75.9(44)	100.0(58)	X ² =5.260
Otra	41.5(54)	58.5(76)	100.0(130)	p. = .022
Especialidad médica				
Ginecobstetricia	44.4(24)	55.6(30)	100.0(54)	X ² =10.091
Cirugía general	24.1(14)	75.9(44)	100.0(58)	p. = .018
Ortopedia	21.7(5)	78.3(18)	100.0(23)	
Otra	47.2(25)	52.8(28)	100.0(53)	
Quién remite la queja				
Paciente	27.2(25)	72.8(67)	100.0(92)	X ² =7.431
Familiar	46.7(42)	53.3(48)	100.0(90)	p. = .006

Menciona cómo le confirman la complicación
Distribuciones porcentuales

Cuadro 19

Vía de confirmación de complicación	No menciona	Criterio médicos tratantes	Evidencia médicos tratantes	Criterio otros médicos	Evidencia otros médicos	Otra vía	Total	X ² y significancia
Total	18.7 (47)	19.8 (50)	7.5 (19)	23.8 (60)	23.8 (60)	6.3 (16)	100.0 (252)	
Hace referencia a la duración de la cirugía								
Si menciona	8.9 (4)	33.3 (15)	13.3 (6)	15.6 (7)	26.7 (12)	2.2 (1)	100.0 (45)	X ² = 13.489 p. = .019
No menciona	20.8 (43)	16.9 (35)	6.3 (13)	25.6 (53)	23.2 (48)	7.2 (15)	100.0 (207)	
Año								
1997	42.6 (46)	13.0 (14)	1.9 (2)	22.2 (24)	14.8 (16)	5.6 (6)	100.0 (108)	X ² = p. =
1998	0.7 (1)	25.0 (36)	11.8 (17)	25.0 (36)	30.6 (44)	6.9 (10)	100.0 (144)	

Quién confirma la complicación
Distribuciones porcentuales

Cuadro 20

Vía de confirmación de complicación	No menciona	Médicos tratantes	Médicos no tratantes	Otra vía	Total	X ² y significancia
Total	18.7(47)	27.4(69)	47.6(120)	6.3(16)	100.0(252)	
Diferencia técnica entre la cirugía programada y la realizada						
Cirugía diferente	25.0(7)	50.0(14)	21.4(6)	3.6(1)	100.0(28)	X ² =11.608 p. =.009
No hay diferencia	16.7(35)	24.9(52)	51.2(107)	7.2(15)	100.0(209)	
Hace referencia a la duración de la cirugía						
Si menciona	8.9(4)	46.7(21)	42.2(19)	2.2(1)	100.0(45)	X ² =12.045 p. =.007
No menciona	20.8(43)	23.2(48)	48.8(101)	7.2(15)	100.0(207)	
Diferencia entre cirugía programada y realizada según el paciente						
Cirugía igual	17.2(37)	25.1(54)	50.2(108)	7.4(16)	100.0(215)	X ² =13.044 p. =.005
Cirugía diferente	16.7(4)	58.3(14)	25.0(6)	0.0(0)	100.0(24)	
Quien remite la queja						
Paciente	18.3(22)	20.8(25)	55.8(67)	5.0(6)	100.0(120)	X ² =8.104 p. =.044
Familiar	19.5(24)	34.1(42)	39.0(48)	7.3(9)	100.0(123)	
Año						
1997	42.6(46)	14.8(16)	37.0(40)	5.6(6)	100.0(108)	X ² =73.619 p. =.000
1998	0.7(1)	36.8(53)	55.6(80)	6.9(10)	100.0(144)	

Comparación entre molestias previas y posteriores a la complicación
Distribuciones porcentuales

Cuadro 21

Comparación entre molestias previas y posteriores a la complicación	Similares	Diferentes	Iguals y nuevas	Total	X ² y significancia
Total	8.9(20)	75.4(169)	15.6(35)	100.0(224)	
Especialidad médica					
Ginecobstetricia	4.8(3)	88.9(56)	6.3(4)	100.0(63)	X ² =8.760 p. =.013
Otra	10.6(17)	70.0(112)	19.4(31)	100.0(160)	
Nivel de atención					
Segundo	7.9(12)	80.1(121)	11.9(18)	100.0(151)	X ² =5.980 p. =.050
Tercero	11.6(8)	65.2(45)	23.2(16)	100.0(69)	
Año					
1997	5.0(5)	83.2(84)	11.9(12)	100.0(101)	X ² =6.364 p. =.042
1998	12.2(15)	69.1(85)	18.7(23)	100.0(123)	

Vía de confirmación de la complicación

Distribuciones porcentuales

Cuadro 22

Vía de confirmación de complicación	No menciona	Criterio médicos tratantes	Evidencia médicos tratantes	Criterio otros médicos	Evidencia médicos no tratantes	Información de otras personas	Comparación personal	Total	X ² y significancia
Total	18.7 (47)	19.8 (50)	7.5 (19)	23.8 (60)	23.8 (60)	2.4 (6)	4.0 (10)	100.0 (252)	
Quien remite la queja									X ² = 12.787 p. =.047
Paciente	18.3 (22)	13.3 (16)	7.5(9)	30.8(37)	25.0(30)	0.8(1)	4.2(5)	100.0 (120)	
Familiar	19.5 (24)	26.0 (32)	8.1(10)	17.1(21)	22.0(27)	4.1(5)	3.3(4)	100.0 (123)	

Menciona cómo le confirman la complicación

Distribuciones porcentuales

Cuadro 23

Vía de confirmación de complicación	Si menciona	No menciona	Total	X ² y significancia
Total	81.3 (205)	18.7 (47)	100.0 (252)	
Vía de ingreso inicial				
Urgencias	74.7(59)	25.3(20)	100.0(79)	X ² =3.836 p. =.050
Programado	85.1(137)	14.9(24)	100.0(161)	
Año				
1997	57.4(62)	42.6(46)	100.0(108)	X ² =71.404 p. =.000
1998	99.3(143)	0.7(1)	100.0(144)	

Fundamento de la complicación

Distribuciones porcentuales

Cuadro 24

Vía de confirmación de complicación	No menciona	Criterio médico	Evidencia médica	Otra vía	Total	X ² y significancia
Total	18.7(47)	43.7(110)	31.3(79)	6.3(16)	100.0(252)	
Año						
1997	42.6(46)	35.2(38)	16.7(18)	5.6(6)	100.0(108)	X ² =74.374 p. =.000
1998	0.7(1)	50.0(72)	42.4(61)	6.9(10)	100.0(144)	

Internamiento prolongado
Distribuciones porcentuales
Cuadro 25

Internamiento prolongado	Sí	No	Total	X ² y significancia
Total	44.6(112)	55.4(139)	100.0(251)	
Atención de la complicación				
No amerita atención de urgencia	29.6(32)	70.4(76)	100.0(108)	X ² =22.306 p. = .000
Requiere y se atiende de urgencia	64.5(49)	35.5(27)	100.0(76)	
Requiere y no se atiende de urgencia	49.1(27)	50.9(28)	100.0(55)	
Quién confirma la complicación				
Médicos tratantes	60.9(42)	39.1(27)	100.0(69)	X ² =11.096 p. = .001
Médicos no tratantes	35.8(43)	64.2(77)	100.0(120)	
Quién confirma la complicación				
No menciona	41.3(19)	58.7(27)	100.0(46)	X ² =11.514 p. = .009
Médicos tratantes	60.9(42)	39.1(27)	100.0(69)	
Médicos no tratantes	35.8(43)	64.2(77)	100.0(120)	
Otros	50.0(8)	50.0(8)	100.0(16)	
Menciona cómo le confirman la complicación				
No menciona	41.3(19)	58.7(27)	100.0(46)	X ² =13.772 p. = .017
Criterio médicos tratantes	58.0(29)	42.0(21)	100.0(50)	
Evidencia médicos tratantes	68.4(13)	31.6(6)	100.0(19)	
Criterio médicos no tratantes	30.0(18)	70.0(42)	100.0(60)	
Evidencia médicos no tratantes	41.7(25)	58.3(35)	100.0(60)	
Otros	50.0(8)	50.0(8)	100.0(16)	
Etapa de manifestación de la complicación				
Manifestación tardía	35.5(54)	64.5(98)	100.0(152)	X ² =12.983 p. = .000
Manifestación temprana	58.9(56)	41.1(39)	100.0(95)	
Total de complicaciones				
Uno	38.8(69)	61.2(109)	100.0(178)	X ² =15.360 p. = .000
Dos	50.0(25)	50.0(25)	100.0(50)	
Tres o más	81.8(18)	18.2(4)	100.0(22)	
Hace referencia a la duración de la cirugía				
Sí menciona	57.8(26)	42.2(19)	100.0(45)	X ² =3.841 p. = .050
No menciona	41.7(86)	58.3(120)	100.0(206)	
Especialidad médica				
Ginecobstetricia	43.3(29)	56.7(38)	100.0(67)	X ² =18.478 p. = .000
Cirugía general	60.3(47)	39.7(31)	100.0(78)	
Ortopedia	15.6(5)	84.4(27)	100.0(32)	
Especialidad médica				
Cirugía general	60.3(47)	39.7(31)	100.0(78)	X ² =11.547 p. = .001
Otra	37.2(64)	62.8(108)	100.0(172)	
Especialidad médica				
Ginecobstetricia	43.3(29)	56.7(38)	100.0(67)	X ² =19.034 p. = .000
Cirugía general	60.3(47)	39.7(31)	100.0(78)	
Ortopedia	15.6(5)	84.4(27)	100.0(32)	
Otra	41.1(30)	58.9(43)	100.0(73)	
Tipo de institución				
Pública	49.4(79)	50.6(81)	100.0(160)	X ² =4.760 p. = .029
Privada	34.9(30)	65.1(56)	100.0(86)	
Tipo de institución				
Seguridad social	47.3(62)	52.7(69)	100.0(131)	X ² =5.987 p. = .050
Asistencia social	58.6(17)	41.4(12)	100.0(29)	
Privado	34.9(30)	65.1(56)	100.0(86)	
Quien remite la queja				
Paciente	24.2(29)	75.8(91)	100.0(120)	X ² =38.788 p. = .000
Familiar	63.9(78)	36.1(44)	100.0(122)	

Consultas adicionales
Distribuciones porcentuales
Cuadro 26-1

Consultas adicionales	Si	No	Total	X ² y significancia
Total	59.9(151)	40.1(101)	100.0(252)	
Estudios adicionales				
Si menciona	73.7(70)	26.3(25)	100.0(95)	X ² =12.028 p. =.001
No menciona	51.6(81)	48.4(76)	100.0(157)	
Internamiento prolongado				
Si	39.3(44)	60.7(68)	100.0(112)	X ² =35.259 p. =.000
No	76.3(106)	23.7(33)	100.0(139)	
Atención de la complicación				
No amerita atención de urgencia	72.2(78)	27.8(30)	100.0(108)	X ² =23.084 p. =.000
Requiere y se atiende como urgencia	38.2(29)	61.8(47)	100.0(76)	
Requiere y no se atiende de urgencia	67.3(37)	32.7(18)	100.0(55)	
Reinternamiento				
Si reingresa	73.9(88)	31.3(31)	100.0(119)	X ² =17.432 p. =.000
No reingresa	48.1(63)	51.9(68)	100.0(131)	
Quién confirma la complicación				
Médicos tratantes	36.2(25)	63.8(44)	100.0(69)	X ² =45.298 p. =.000
Médicos no tratantes	84.2(101)	15.8(19)	100.0(120)	
Fundamento de la complicación				
Criterio médico	60.9(67)	39.1(43)	100.0(110)	X ² =3.926 p. =.048
Evidencia médica	74.7(59)	25.3(20)	100.0(79)	
Quién confirma la complicación				
No menciona	42.6(20)	57.4(27)	100.0(47)	X ² =56.876 p. =.000
Médicos tratantes	36.2(25)	63.8(44)	100.0(69)	
Médicos no tratantes	84.2(101)	15.8(19)	100.0(120)	
Otros	31.3(5)	68.8(11)	100.0(16)	
Fundamento de la complicación				
No menciona	42.6(20)	57.4(27)	100.0(47)	X ² =18.593 p. =.000
Criterio médico	60.9(67)	39.1(43)	100.0(110)	
Evidencia médica	74.7(59)	25.3(20)	100.0(79)	
Otros	31.3(5)	68.8(11)	100.0(16)	
Menciona cómo le confirman la complicación				
Si menciona	63.9(131)	36.1(74)	100.0(205)	X ² =7.256 p. =.007
No menciona	42.6(20)	57.4(27)	100.0(47)	
Menciona cómo le confirman la complicación				
No menciona	42.6(20)	57.4(27)	100.0(47)	X ² =60.125 p. =.000
Criterio médicos tratantes	30.0(15)	70.0(35)	100.0(50)	
Evidencia médicos tratantes	52.6(10)	47.4(9)	100.0(19)	
Criterio médicos no tratantes	86.7(52)	13.3(8)	100.0(60)	
Evidencia médicos no tratantes	81.7(49)	18.3(11)	100.0(60)	
Otros	31.3(5)	68.8(11)	100.0(16)	
Comparación entre molestias previas y posteriores a la complicación				
Molestias similares	90.0(18)	10.0(2)	100.0(20)	X ² =8.494 p. =.014
Molestias diferentes	56.2(95)	43.8(74)	100.0(169)	
Molestias iguales y nuevas	60.0(21)	40.0(14)	100.0(35)	
Etapas de manifestación de la complicación				
Manifestación tardía	71.7(109)	28.3(43)	100.0(152)	X ² =22.880 p. =.000
Manifestación temprana	41.1(39)	58.9(56)	100.0(95)	
Tipo de institución				
Pública	55.9(90)	44.1(71)	100.0(161)	X ² =3.780 p. =.052
Privada	68.6(59)	31.4(27)	100.0(86)	

Consultas adicionales
Distribuciones porcentuales
Cuadro 26-2

Consultas adicionales	Si	No	Total	X ² y significancia
Total	59.9(151)	40.1(101)	100.0(252)	
Quien remite la queja				
Paciente	77.5(93)	22.5(27)	100.0(120)	X ² =29.988 p. =.000
Familiar	43.1(53)	56.9(70)	100.0(123)	
Sexo del quejoso				
Femenino	70.7(70)	29.3(29)	100.0(99)	X ² =5.488 p. =.019
Masculino	52.9(36)	47.1(32)	100.0(68)	
Año(1)				
1997	52.8(57)	47.2(51)	100.0(108)	X ² =4.015 p. =.045
1998	65.3(94)	34.7(50)	100.0(144)	

Ingreso a terapia intensiva
Distribuciones porcentuales
Cuadro 27-1

Ingreso a terapia intensiva	Si ingresa a terapia intensiva	No ingresa a terapia intensiva	Total	X ² y significancia
Total	21.2(53)	78.8(197)	100.0(250)	
Consultas adicionales				
Si	11.3(17)	88.7(134)	100.0(151)	X ² =22.560 p. =.000
No	36.4(36)	63.6(63)	100.0(99)	
Internamiento prolongado				
Si	38.7(43)	61.3(68)	100.0(111)	X ² =36.415 p. =.000
No	7.2(10)	92.8(128)	100.0(138)	
Atención de la complicación				
No amerita atención de urgencia	5.6(6)	94.4(102)	100.0(108)	X ² =41.828 p. =.000
Requiere y se atiende de urgencia	45.9(34)	54.1(40)	100.0(74)	
Requiere y no se atiende de urgencia	21.8(12)	78.2(43)	100.0(55)	
Quién confirma la complicación				
Médicos tratantes	37.3(25)	62.7(42)	100.0(67)	X ² =13.227 p. =.000
Médicos no tratantes	14.2(17)	85.8(103)	100.0(120)	
Quién confirma la complicación				
No menciona	17.0(8)	83.0(39)	100.0(47)	X ² =14.515 p. =.002
Médicos tratantes	37.3(25)	62.7(42)	100.0(67)	
Médicos no tratantes	14.2(17)	85.8(103)	100.0(120)	
Otros	18.8(3)	81.3(13)	100.0(16)	
Menciona cómo le confirman la complicación				
No menciona	17.0(8)	83.0(39)	100.0(47)	X ² =15.329 p. =.009
Criterio médicos tratantes	35.4(17)	64.6(31)	100.0(48)	
Evidencia médicos tratantes	42.1(8)	57.9(11)	100.0(19)	
Criterio otros médicos	16.7(10)	83.3(50)	100.0(60)	
Evidencia otros médicos	11.7(7)	88.3(53)	100.0(60)	
Otros	18.8(3)	81.3(13)	100.0(16)	
Etapa de manifestación de la complicación				
Manifestación tardía	15.1(23)	84.9(129)	100.0(152)	X ² =9.983 p. =.002
Manifestación temprana	32.3(30)	67.7(63)	100.0(93)	
Total de complicaciones				
Uno	18.5(33)	81.5(145)	100.0(178)	X ² =16.207 p. =.000
Dos	16.0(8)	84.0(42)	100.0(50)	
Tres o más	54.5(12)	45.5(10)	100.0(22)	
Hace referencia a la duración de la cirugía				
Si menciona	37.2(16)	62.8(27)	100.0(43)	X ² =7.967 p. =.005
No menciona	17.9(37)	82.1(170)	100.0(207)	

Ingreso a terapia intensiva
Distribuciones porcentuales

Cuadro 27-2

Ingreso a terapia intensiva	Sí ingresa a terapia intensiva	No ingresa a terapia intensiva	Total	X ² y significancia
Total	21.2(53)	78.8(197)	100.0(250)	
Especialidad médica				
Cirugía general	29.9(23)	70.1(54)	100.0(77)	X ² =4.904 p. =.027
Otra	17.4(30)	82.6(142)	100.0(172)	
Especialidad médica				
Ginecología	20.9(14)	79.1(53)	100.0(67)	X ² =9.473 p. =.024
Cirugía general	29.9(23)	70.1(54)	100.0(77)	
Ortopedia	3.2(1)	96.8(30)	100.0(31)	
Otra	20.3(15)	79.7(59)	100.0(74)	
Quien remite la queja				
Paciente	9.2(11)	90.8(109)	100.0(120)	X ² =20.613 p. =.000
Familiar	33.1(40)	66.9(81)	100.0(121)	

Total de cirugías
Distribuciones porcentuales

Cuadro 28

Total de cirugías	Una	Dos	Tres o más	Total	X ² y significancia
Total	33.2(83)	39.6(99)	27.2(68)	100.0(250)	
Internamiento prolongado					
Sí	27.0(30)	34.2(38)	38.7(43)	100.0(111)	X ² =13.239 p. =.001
No	37.7(52)	44.2(61)	18.1(25)	100.0(138)	
Reinternamiento					
Sí	13.4(16)	52.9(63)	33.6(40)	100.0(119)	X ² =41.049 p. =.000
No	51.5(67)	26.9(35)	21.5(28)	100.0(130)	
Comparación entre molestias previas y posteriores a la complicación					
Molestias similares	20.0(4)	70.0(14)	10.0(2)	100.0(20)	X ² =11.043 p. =.026
Molestias diferentes	35.1(59)	38.1(64)	26.8(45)	100.0(168)	
Iguales y nuevas	28.6(10)	31.4(11)	40.0(14)	100.0(35)	
Total de complicaciones					
Uno	39.9(71)	44.9(80)	15.2(27)	100.0(178)	X ² =53.039 p. =.000
Dos	22.0(11)	28.0(14)	50.0(25)	100.0(50)	
Tres o más	0.0(0)	23.8(5)	76.2(16)	100.0(21)	
Edad del paciente					
De 0 a 18	50.0(9)	11.1(2)	38.9(7)	100.0(18)	X ² =17.029 p. =.009
De 19 a 40	26.7(31)	38.8(45)	34.5(40)	100.0(116)	
De 41 a 64	32.1(25)	47.4(37)	20.5(16)	100.0(78)	
De 65 o más	48.6(17)	37.1(13)	14.3(5)	100.0(35)	
Edad del paciente					
De 0 a 18	50.0(9)	11.1(2)	38.9(7)	100.0(18)	X ² =12.437 p. =.014
De 19 a 64	28.9(56)	42.3(82)	28.9(56)	100.0(194)	
De 65 o más	48.6(17)	37.1(13)	14.3(5)	100.0(35)	

Cirugías no previstas
Distribuciones porcentuales
Cuadro 29

Número de cirugías no planeadas inicialmente	Cero	Una	Dos	Tres o más	Total	X ² y significancia
Total	35.4(87)	39.4(97)	17.5(43)	7.7(19)	100.0(246)	
Ingreso a terapia intensiva						
Sí	35.8(19)	24.5(13)	26.4(14)	13.2(7)	100.0(53)	X ² =9.493 p. = .023
No	34.6(66)	44.0(84)	15.2(7)	6.3(12)	100.0(191)	
Inteprol((49)						
Sí	28.3(30)	35.8(38)	25.5(27)	10.4(11)	100.0(106)	X ² =11.457 p. = .009
No	40.3(56)	42.4(59)	11.5(16)	5.8(8)	100.0(139)	
Reinternamiento						
Sí	13.7(16)	53.0(62)	22.2(26)	11.1(13)	100.0(117)	X ² =47.000 p. = .000
No	55.5(71)	26.6(34)	13.3(17)	4.7(6)	100.0(128)	
Fundamento de la complicación						
Criterio médico	39.8(43)	38.9(42)	13.0(14)	8.3(9)	100.0(108)	X ² =7.962 p. = .047
Evidencia médica	21.5(17)	49.4(39)	21.5(17)	7.6(6)	100.0(79)	

Referencia médica
Distribuciones porcentuales
Cuadro 30

Referencia posterior a la complicación	Sí, Misma institución	Sí, institución diferente	No hay referencia	Total	X ² y significancia
Total	31.3(79)	8.7(22)	59.9(151)	100.0(252)	
Ingreso a terapia intensiva					
Sí	28.3(15)	17.0(9)	54.7(29)	100.0(53)	X ² =6.437 p. = .040
No	32.0(63)	6.1(12)	61.9(122)	100.0(197)	
Internamiento prolongado					
Sí	39.3(44)	11.6(13)	49.1(55)	100.0(112)	X ² =9.626 p. = .008
No	25.2(35)	6.5(9)	68.3(95)	100.0(139)	
Etapas de manifestación de la complicación					
Manifestación tardía	23.7(36)	7.9(12)	68.4(104)	100.0(152)	X ² =12.334 p. = .002
Postop temp	43.2(41)	10.5(10)	46.3(44)	100.0(44)	
Vía de ingreso inicial					
Urgencias	29.1(23)	15.2(12)	55.7(44)	100.0(79)	X ² =6.184 p. = .045
Programado	34.2(55)	5.6(9)	60.2(97)	100.0(161)	
Tipo de institución					
Pública	38.5(62)	4.3(7)	57.1(92)	100.0(161)	X ² =19.366 p. = .000
Privada	17.4(15)	17.4(15)	65.1(56)	100.0(86)	
Tipo de institución					
Seguridad social	40.9(54)	3.0(4)	56.1(74)	100.0(132)	X ² =22.292 p. = .000
Asistencia social	27.6(8)	10.3(3)	62.1(18)	100.0(29)	
Privado	17.4(15)	17.4(15)	65.1(56)	100.0(86)	

Referencia médica
Distribuciones porcentuales
Cuadro 31

Referencia posterior a la complicación	Si hay referencia	No hay referencia	Total	X ² y significancia
Total	40.1(101)	59.9(151)	100.0(252)	
Total de cirugías				
Una	44.6(37)	55.4(46)	100.0(83)	X ² =5.863 p. =.053
Dos	31.3(31)	68.7(68)	100.0(99)	
Tres o más	48.5(33)	51.5(35)	100.0(68)	
Internamiento prolongado				
Sí	50.9(57)	49.1(55)	100.0(112)	X ² =9.546 p. =.002
No	31.7(44)	68.3(95)	100.0(139)	
Etapas de manifestación de la complicación				
Manifestación tardía	31.6(48)	68.4(104)	100.0(152)	X ² =11.895 p. =.001
Manifestación temprana	53.7(51)	46.3(44)	100.0(95)	

Negativa de atención
Distribuciones porcentuales
Cuadro 32

Negativa de atención	Sí	No	Total	X ² y significancia
Total	28.2(71)	71.8(181)	100.0(252)	
Consultas adicionales				
Sí	36.4(55)	63.6(96)	100.0(151)	X ² =12.669 p. =.000
No	15.8(16)	84.2(85)	100.0(101)	
Quién confirma la complicación				
Médicos tratantes	18.8(13)	81.2(56)	100.0(69)	X ² =6.609 p. =.010
Médicos no tratantes	36.7(44)	63.3(76)	100.0(120)	
Fundamento de la complicación				
Criterio médico	21.8(24)	78.2(86)	100.0(110)	X ² =8.691 p. =.003
Evidencia médica	41.8(33)	58.2(46)	100.0(79)	
Quién confirma la complicación				
No menciona	23.4(11)	76.6(36)	100.0(47)	X ² =8.478 p. =.037
Médicos tratantes	18.8(13)	81.2(56)	100.0(69)	
Médicos no tratantes	36.7(44)	63.3(76)	100.0(120)	
Otros	18.8(3)	81.3(13)	100.0(16)	
Fundamento de la complicación				
No menciona	23.4(11)	76.6(36)	100.0(47)	X ² =10.645 p. =.014
Criterio médico	21.8(24)	78.2(86)	100.0(110)	
Evidencia médica	41.8(33)	58.2(46)	100.0(79)	
Otros	18.8(3)	81.3(13)	100.0(16)	
Menciona cómo le confirman la complicación				
No menciona	23.4(11)	76.6(36)	100.0(47)	X ² =14.698 p. =.012
Criterio médicos tratantes	14.0(7)	86.0(43)	100.0(50)	
Evidencia médicos tratantes	31.6(6)	68.4(13)	100.0(19)	
Criterio médicos no tratantes	28.3(17)	71.7(43)	100.0(60)	
Evidencia médicos no tratantes	45.0(27)	55.0(33)	100.0(60)	
Otros	18.8(3)	81.3(13)	100.0(16)	
Quien remite la queja				
Paciente	37.5	62.5	100.0(120)	X ² =8.736 p. =.003
Familiar	20.3	79.7	100.0(123)	
Sexo del quejoso				
Femenino	40.4	59.6	100.0(99)	X ² =7.235 p. =.007
Masculino	20.6	79.4	100.0(68)	

Duplicación de servicios
Distribuciones porcentuales
Cuadro 33-1

Ocurrencia de duplicación	Si hay duplicación	No hay duplicación	Total	X ² y significancia
Total	51.6(129)	48.4(121)	100.0(250)	
Negativa de atención				
Si	64.3(45)	35.7(25)	100.0(70)	X ² =6.265 p. =.012
No	46.7(84)	53.3(96)	100.0(180)	
Referencia médica				
Si	38.6(39)	61.4(62)	100.0(101)	X ² =11.443 p. =.001
No	60.4(90)	39.6(59)	100.0(149)	
Referencia médica				
Misma institución	34.2(27)	65.8(52)	100.0(79)	X ² =14.302 p. =.001
Otra institución	54.5(12)	45.5(10)	100.0(22)	
No	60.4(90)	39.6(59)	100.0(149)	
Total de cirugías				
Una	39.0(32)	61.0(50)	100.0(82)	X ² =8.451 p. =.015
Dos	60.6(60)	39.4(39)	100.0(99)	
Tres o más	52.9(36)	47.1(32)	100.0(68)	
Ingreso a terapia intensiva				
Si	37.7(20)	62.3(33)	100.0(53)	X ² =5.507 p. =.019
No	55.9(109)	44.1(86)	100.0(195)	
Consultas adicionales				
Si	70.9(107)	29.1(44)	100.0(151)	X ² =56.642 p. =.000
No	22.2(22)	77.8(77)	100.0(99)	
Estudios adicionales				
Si menciona	66.3(63)	33.7(32)	100.0(95)	X ² =13.286 p. =.000
No menciona	42.6(66)	57.4(89)	100.0(155)	
Internamiento prolongado				
Si	44.1(49)	55.9(62)	100.0(111)	X ² =4.711 p. =.030
No	58.0(80)	42.0(58)	100.0(138)	
Atención de la complicación				
No amerita atención de urgencia	62.6(67)	37.4(40)	100.0(107)	X ² =17.086 p. =.000
Requiere y se atiende de urgencia	32.9(25)	67.1(51)	100.0(76)	
Requiere y no se atiende de urgencia	59.3(32)	40.7(22)	100.0(54)	
Reinternamiento				
Si	65.5(78)	34.5(41)	100.0(119)	X ² =17.232 p. =.000
No	39.2(51)	60.8(79)	100.0(130)	
Quién confirma la complicación				
Médicos tratantes	18.8(13)	81.2(56)	100.0(69)	X ² =82.233 p. =.000
Médicos no tratantes	85.7(102)	14.3(17)	100.0(119)	
Fundamento de la complicación				
Criterio médico	55.0(60)	45.0(49)	100.0(109)	X ² =4.096 p. =.043
Evidencia médica	69.6(55)	30.4(24)	100.0(79)	
Quién confirma la complicación				
No menciona	23.9(11)	76.1(35)	100.0(46)	X ² =106.136 p. =.000
Médicos tratantes	18.8(13)	81.2(56)	100.0(69)	
Médicos no tratantes	85.7(102)	14.3(17)	100.0(119)	
Otros	18.8(3)	81.3(13)	100.0(16)	
Fundamento de la complicación				
No menciona	23.9(11)	76.1(35)	100.0(46)	X ² =31.823 p. =.000
Criterio médico	55.0(60)	45.0(49)	100.0(109)	
Evidencia médica	69.6(55)	30.4(24)	100.0(79)	
Otros	18.8(3)	81.3(13)	100.0(16)	

Duplicación de servicios
Distribuciones porcentuales
Cuadro 33-2

Ocurrencia de duplicación	Si hay duplicación	No hay duplicación	Total	X ² y significancia
Total	51.6(129)	48.4(121)	100.0(250)	
Menciona cómo le confirman la complicación				
No menciona	23.9(11)	76.1(35)	100.0(46)	X ² =106.277 p = .000
Criterio médicos tratantes	20.0(10)	80.0(40)	100.0(50)	
Evidencia médicos tratantes	15.8(3)	84.2(16)	100.0(19)	
Criterio médicos no tratantes	84.7(50)	15.3(9)	100.0(59)	
Evidencia médicos no tratantes	86.7(52)	13.3(8)	100.0(60)	
Otros	18.8(3)	81.3(13)	100.0(16)	
Menciona cómo le confirman la complicación				
Sí menciona	57.8(118)	42.2(86)	100.0(204)	X ² =17.303 p = .000
No menciona	23.9(11)	76.1(35)	100.0(46)	
Etapas de manifestación de la complicación				
Manifestación tardía	57.9(88)	42.1(64)	100.0(152)	X ² =6.259 p = .012
Postop temp	41.5(39)	58.5(55)	100.0(94)	
Hace referencia a la duración de la cirugía				
Sí menciona	35.6(16)	64.4(29)	100.0(45)	X ² =5.657 p = .017
No menciona	55.1(113)	44.9(92)	100.0(205)	
Tipo de institución				
Pública	46.6	53.4	100.0(161)	X ² =4.008 p = .045
Privada	60.0	40.0	100.0(85)	
Quien remite la queja				
Paciente	58.0	42.0	100.0(119)	X ² =4.014 p = .045
Familiar	45.1	54.9	100.0(122)	

Diferimiento quirúrgico
Distribuciones porcentuales
Cuadro 34

Ocurrencia de diferimiento quirúrgico	Si	No	Total	X ² y significancia
Total	30.6(77)	69.4(175)	100.0(252)	
Negativa de atención				
Sí	42.3(30)	57.7(41)	100.0(71)	X ² =6.375 p = .012
No	26.0(47)	74.0(134)	100.0(181)	
Total de cirugías				
Una	20.5(17)	79.5(66)	100.0(83)	X ² =6.815 p = .033
Dos	32.3(32)	67.7(67)	100.0(99)	
Tres o más	39.7(27)	60.3(41)	100.0(68)	
Urgencia de la complicación				
Requiere y no se atiende de urgencia	47.3(26)	52.7(29)	100.0(55)	X ² =8.379 p = .004
No requiere atención de urgencia	26.6(49)	73.4(135)	100.0(184)	
Atención de la complicación				
No requiere atención de urgencia	26.9(29)	73.1(79)	100.0(108)	X ² =8.385 p = .015
Requiere y se atiende de urgencia	26.3(20)	73.7(56)	100.0(76)	
Requiere y no se atiende de urgencia	47.3(26)	52.7(29)	100.0(55)	
Reinternamiento				
Sí	37.8(45)	62.2(74)	100.0(119)	X ² =5.244 p = .022
No	24.4(32)	75.6(99)	100.0(131)	
Vía de ingreso inicial				
Urgencias	43.0	57.0	100.0(79)	X ² =7.617 p = .006
Programado	25.5	74.5	100.0(161)	
Especialidad médica				
Ginecobstetricia	40.3	59.7	100.0(67)	X ² =3.978 p = .046
Otra	27.2	72.8	100.0(184)	
Edad del paciente				
De 0 a 18	33.3	66.7	100.0(18)	X ² =6.760 p = .034
De 19 a 64	33.2	66.8	100.0(196)	
De 65 o más	11.4	88.6	100.0(35)	

Reinternamiento
Distribuciones porcentuales
Cuadro 35-1

Reingreso	Sí	No	Total	X ² y significancia
Total	47.6(119)	52.4(131)	100.0(250)	
Consultas adicionales				
Sí	58.3(88)	41.7(63)	100.0(151)	X ² =17.432 p. =.000
No	31.3(31)	68.7(68)	100.0(99)	
Total de cirugías				
Una	19.3(16)	80.7(67)	100.0(83)	X ² =41.049 p. =.000
Dos	64.3(63)	35.7(35)	100.0(98)	
Tres o más	58.8(40)	41.2(28)	100.0(68)	
Cirugías no previstas				
Cero	18.4(16)	81.6(71)	100.0(87)	X ² =47.000 p. =.000
Una	64.6(62)	35.4(34)	100.0(96)	
Dos	60.5(26)	39.5(17)	100.0(43)	
Tres o más	68.4(13)	31.6(6)	100.0(19)	
Duplicación de servicios				
Duplica	60.5(78)	39.5(51)	100.0(129)	X ² =17.232 p. =.000
No duplica	34.2(41)	65.8(79)	100.0(120)	
Diferimiento quirúrgico				
Sí	58.4(45)	41.6(32)	100.0(77)	X ² =5.244 p. =.022
No	42.8(74)	57.2(99)	100.0(173)	
Quién confirma la complicación				
Médicos tratantes	35.3(24)	64.7(44)	100.0(68)	X ² =11.009 p. =.001
Médicos no tratantes	60.5(72)	39.5(47)	100.0(119)	
Fundamento de la complicación				
Criterio médico	39.8(43)	60.2(65)	100.0(108)	X ² =13.585 p. =.000
Evidencia médica	67.1(53)	32.9(26)	100.0(79)	
Quién confirma la complicación				
No menciona	44.7(21)	55.3(26)	100.0(47)	X ² =20.137 p. =.000
Médicos tratantes	35.3(24)	64.7(44)	100.0(68)	
Médicos no tratantes	60.5(72)	39.5(47)	100.0(119)	
Otros	12.5(2)	87.5(14)	100.0(16)	
Fundamento de la complicación				
No menciona	44.7(21)	55.3(26)	100.0(47)	X ² =22.718 p. =.000
Criterio médico	39.8(43)	60.2(65)	100.0(108)	
Evidencia médica	67.1(53)	32.9(26)	100.0(79)	
Otros	12.5(2)	87.5(14)	100.0(16)	
Menciona cómo le confirman la complicación				
No menciona	44.7(21)	55.3(26)	100.0(47)	X ² =36.697 p. =.000
Criterio médicos tratantes	20.4(10)	79.6(39)	100.0(49)	
Evidencia médicos tratantes	73.7(14)	26.3(5)	100.0(19)	
Criterio otros médicos	55.9(33)	44.1(26)	100.0(59)	
Evidencia otros médicos	65.0(39)	35.0(21)	100.0(60)	
Otros	12.5(2)	87.5(14)	100.0(16)	
Etapas de manifestación de la complicación				
Manifestación tardía	56.3(85)	43.7(66)	100.0(151)	X ² =11.950 p. =.001
Manifestación temprana	33.7(32)	66.3(63)	100.0(95)	
Total de complicaciones				
Uno	41.0(73)	59.0(105)	100.0(178)	X ² =11.600 p. =.003
Dos	66.0(33)	34.0(17)	100.0(50)	
Tres o más	61.9(13)	38.1(8)	100.0(21)	

Reinternamiento
Distribuciones porcentuales
Cuadro 35-2

Reingreso	Sí	No	Total	X ² y significancia
Total	47.6(119)	52.4(131)	100.0(250)	
Diferencia técnica entre la cirugía programada y la realizada				
Cirugía diferente	25.0(7)	75.0(21)	100.0(28)	X ² =6.665 p. = 010
No hay diferencia	51.0(106)	49.0(102)	100.0(208)	
Hace referencia a la duración de la cirugía				
Sí menciona	33.3(15)	66.7(30)	100.0(45)	X ² =4.478 p. = 034
No menciona	50.7(104)	49.3(101)	100.0(205)	
Diferencia entre cirugía programada y realizada según el paciente				
Cirugía igual	50.9(109)	49.1(105)	100.0(214)	X ² =7.835 p. = 005
Cirugía diferente	20.8(5)	79.2(19)	100.0(24)	

Atención de la complicación
Distribuciones porcentuales
Cuadro 36-1

Urgencia de la complicación	No amerita atención de urgencia	Requiere atención urgente y se atiende como urgencia	Requiere atención urgente y no se atiende como urgencia	Total	X ² y significancia
Total	45.2(108)	31.8(76)	23.0(55)	100.0(239)	
Quién confirma la complicación					
Médicos tratantes	18.5(12)	64.6(42)	16.9(11)	100.0(65)	X ² =41.937 p. = 000
Médicos no tratantes	53.9(62)	17.4(20)	28.7(33)	100.0(115)	
Fundamento de la complicación					
Criterio médico	37.9(39)	42.7(44)	19.4(20)	100.0(103)	X ² =7.892 p. = 019
Evidencia médica	45.5(35)	23.4(18)	31.2(24)	100.0(77)	
Quién confirma la complicación					
No menciona	60.5(26)	23.3(10)	16.3(7)	100.0(43)	X ² =48.791 p. = 000
Médicos tratantes	18.5(12)	64.6(42)	16.9(11)	100.0(65)	
Médicos no tratantes	53.9(62)	17.4(20)	28.7(33)	100.0(115)	
Otros	50.0(8)	25.0(4)	25.0(4)	100.0(16)	
Fundamento de la complicación					
No menciona	60.5(26)	23.3(10)	16.3(7)	100.0(43)	X ² =14.005 p. = 030
Criterio médico	37.9(39)	42.7(44)	19.4(20)	100.0(103)	
Evidencia médica	45.5(35)	23.4(18)	31.2(24)	100.0(77)	
Otro	50.0(8)	25.0(4)	25.0(4)	100.0(16)	
Menciona cómo le confirman la complicación					
No menciona	60.5(26)	23.3(10)	16.3(7)	100.0(43)	X ² =55.029 p. = 000 3-5
Criterio médicos tratantes	23.9(11)	65.2(30)	10.9(5)	100.0(46)	
Evidencia médicos tratantes	5.3(1)	63.2(12)	31.6(6)	100.0(19)	
Criterio médicos no tratantes	49.1(28)	24.6(14)	26.3(15)	100.0(57)	
Evidencia médicos no tratantes	58.6(34)	10.3(6)	31.0(18)	100.0(58)	
Otros	50.0(8)	25.0(4)	25.0(4)	100.0(16)	
Etapas de manifestación de la complicación					
Manifestación tardía	53.1(76)	23.8(34)	23.1(33)	100.0(143)	X ² =12.797 p. = 002
Postop temp	32.3(30)	44.1(41)	23.7(22)	100.0(93)	
Total de complicaciones					
Uno	48.8(82)	25.0(42)	26.2(44)	100.0(168)	X ² =13.788 p. = 008
Dos	42.9(21)	42.9(21)	14.3(7)	100.0(49)	
Tres o más	23.8(5)	57.1(12)	19.0(4)	100.0(21)	

Atención de la complicación
Distribuciones porcentuales
Cuadro 36-2

Complicación que aparentemente requiere atención de urgencia y cómo se atendió (47)	No amerita atención de urgencia	Requiere atención urgente y se atiende como urgencia	Requiere atención urgente y no se atiende como urgencia	Total	X ² y significancia
Total	45.2(108)	31.8(76)	23.0(55)	100.0(239)	
Hace referencia a la duración de la cirugía					
Sí menciona	28.6(12)	45.2(19)	26.2(11)	100.0(42)	X ² =6.231 p. =.044
No menciona	48.7(96)	28.9(57)	22.3(44)	100.0(197)	
Especialidad médica					
Ginecobstetricia	43.3(29)	37.3(25)	19.4(13)	100.0(67)	X ² =13.535 p. =.009
Cirugía general	36.5(27)	33.8(25)	29.7(22)	100.0(74)	
Ortopedia	73.3(22)	13.3(4)	13.3(4)	100.0(30)	
Especialidad médica					
Ginecobstetricia	43.3(29)	37.3(25)	19.4(13)	100.0(67)	X ² =13.585 p. =.035
Cirugía general	36.5(27)	33.8(25)	29.7(22)	100.0(74)	
Ortopedia	73.3(22)	13.3(4)	13.3(4)	100.0(30)	
Otra	44.1(30)	32.4(22)	23.5(16)	100.0(68)	
Quien remite la queja					
Paciente	53.0(61)	23.5(27)	23.5(27)	100.0(115)	X ² =9.068 p. =.011
Familiar	37.1(43)	41.4(48)	21.6(25)	100.0(116)	

Estudios adicionales
Distribuciones porcentuales
Cuadro 37-1

Menciona estudios adicionales	Sí menciona	No menciona	Total	X ² y significancia
Total	37.7(95)	62.3(157)	100.0(252)	
Quién confirma la complicación				
Médicos tratantes	30.4(21)	69.6(48)	100.0(69)	X ² =6.297 p. =.012
Médicos no tratantes	49.2(59)	50.8(61)	100.0(120)	
Fundamento de la complicación				
Criterio médico	36.4(40)	63.6(70)	100.0(110)	X ² =3.835 p. =.050
Evidencia médica	50.6(40)	49.4(39)	100.0(79)	
Quién confirma la complicación				
No menciona	21.3(10)	78.7(37)	100.0(47)	X ² =13.950 p. =.003
Médicos tratantes	30.4(21)	69.6(48)	100.0(69)	
Médicos no tratantes	49.2(59)	50.8(61)	100.0(120)	
Otros	31.3(5)	68.8(11)	100.0(16)	
Fundamento de la complicación				
No menciona	21.3(10)	78.7(37)	100.0(47)	X ² =11.391 p. =.010
Criterio médico	36.4(40)	63.6(70)	100.0(110)	
Evidencia médica	50.6(40)	49.4(39)	100.0(79)	
Otros	31.3(5)	68.8(11)	100.0(16)	
Menciona cómo le confirman la complicación				
No menciona	21.3(10)	78.7(37)	100.0(47)	X ² =16.146 p. =.006
Criterio médicos tratantes	28.0(14)	72.0(36)	100.0(50)	
Evidencia médicos tratantes	36.8(7)	63.2(12)	100.0(19)	
Criterio médicos no tratantes	43.3(26)	56.7(34)	100.0(60)	
Evidencia médicos no tratantes	55.0(33)	45.0(27)	100.0(60)	
Otros	31.3(5)	68.8(11)	100.0(16)	
Menciona cómo le confirman la complicación				
Sí menciona	41.5(85)	58.5(120)	100.0(205)	X ² =6.634 p. =.010
No menciona	21.3(10)	78.7(37)	100.0(47)	

Estudios adicionales
Distribuciones porcentuales
Cuadro 37-2

Menciona estudios adicionales	Si menciona	No menciona	Total	X ² y significancia
Total	37.7(95)	62.3(157)	100.0(252)	
Especialidad médica				
Cirugía general	47.4(37)	52.6(41)	100.0(78)	X ² =4.422 p. =.035
Otra	33.5(58)	66.5(115)	100.0(173)	
Especialidad médica				
Ginecología	41.8(28)	58.2(39)	100.0(67)	X ² =9.246 p. =.026
Cirugía general	47.4(37)	52.6(41)	100.0(78)	
Ortopedia	37.5(12)	62.5(20)	100.0(32)	
Otra	24.3(18)	75.7(56)	100.0(74)	
Nivel de atención				
Segundo	42.9(70)	57.1(93)	100.0(163)	X ² =4.329 p. =.037
Tercero	29.4(25)	70.6(60)	100.0(85)	

Queja previa a la remitida en CONAMED
Distribuciones porcentuales
Cuadro 38

Quejas previas	Sí	No	Total	X ² y significancia
Total	24.6(62)	75.4(190)	100.0(252)	
Tipo de institución				
Pública	31.7	68.3	100.0(161)	X ² =12.116 p. =.000
Privada	11.6	88.4	100.0(86)	
Tipo de institución				
Seguridad social	35.6	64.4	100.0(132)	X ² =18.199 p. =.000
Asistencia social	13.8	86.2	100.0(29)	
Privado	11.6	88.4	100.0(86)	
Sexo del paciente				
Femenino	22.4	77.6	100.0(161)	X ² =3.866 p. =.049
Masculino	34.8	65.2	100.0(69)	

Se realizan medidas sin autorización
Distribuciones porcentuales
Cuadro 39

Realizan medidas sin autorización	Sí	No	Total	X ² y significancia
Total	10.3(26)	89.7(226)	100.0(252)	
Molestia con médicos en formación				
Sí	30.0	70.0	100.0(10)	X ² =4.360 p. =.037
No	9.5	90.5	100.0(242)	
Inconformidad con medidas diagnósticas				
Sí	3.4(2)	96.6	100.0(59)	X ² =3.996 p. =.046
No	12.4	87.6	100.0(193)	
Inconformidad por costos				
Sí menciona	19.0	81.0	100.0(42)	X ² =4.151 p. =.042
No menciona	8.6	91.4	100.0(210)	
Diferimiento quirúrgico				
Sí	3.9(3)	96.1	100.0(77)	X ² =4.941 p. =.026
No	13.1	86.9	100.0(175)	
Diferencia técnica entre la cirugía programada y la realizada				
Cirugía diferente	42.9	57.1	100.0(28)	X ² =37.374 p. =.000
No hay diferencia	5.7	94.3	100.0(209)	
Diferencia entre cirugía programada y realizada según el paciente				
Cirugías iguales	6.0	94.0	100.0(215)	X ² =31.496 p. =.000
Cirugías diferentes	41.7	58.3	100.0(24)	

Menciona el nombre de médicos tratantes posteriores
Distribuciones porcentuales
Cuadro 40

Menciona nombres de médicos no involucrados en la complicación	Si menciona	No menciona	Total	X ² y significancia
Total	25.8(65)	74.2(187)	100.0(252)	
Menciona el nombre del médico tratante inicial				X ² =20.001 p.=.000
Si menciona	35.2	64.8	100.0(159)	
No menciona	9.7	90.3	100.0(93)	
Desacuerdos entre médicos de diferente institución				X ² =4.606 p.=.032
Ninguna	21.2	78.8	100.0(156)	
Por diagnóstico o tratantes	33.3	66.7	100.0(96)	
Inconformidad por la firma de documentos				X ² =4.538 p.=.033
Desacuerdo	50.0	50.0	100.0(14)	
No desacuerdo	24.4	75.6	100.0(238)	
Inconformidad por falta de insumos				X ² =5.013 p.=.031
Falta de insumos	40.0	60.0	100.0(40)	
No falta insumos	23.1	76.9	100.0(212)	
Inconformidad por costos				X ² =5.676 p.=.017
Si	40.5	59.5	100.0(42)	
No	22.9	77.1	100.0(210)	
Total de complicaciones				X ² =14.317 p.=.001
Un evento	23.5	76.5	100.0(179)	
Dos eventos	44.0	56.0	100.0(50)	
Tres o más	4.5(1)	95.5	100.0(22)	
Hace referencia a la duración de la cirugía				X ² =5.776 p.=.016
Si	40.0	60.0	100.0(45)	
No	22.7	77.3	100.0(207)	
Tipo de institución				X ² =9.890 p.=.002
Pública	19.9	80.1	100.0(161)	
Privada	38.4	61.6	100.0(86)	
Tipo de institución				X ² =11.547 p.=.003
Seguridad social	22.0	78.0	100.0(132)	
Asistencia social	10.3(3)	89.7	100.0(29)	
Privado	38.4	61.6	100.0(86)	

Problemas de información
Distribuciones porcentuales

Cuadro 41

Tipo de problemas de información	Expresa problemas de información	El relato refleja problemas de información	No manifiesta problemas de información	Total	X ² y significancia
Total	42.9(108)	9.9(25)	47.2(119)	100.0(252)	
Menciona el nombre del médico tratante inicial					
Sí menciona	51.6	10.1	38.4	100.0(159)	X ² =14.802 p=.001
No menciona	28.0	9.7	62.4	100.0(93)	
Maltrato					
Sí maltrato	63.0	14.8(4)	22.2	100.0(27)	X ² =7.585 p=.023
No maltrato	40.4	9.3	50.2	100.0(225)	
Duplicación de servicios					
Sí duplicación	41.1	4.7	54.3	100.0(129)	X ² =9.893 p=.007
No duplicación	45.5	14.9	39.7	100.0(121)	
Total de cirugías					
Una	55.4	14.5	30.1	100.0(83)	X ² =17.619 p=.001
Dos	34.3	10.1	55.6	100.0(99)	
Tres o más	41.2	2.9(2)	55.9	100.0(68)	
Consultas adicionales					
Sí menciona	43.7	6.0	50.3	100.0(151)	X ² =6.791 p=.034
No menciona	41.6	15.8	42.6	100.0(101)	
Reinternamiento					
Sí reingreso	37.0	5.9	57.1	100.0(119)	X ² =10.063 p=.007
No reingreso	48.9	13.0	38.2	100.0(131)	
Quién confirma la complicación					
No menciona	25.5	21.3	53.2	100.0(47)	X ² =18.230 p=.006
Médicos tratantes	46.4	11.6	42.0	100.0(69)	
Médicos no tratantes	45.0	4.2	50.8	100.0(120)	
Otros	62.5	12.5	25.0	100.0(16)	
Menciona cómo le confirman la complicación					
Sí menciona	46.8	7.3	45.9	100.0(205)	X ² =11.993 p=.002
No menciona	25.5	21.3	53.2	100.0(47)	
Hace referencia a la duración de la cirugía					
Menciona t qx	64.4	15.6	20.0	100.0(45)	X ² =16.307 p=.000
No menciona	38.2	8.7	53.1	100.0(207)	
Tipo de institución					
Pública	36.0	10.6	53.4	100.0(161)	X ² =11.278 p=.004
Privada	58.1	8.1	33.7	100.0(86)	
Tipo de institución					
Seguridad social	36.4	9.8	53.8	100.0(132)	X ² =11.700 p=.020
Asistencia social	34.5	13.8(4)	51.7	100.0(29)	
Privados	58.1	8.1	33.7	100.0(86)	
Edad del paciente					
De 0 a 18	55.6	11.1(2)	33.3	100.0(18)	X ² =10.314 p=.035
De 19 a 64	43.9	7.1	49.0	100.0(196)	
De 65 o más	31.4	22.9	5.7	100.0(35)	
Año					
1997	33.3	13.0	53.7	100.0(108)	X ² =7.445 p=.024
1998	50.0	7.6	42.4	100.0(144)	

Problemas de información
Distribuciones porcentuales
Cuadro 42-1

Tipo de problemas de información	Manifiesta problemas de información	No manifiesta problemas de información	Total	X ² y significancia
Total	52.8 (133)	47.2(119)	100.0(252)	
Menciona el nombre del médico tratante inicial				X ² =13.562 p.=.000
Sí menciona	61.6	38.4	100.0(159)	
No menciona	37.6	62.4	100.0(93)	
Maltrato				X ² =7.583 p.=.006
Sí maltrato	77.8	22.2	100.0(27)	
No maltrato	49.8	50.2	100.0(225)	
Duplicación de servicios				X ² =5.336 p.=.021
Sí duplicación	45.7	54.3	100.0(129)	
No duplicación	60.3	39.7	100.0(121)	
Cirugías no previstas				X ² =9.357 p.=.025
Cero	65.5	34.5	100.0(87)	
Una	44.3	55.7	100.0(97)	
Dos	51.2	48.8	100.0(43)	
Tres o más	42.1	57.9	100.0(19)	
Total de cirugías				X ² =14.545 p.=.001
Una	69.9	30.1	100.0(83)	
Dos	44.4	55.6	100.0(99)	
Tres o más	44.1	55.9	100.0(68)	
Ingreso a terapia intensiva(52)				X ² =3.724 p.=.054
Sí	64.2	35.8	100.0(53)	
No	49.2	50.8	100.0(197)	
Reinternamiento				X ² =9.009 p.=.003
Sí reingreso	42.9	57.1	100.0(119)	
No reingreso	61.8	38.2	100.0(131)	
Hace referencia a la duración de la cirugía				X ² =16.289 p.=.000
Sí	80.0	20.0	100.0(45)	
No	46.9	53.1	100.0(207)	
Mención de estudios prequirúrgicos				X ² =4.320 p.=.038
Sí menciona	63.0	37.0	100.0(73)	
No menciona	48.6	51.4	100.0(179)	
Especialidad médica				X ² =9.248 p.=.026
Ginecobstetricia	43.3	56.7	100.0(67)	
Cirugia general	56.4	43.6	100.0(78)	
Ortopedia	37.5	62.5	100.0(32)	
Otra	63.5	36.5	100.0(74)	
Tipo de institución				X ² =8.739 p.=.003
Pública	46.6	53.4	100.0(161)	
Privada	66.3	33.7	100.0(86)	
Tipo de institución				X ² =8.780 p.=.012
Seguridad social	46.2	53.8	100.0(132)	
Asistencia social	48.3	51.7	100.0(29)	
Privado	6.3	33.7	100.0(86)	

El quejoso expresa problemas de información
Distribuciones porcentuales

Cuadro 43

Expresa problemas de información	Sí	No	Total	X ² y significancia
Total	42.9(108)	57.1(144)	100.0(252)	
Menciona el nombre del médico tratante inicial				X ² =13.362 p.=.000
Sí menciona	51.6	48.4	100.0(159)	
No menciona	28.0	72.0	100.0(93)	
Maltrato				X ² =4.992 p.=.025
Sí maltrato	63.0	37.0	100.0(27)	
No maltrato	40.4	59.6	100.0(225)	
Total de cirugías				X ² =8.331 p.=.016
Una	55.4	44.6	100.0(83)	
Dos	34.3	65.7	100.0(99)	
Tres o más	41.2	58.8	100.0(68)	
Ingreso a terapia intensiva (52)				X ² =4.178 p.=.041
Sí	54.7	45.3	100.0(53)	
No	39.1	60.9	100.0(197)	
Quién confirma la complicación				X ² =8.856 p.=.031
No menciona	25.5	74.5	100.0(47)	
Médicos tratantes	46.4	53.6	100.0(69)	
Médicos no tratantes	45.0	55.0	100.0(120)	
Otros	62.5	37.5	100.0(16)	
Fundamento de la complicación				X ² =8.822 p.=.032
No menciona	25.5	74.5	100.0(47)	
Criterio médico	45.5	54.5	100.0(110)	
Evidencia médica	45.6	54.4	100.0(79)	
Otro	62.5	37.5	100.0(16)	
Menciona cómo le confirman la complicación				X ² =7.081 p.=.008
Sí menciona	46.8	53.2	100.0(205)	
No menciona	25.5	74.5	100.0(47)	
Hace referencia a la duración de la cirugía				X ² =10.424 p.=.001
Sí	64.4	35.6	100.0(45)	
No	38.2	61.8	100.0(207)	
Tipo de institución				X ² =11.142 p.=.001
Pública	36.0	64.0	100.0(161)	
Privada	58.1	41.9	100.0(86)	
Tipo de institución				X ² =11.176 p.=.004
Seguridad social	36.4	63.6	100.0(132)	
Asistencia social	34.5	65.5	100.0(29)	
Privado	58.1	41.9	100.0(86)	
Año				X ² =7.000 p.=.008
1997	33.3	66.7	100.0(108)	
1998	50.0	50.0	100.0(144)	

Inconformidad con medidas diagnósticas

Distribuciones porcentuales

Cuadro 44

Inconformidad con medidas diagnósticas	Sí	No	Total	X ² y significancia
Total	23.4(59)	76.6(193)	100.0(252)	
Minimización				
Sí	35.0	65.0	100.0(100)	X ² =12.414 p.=.000
No	15.8	84.2	100.0(152)	
Se realizan medidas sin autorización				
Sí	7.7	92.3	100.0(26)	X ² =3.996 p.=.046
No	25.2	74.8	100.0(226)	
Inconformidad con diagnósticos				
Sí menciona	37.4	62.6	100.0(91)	X ² =15.458 p.=.000
No menciona	15.1	85.4	100.0(161)	
Inconformidad por la firma de documentos				
Desacuerdo	50.0	50.0	100.0(14)	X ² =5.844 p.=.016
No desacuerdo	21.8	78.2	100.0(238)	
Diferimiento quirúrgico				
Sí difieren	40.3	59.7	100.0(77)	X ² =17.551 p.=.000
No difieren	16.0	84.0	100.0(175)	
Negativa de atención				
Niegan atención	33.8	66.2	100.0(71)	X ² =5.951 p.=.015
No niegan aten	19.3	80.7	100.0(181)	
Estudios adicionales				
Sí menciona	35.8	64.2	100.0(95)	X ² =13.027 p.=.000
No menciona	15.9	84.1	100.0(157)	
Urgencia de la complicación				
Requiere y no se atiende de urgencia	36.4	63.6	100.0(55)	X ² =5.687 p.=.017
No requiere atención de urgencia	20.7	79.3	100.0(184)	
Atención de la complicación				
No amerita atención de urgencia	22.2	77.8	100.0(108)	X ² =6.038 p.=.049
Requiere y se atiende de urgencia	18.4	81.6	100.0(76)	
Requiere y no se atiende de urgencia	36.4	63.6	100.0(55)	
Total de complicaciones				
Uno	26.3	73.7	100.0(179)	X ² =6.049 p.=.049
Dos	10.0	90.0	100.0(50)	
Tres o más	27.3	72.7	100.0(22)	
Mención de estudios prequirúrgicos				
Sí menciona	34.2	65.8	100.0(73)	X ² =6.727 p.=.009
No menciona	19.0	81.0	100.0(179)	

Inconformidad con diagnósticos
Distribuciones porcentuales
Cuadro 45-1

Inconformidad con diagnósticos (90)	Sí	No	Total	X ² y significancia
Total	23.4(59)	76.6(193)	100.0(252)	
Inconformidad con medidas diagnósticas				
Sí	57.6	42.4	100.0(59)	X ² =15.458 p.=.000
No	29.5	70.5	100.0(193)	
Minimización				
Sí	51.0	49.0	100.0(100)	X ² =15.930 p.=.000
No	26.3	73.7	100.0(152)	
Inconformidad con el alta				
Inconforme	50.6	49.4	100.0(77)	X ² =10.158 p.=.001
No inconforme	29.7	70.3	100.0(175)	
Desacuerdos entre médicos de diferente institución				
Ninguna	23.1	76.9	100.0(156)	X ² =30.155 p.=.000
Por diagnóstico o tratantes	57.3	42.7	100.0(96)	
Niegan la entrega de documentos				
Sí	66.7	33.3	100.0(12)	X ² =5.099 p.=.024
No	34.6	65.4	100.0(240)	
Diferimiento quirúrgico				
Sí	46.8	53.2	100.0(77)	X ² =5.443 p.=.020
No	31.4	68.6	100.0(175)	
Duplicación de servicios				
Hay duplicación	46.5	53.5	100.0(129)	X ² =12.782 p.=.000
No duplicación	24.8	75.2	100.0(121)	
Negativa de atención				
Mención negativa	60.6	39.4	100.0(71)	X ² =25.618 p.=.000
No hay negativa	26.5	73.5	100.0(181)	
Consultas adicionales				
Sí	47.0	53.0	100.0(151)	X ² =19.433 p.=.000
No	19.8	80.2	100.0(101)	
Estudios adicionales				
Sí	46.3	53.7	100.0(95)	X ² =6.883 p.=.009
No	29.9	70.1	100.0(157)	
Internamiento prolongado				
Sí	28.6	71.4	100.0(112)	X ² =5.166 p.=.023
No	42.4	57.6	100.0(139)	
Atención de la complicación				
No amerita urgente	40.7	59.3	100.0(108)	X ² =6.035 p.=.049
Requiere y se atiende de urgencia	26.3	73.7	100.0(76)	
Requiere y no se atiende de urgencia	45.5	54.5	100.0(55)	
Quién confirma la complicación				
Médicos tratantes	24.6	75.4	100.0(69)	X ² =10.964 p.=.001
Médicos no tratantes	49.2	50.8	100.0(120)	
Quién confirma la complicación				
Médicos tratantes	24.6	75.4	100.0(69)	X ² =10.964 p.=.001
Médicos no tratantes	49.2	50.8	100.0(120)	
Quién confirma la complicación				
Médicos tratantes	24.6	75.4	100.0(69)	X ² =10.964 p.=.001
Médicos no tratantes	49.2	50.8	100.0(120)	

Inconformidad con diagnósticos

Distribuciones porcentuales

Cuadro 45-2

Inconformidad con diagnósticos (90)	Sí	No	Total	X ² y significancia
Total	23.4(59)	76.6(193)	100.0(252)	
Quién confirma la complicación				
Médicos tratantes	24.6	75.4	100.0(69)	X ² =10.964 p.=.001
Médicos no tratantes	49.2	50.8	100.0(120)	
Fundamento de la complicación				
Criterio médico	33.6	66.4	100.0(110)	X ² =4.732 p.=.030
Evidencia médica	49.4	50.6	100.0(79)	
Quién confirma la complicación				
No menciona	21.3	78.7	100.0(47)	X ² =17.450 p.=.001
Médicos tratantes	24.6	75.4	100.0(69)	
Médicos no tratantes	49.2	50.8	100.0(120)	
Otros	31.3	68.8	100.0(16)	
Fundamento de la complicación				
No menciona	21.3	78.7	100.0(47)	X ² =10.956 p.=.012
Criterio médico	33.6	66.4	100.0(110)	
Evidencia médica	49.4	50.6	100.0(79)	
Otros	31.3	68.8	100.0(16)	
Menciona cómo le confirman la complicación				
No menciona	21.3	78.7	100.0(47)	X ² =21.242 p.=.001
Criterio médicos tratantes	18.0	82.0	100.0(50)	
Evidencia médicos tratantes	42.1	57.9	100.0(19)	
Criterio otros médicos	46.7	53.3	100.0(60)	
Evidencia otros médicos	51.7	48.3	100.0(60)	
Otros	31.3	68.8	100.0(16)	
Menciona cómo le confirman la complicación				
Si menciona	39.5	60.5	100.0(205)	X ² =5.511 p.=.019
No menciona	21.3	78.7	100.0(47)	
Comparación entre molestias previas y posteriores a la complicación				
Molestias similares	60.0	40.0	100.0(20)	X ² =7.545 p.=.023
Molestias diferentes	32.0	68.0	100.0(169)	
Iguals y nuevas	45.7	54.3	100.0(35)	
Edad del paciente				
De 0 a 18	11.1(2)	88.9	100.0(18)	X ² =6.610 p.=.037
De 19 a 64	39.3	60.7	100.0(196)	
De 65 o más	28.6	71.4	100.0(35)	
Quien remite la queja				
Paciente	45.0	55.0	100.0(120)	X ² =8.726 p.=.003
Familiar	26.8	73.2	100.0(123)	
Sexo del quejoso				
Femenino	48.5	51.5	100.0(99)	X ² =11.983 p.=.001
Masculino	22.1	77.9	100.0(68)	
Año				
1997	26.9	73.1	100.0(108)	X ² =7.023 p.=.008
1998	43.1	56.9	100.0(144)	

Inconformidad con el alta
Distribuciones porcentuales
Cuadro 46-1

Inconformidad con el alta	Menciona inconformidad	No menciona inconformidad	Total	X ² y significancia
Total	30.6(77)	64.9(175)	100.0(252)	
Inconformidad con el tratamiento				
Sí manifiesta	24.7	75.3	100.0(158)	X ² =6.883 p.=.009
No manifiesta	40.4	59.6	100.0(94)	
Inconformidad con diagnósticos				
Inconforme	42.9	57.1	100.0(91)	X ² =10.158 p.=.001
No inconforme	23.6	76.4	100.0(161)	
Minimización				
Sí	41.0	59.0	100.0(100)	X ² =8.523 p.=.004
No	23.7	76.3	100.0(152)	
Desacuerdos entre médicos de diferente institución				
Ninguna	23.1	76.9	100.0(156)	X ² =10.794 p.=.001
Por diagnóstico o tratamiento	42.7	57.3	100.0(96)	
Inconformidad por falta de insumos				
Falta insumos	15.0	85.0	100.0(40)	X ² =5.422 p.=.020
No falta insumos	33.5	66.5	100.0(212)	
Duplicación de servicios				
Hay duplicación	36.4	63.6	100.0(129)	X ² =4.587 p.=.032
No duplicación	24.0	76.0	100.0(121)	
Negativa de atención				
Sí	54.9	45.1	100.0(71)	X ² =27.676 p.=.000
No	21.0	79.0	100.0(181)	
Queja previa a la remitida en CONAMED				
Sí menciona	40.3	59.7	100.0(62)	X ² =3.697 p.=.055
No menciona	27.4	72.6	100.0(190)	
Referencia médica				
Hay referencia	23.8	76.2	100.0(101)	X ² =3.666 p.=.056
No hay referencia	35.1	64.9	100.0(151)	
Ingreso a terapia intensiva(52)				
Sí	13.2	86.8	100.0(53)	X ² =9.767 p.=.002
No	35.5	64.5	100.0(197)	
Consultas adicionales				
Sí	37.7	62.3	100.0(151)	X ² =9.186 p.=.002
No	19.8	80.2	100.0(101)	
Reinternamiento				
Hubo reingreso	41.2	58.8	100.0(119)	X ² =11.473 p.=.001
No reingreso	21.4	78.6	100.0(131)	
Quién confirma la complicación				
Médicos tratantes	18.8	81.2	100.0(69)	X ² =8.353 p.=.004
Médicos no tratantes	39.2	60.8	100.0(120)	
Fundamento de la complicación				
Criterio médico	22.7	77.3	100.0(110)	X ² =9.879 p.=.002
Evidencia médica	44.3	55.7	100.0(79)	
Quién confirma la complicación				
No menciona	27.7	72.3	100.0(47)	X ² =9.075 p.=.028
Médicos tratantes	18.8	81.2	100.0(69)	
Médicos no tratantes	39.2	60.8	100.0(120)	
Otros	25.0(4)	75.0	100.0(16)	

Inconformidad con el alta
Distribuciones porcentuales
Cuadro 46-2

Inconformidad con el alta	Menciona inconformidad	No menciona inconformidad	Total	X ² y significancia
Total	30.6(77)	64.9(175)	100.0(252)	
Fundamento de la complicación				
No menciona	27.7	72.3	100.0(47)	X ² =10.632 p=.014
Criterio médico	22.7	77.3	100.0(110)	
Evidencia médica	44.3	55.7	100.0(79)	
Otros	25.0(4)	75.0	100.0(16)	
Menciona cómo le confirman la complicación				
No menciona	27.7	72.3	100.0(47)	X ² =16.260 p=.006
Criterio médicos tratantes	12.0	88.0	100.0(50)	
Evidencia médicos tratantes	36.8	63.2	100.0(19)	
Criterio médicos no tratantes	31.7	68.3	100.0(60)	
Evidencia médicos no tratantes	46.7	53.3	100.0(60)	
Otros	25.0(4)	75.0	100.0(16)	
Quien remite la queja				
Paciente	40.0	60.0	100.0(120)	X ² =11.188 p=.001
Familiar	20.3	79.7	100.0(123)	

Maltrato
Distribuciones porcentuales
Cuadro 47

Menciona malas formas	Si	No	Total	X ² y significancia
Total	10.7(27)	89.3(225)	100.0(252)	
Expresa problemas de información				
Si	15.7	84.3	100.0(108)	X ² =4.992 p=.025
No	6.9	93.1	100.0(144)	
Manifiesta problemas de información				
Si	15.8	84.2	100.0(133)	X ² =7.583 p=.006
No	5.0	95.0	100.0(119)	
Problemas de información				
Expresa	15.7	84.3	100.0(108)	X ² =7.585 p=.023
Refleja	16.0	84.0	100.0(25)	
No Manifiesta	5.0(4)	95.0	100.0(119)	
Diferimiento quirúrgico				
Si difieren	16.9	83.1	100.0(77)	X ² =4.411 p=.036
No difieren	8.0	92.0	100.0(175)	
Nivel de atención				
Segundo nivel	7.4	92.6	100.0(163)	X ² =6.091 p=.014
Tercer nivel	17.6	82.4	100.0(85)	
Edad del paciente				
De 0 a 18	16.7(3)	83.3	100.0(18)	X ² =7.543 p=.056
De 19 a 40	6.0	94.0	100.0(117)	
De 41 a 64	17.7	82.3	100.0(79)	
De 65 o más	8.6(3)	91.4	100.0(35)	
Sexo del quejoso				
Femenino	16.2	83.8	100.0(99)	X ² =4.041 p=.044
Masculino	5.9(4)	94.1	100.0(68)	

Desacuerdos entre médicos de diferente institución
Distribuciones porcentuales
Cuadro 48-1

Diferencias entre médicos de diferente institución	Ninguna	Por diagnóstico o tratamiento	Total	X ² y significancia
Total	61.9(156)	38.1(96)	100.0(252)	
Desacuerdos entre médicos de la misma institución				
Sí	77.8	22.2	100.0(36)	X ² =4.487 p=.041
No	59.3	40.7	100.0(216)	
Inconformidad con el alta				
Sí	46.8	53.2	100.0(77)	X ² =10.794 p=.001
No	68.6	31.4	100.0(175)	
Inconformidad con diagnósticos				
Sí	39.6	60.4	100.0(91)	X ² =30.155 p=.000
No	74.5	25.5	100.0(161)	
Minimización				
Sí menciona	54.0	46.0	100.0(100)	X ² =4.393 p=.036
No menciona	67.1	32.9	100.0(152)	
Menciona el nombre de médicos tratantes posteriores				
Sí menciona	50.8	49.2	100.0(65)	X ² =4.606 p=.038
No menciona	65.8	34.2	100.0(187)	
Niegan la entrega de documentos				
Niegan doctos	33.3(4)	66.7	100.0(12)	X ² =4.362 p=.037
No niegan doctos	63.3	36.7	100.0(240)	
Inconformidad por la firma de documentos				
Desacuerdo	35.7	64.3	100.0(14)	X ² =4.312 p=.038
No desacuerdo	63.4	36.6	100.0(238)	
Duplicación de servicios				
Hubo duplicación	30.2	68.9	100.0(129)	X ² =114.165 p=.000
No duplicación	95.9	4.1	100.0(121)	
Negativa de atención				
Sí	49.3	50.7	100.0(71)	X ² =6.664 p=.010
No	66.9	33.1	100.0(181)	
Referencia médica				
Sí	74.3	25.7	100.0(101)	X ² =10.906 p=.001
No	53.6	46.4	100.0(151)	
Referencia médica				
Sí, en la misma institución	75.9	24.1	100.0(79)	X ² =11.346 p=.003
Sí, en diferente institución	68.2	31.8	100.0(22)	
No hay referencia	53.6	46.4	100.0(151)	
Total de cirugías				
Una cirugía	72.3	27.7	100.0(83)	X ² =6.742 p=.034
Dos cirugías	53.5	46.5	100.0(99)	
Tres o más	61.8	38.2	100.0(68)	
Ingreso a terapia intensiva				
Sí	75.5	24.5	100.0(53)	X ² =5.471 p=.019
No	57.9	42.1	100.0(197)	
Consultas adicionales				
Sí	46.6	53.6	100.0(151)	X ² =38.616 p=.000
No	85.1	14.9	100.0(101)	
Estudios adicionales				
Sí menciona	50.5	49.5	100.0(95)	X ² =8.371 p=.004
No menciona	68.8	31.2	100.0(157)	

Desacuerdos entre médicos de diferente institución

Distribuciones porcentuales

Cuadro 48-2

Diferencias entre médicos de diferente institución	Ninguna	Por diagnóstico o tratamiento	Total	X ² y significancia
Internamiento prolongado				
Si	69.6	30.4	100.0(112)	X ² =5.330 p.=.021
No	55.4	44.6	100.0(139)	
Urgencia de la complicación				
Requiere y no se atiende de urgencia	49.1	50.9	100.0(55)	X ² =4.651 p.=.031
No requiere atención de urgencia	65.2	34.8	100.0(184)	
Atención de la complicación				
No requiere atención de urgencia	55.6	44.4	100.0(108)	X ² =14.961 p.=.001
Requiere y se atiende de urgencia	78.9	21.1	100.0(76)	
Requiere y no se atiende de urgencia	49.1	50.9	100.0(55)	
Reinternamiento				
Si reingreso	51.3	48.7	100.0(119)	X ² =11.118 p.=.001
No reingreso	71.8	28.2	100.0(131)	
Quién confirma la complicación				
Médicos tratantes	97.1	2.9(2)	100.0(69)	X ² =91.163 p.=.000
Médicos no tratantes	25.0	75.0	100.0(120)	
Menciona cómo le confirman la complicación				
Si menciona	54.1	45.9	100.0(205)	X ² =28.055 p.=.000
No menciona	95.7	4.3(2)	100.0(47)	
Etapas de manifestación de la complicación				
Tardía	57.2	42.8	100.0(152)	X ² =4.398 p.=.036
Temprana	70.5	29.5	100.0(95)	

Niegan la entrega de documentos

Distribuciones porcentuales

Cuadro 49

Niegan la entrega de documentos (101)	Niegan la entrega	No niegan la entrega	Total	X ² y significancia
Total	4.8(12)	95.2(240)	100.0(252)	
Desacuerdos entre médicos de diferente institución				
No hay diferencia	2.6(4)	97.4	100.0(156)	X ² =4.362 p.=.037
Diferencia por diagnóstico o tratamiento	8.3	91.7	100.0(96)	
Inconformidad con diagnósticos				
Si	8.8	91.2	100.0(91)	X ² =5.099 p.=.024
No	2.5(4)	97.5	100.0(161)	
Etapas de manifestación de la complicación				
Tardía	2.6(4)	97.4	100.0(152)	X ² =4.239 p.=.039
Temprana	8.4	91.6	100.0(95)	

Inconformidad por la firma de documentos
Distribuciones porcentuales
Cuadro 50

Desacuerdo por la firma de documentos	Si expresa desacuerdo	No expresa desacuerdo	Total	X ² y significancia
Total	5.6(14)	94.4(238)	100.0(252)	
Desacuerdos entre médicos de diferente institución	3.2	96.8	100.0(156)	X ² =4.312 p.=.038
No hay diferencia	9.4	90.6	100.0(96)	
Diferencia por diagnóstico o tratamiento				
Inconformidad con medidas diagnósticas				X ² =5.844 p.=.016
Sí	11.9	88.1	100.0(59)	
No	3.6	96.4	100.0(193)	
Menciona el nombre de médicos tratantes posteriores	10.8	89.2	100.0(65)	X ² =4.538 p.=.033
Si menciona	3.7	96.3	100.0(187)	
No menciona				
Inconformidad por costos				
Desacuerdo	16.7	83.3	100.0(42)	X ² =11.859 p.=.001
Sin desacuerdo	3.3	96.7	100.0(210)	
Queja previa a la remitida en CONAMED				
Si menciona	14.5	85.5	100.0(62)	X ² =12.584 p.=.000
No menciona	2.6	97.4	100.0(190)	
Referencia médica				
Misma institución	2.5(2)	97.5	100.0(79)	X ² =13.984 p.=.001
Otra institución	22.7	77.3	100.0(22)	
No	4.6	95.4	100.0(151)	
Etapas de manifestación de la complicación				
Tardía	2.0(3)	98.0	100.0(152)	X ² =10.088 p.=.001
Temprana	11.6	88.4	100.0(95)	
Nivel de atención				
Segundo nivel	8.0	92.0	100.0(163)	X ² =7.154 p.=.007
Tercer nivel	0.0(0)	100.0	100.0(85)	

Inconformidad por falta de insumos
Distribuciones porcentuales
Cuadro 51-1

Falta de Inconformidad por falta de insumos	Faltan insumos	No faltan insumos	Total	X ² y significancia
Total	15.9(40)	84.1(212)	100.0(252)	
Inconformidad con el alta				
Sí	7.8	92.2	100.0(77)	X ² =5.422 p.=.020
No	19.4	80.6	100.0(175)	
Menciona el nombre de médicos tratantes posteriores	24.6	75.4	100.0(65)	X ² =5.013 p.=.025
Nombra otros médicos	12.8	87.2	100.0(187)	
No nombra otro				
Condiciones insalubres				
Si menciona	47.1	52.9	100.0(17)	X ² =13.277 p.=.000
No menciona	13.6	86.4	100.0(235)	
Inconformidad por costos				
En desacuerdo	33.3	66.7	100.0(42)	X ² =11.506 p.=.001
Sin desacuerdo	12.4	87.6	100.0(210)	
Diferimiento quirúrgico				
Si difieren	24.7	75.3	100.0(77)	X ² =6.434 p.=.011
No difieren	12.0	88.0	100.0(175)	
Referencia médica				
Misma institución	13.9	86.1	100.0(79)	X ² =7.579 p.=.023
Otra institución	36.4	63.6	100.0(22)	
No	13.9	86.1	100.0(151)	

Inconformidad por falta de insumos
Distribuciones porcentuales
Cuadro 51-2

Falta de Inconformidad por falta de insumos	Faltan insumos	No faltan insumos	Total	X ² y significancia
Total	15.9(40)	84.1(212)	100.0(252)	
Cirugías no previstas				
Cero	20.7	79.3	100.0(87)	X ² =14.626 p=.002
Una cirugía	10.3	89.7	100.0(97)	
Dos cirugías	9.3(4)	90.7	100.0(43)	
Tres o más	42.1	57.9	100.0(19)	
Total de cirugías				
Una cirugía	22.9	77.1	100.0(83)	X ² =6.587 p=.037
Dos cirugías	9.1	90.9	100.0(99)	
Tres o más	17.6	82.4	100.0(68)	
Ingreso a terapia intensiva				
Sí	35.8	64.2	100.0(53)	X ² =19.717 p=.000
No	10.7	89.3	100.0(197)	
Consultas adicionales				
Sí menciona	11.3	88.7	100.0(151)	X ² =6.008 p=.014
No menciona	22.8	77.2	100.0(101)	
Atención de la complicación				
No requiere atención de urgencia	10.2	89.8	100.0(108)	X ² =13.030 p=.001
Requiere y se atiende de urgencia	28.9	71.1	100.0(76)	
Requiere y no se atiende de urgencia	10.9	89.1	100.0(55)	
Quién confirma la complicación				
Médicos tratantes	24.6	75.4	100.0(69)	X ² =6.252 p=.012
Médicos no tratantes	10.8	89.2	100.0(120)	
Quién confirma la complicación				
No menciona	19.1	80.9	100.0(47)	X ² =7.739 p=.052
Médicos tratantes	24.6	75.4	100.0(69)	
Médicos no tratantes	10.8	89.2	100.0(120)	
Otros	6.3(1)	93.8	100.0(16)	
Menciona cómo le confirman la complicación				
No menciona	19.1	80.9	100.0(47)	X ² =11.711 p=.039
Criterio médicos tratantes	30.0	70.0	100.0(50)	
Evidencia médicos tratantes	10.5(2)	89.5	100.0(19)	
Criterio médicos no tratantes	10.0	90.0	100.0(60)	
Evidencia médicos no tratantes	11.7	88.3	100.0(60)	
Otros	6.3(1)	93.8	100.0(16)	
Etapa de manifestación de la complicación				
Tardía	11.2	88.8	100.0(152)	X ² =5.356 p=.021
Temprana	22.1	77.9	100.0(95)	

Condiciones insalubres
Distribuciones porcentuales
Cuadro 52

Condiciones insalubres	Sí menciona	No menciona	Total	X ² y significancia
Total	6.7(17)	93.3(235)	100.0(252)	
Inconformidad por falta de insumos				
Falta de insumos	20.0	80.0	100.0(40)	X ² =13.277 p=.000
No falta insumos	4.2	95.8	100.0(212)	
Internamiento prolongado				
Sí	10.7	89.3	100.0(112)	X ² =4.976 p=.026
No	3.6	96.4	100.0(139)	
Quien remite la queja				
Paciente	2.5(3)	97.5	100.0(120)	X ² =7.365 p=.007
Familiar	11.4	88.6	100.0(123)	

Inconformidad por costos
Distribuciones porcentuales
Cuadro 53

Desacuerdo con costos	Si menciona	No menciona	Total	X ² y significancia
Total	16.7(42)	83.3(210)	100.0(252)	
Inconformidad por falta de insumos				
Falta de insumos	35.0	65.0	100.0(40)	X ² =11.506 p.=.001
No falta insumos	13.2	86.8	100.0(212)	
Inconformidad por la firma de documentos				
Desacuerdo	50.0	50.0	100.0(14)	X ² =11.859 p.=.001
No desacuerdo	14.7	85.3	100.0(238)	
Menciona el nombre de médicos tratantes posteriores				
Menciona otros	26.2	73.8	100.0(65)	X ² =5.676 p.=.017
No menciona otro	13.4	86.6	100.0(187)	
Se realizan medidas sin autorización				
Si	30.8	69.2	100.0(26)	X ² =4.151 p.=.042
No	15.0	85.0	100.0(226)	
Duplicación de servicios				
Si duplican	20.9	79.1	100.0(129)	X ² =3.990 p.=.046
No duplican	11.6	88.4	100.0(121)	
Fundamento de la complicación				
Criterio médico	10.0	90.0	100.0(110)	X ² =10.163 p.=.001
Evidencia médica	27.8	72.2	100.0(79)	
Fundamento de la complicación				
No menciona	14.9	85.1	100.0(47)	X ² =10.938 p.=.012
Criterio médico	10.0	90.0	100.0(110)	
Evidencia médica	27.8	72.2	100.0(79)	
Otros	12.5(2)	87.5	100.0(16)	
Hace referencia a la duración de la cirugía				
Si	28.9	71.1	100.0(45)	X ² =5.892 p.=.015
No	14.0	86.0	100.0(207)	
Tipo de institución				
Seguridad social	10.6	89.4	100.0(132)	X ² =7.828 p.=.020
Asistencia social	27.6	72.4	100.0(29)	
Privado	22.1	77.9	100.0(86)	

Molestia con médicos en formación
Distribuciones porcentuales
Cuadro 54

Molestia por médicos en formación	Si manifiesta	No manifiesta	Total	X ² y significancia
Total	4.0(10)	96.0(242)	100.0(252)	
Se realizan medidas sin autorización				
Si	11.5(3)	88.5	100.0(26)	X ² =4.360 p.=.037
No	3.1	96.9	100.0(226)	
Consultas adicionales				
Sí menciona	2.0(3)	98.0	100.0(151)	X ² =3.882 p.=.049
No menciona	6.9	93.1	100.0(101)	

Menciona el nombre del médico tratante inicial
Distribuciones porcentuales

Cuadro 55

Menciona el nombre de los médicos involucrados con la complicación	Sí menciona	No menciona	Total	X ² y significancia
Total	63.1(159)	36.9(93)	100.0(252)	
Menciona el nombre de médicos tratantes posteriores				X ² =20.001 p.=.000
Menciona otro	86.2	13.8	100.0(65)	
No menciona otro	55.1	44.9	100.0(187)	
Problemas de información				X ² =14.802 p.=.001
Expresa	75.9	24.1	100.0(108)	
Refleja	64.0	36.0	100.0(25)	
No manifiesta	51.3	48.7	100.0(119)	
Problemas de información				X ² =13.562 p.=.000
Manifiesta	73.7	26.3	100.0(133)	
No manifiesta	51.3	48.7	100.0(119)	
Expresa problemas de información				X ² =13.362 p.=.000
Sí	75.9	24.1	100.0(108)	
No	53.5	46.5	100.0(144)	
Referencia médica				X ² =5.908 p.=.052
Misma institución	63.3	36.7	100.0(79)	
Otra institución	86.4	13.6(3)	100.0(22)	
No menciona	59.6	40.4	100.0(151)	
Hace referencia a la duración de la cirugía				X ² =18.466 p.=.000
Menciona tiempo	91.1	8.9(4)	100.0(45)	
No menciona	57.0	43.0	100.0(207)	
Vía de ingreso inicial				X ² =8.284 p.=.004
Urgencias	51.9	48.1	100.0(79)	
Programado	70.8	29.2	100.0(161)	
Especialidad médica				X ² =7.349 p.=.007
Ginecobstetricia	49.3	50.7	100.0(67)	
Otra	69.7	32.1	100.0(184)	
Especialidad médica				X ² =10.571 p.=.014
Ginecobstetricia	49.3	50.7	100.0(67)	
Cirugía general	66.7	33.3	100.0(78)	
Ortopedia	56.3	43.8	100.0(32)	
Otra	74.3	25.7	100.0(74)	
Tipo de institución				X ² =66.287 p.=.000
Pública	45.3	54.7	100.0(161)	
Privada	97.7	2.3(2)	100.0(86)	
Tipo de institución				X ² =69.413 p.=.000
Seguridad social	48.5	51.5	100.0(132)	
Asistencia social	31.0	69.0	100.0(29)	
Privado	97.7	2.3(2)	100.0(86)	

Minimización
Distribuciones porcentuales
Cuadro 56

Ocurrencia de eventos de minimización	Sí	No	Total	X ² y significancia
Total	39.7(100)	60.3(152)	100.0(252)	
Inconformidad con medidas diagnósticas				
Sí menciona	59.3	40.7	100.0(59)	X ² =12.414 p.=.000
No menciona	33.7	66.3	100.0(193)	
Inconformidad con diagnósticos				
Sí menciona	56.0	44.0	100.0(91)	X ² =15.930 p.=.000
No menciona	30.4	69.6	100.0(161)	
Inconformidad con el alta				
Sí menciona	53.2	46.8	100.0(77)	X ² =8.523 p.=.004
No menciona	33.7	66.3	100.0(175)	
Desacuerdos entre médicos de diferente institución				
No	34.6	65.4	100.0(156)	X ² =4.393 p.=.036
Por diagnóstico o tratamiento	47.9	52.1	100.0(96)	
Diferimiento quirúrgico				
Sí difieren	58.4	41.6	100.0(77)	X ² =16.302 p.=.000
No difieren	31.4	68.6	100.0(175)	
Negativa de atención				
Sí	64.8	35.2	100.0(71)	X ² =26.032 p.=.000
No	29.8	70.2	100.0(181)	
Queja previa a la remitida en CONAMED				
Sí menciona	54.8	45.2	100.0(62)	X ² =7.892 p.=.005
No menciona	34.7	65.3	100.0(190)	
Consultas adicionales				
Sí menciona	45.0	55.0	100.0(151)	X ² =4.506 p.=.034
No menciona	31.7	68.3	100.0(101)	
Fundamento de la complicación				
Criterio médico	31.8	68.2	100.0(110)	X ² =9.700 p.=.002
Evidencia médica	54.4	45.6	100.0(79)	
Fundamento de la complicación				
No menciona	29.8	70.2	100.0(47)	X ² =12.655 p.=.005
Criterio médico	31.8	68.2	100.0(110)	
Evidencia médica	54.4	45.6	100.0(79)	
Otros	50.0	50.0	100.0(16)	
Menciona cómo le confirman la complicación				
No menciona	29.8	70.2	100.0(47)	X ² =13.339 p.=.020
Criterio médicos tratantes	28.0	72.0	100.0(50)	
Evidencia médicos tratantes	57.9	42.1	100.0(19)	
Criterio otros médicos	35.0	65.0	100.0(60)	
Evidencia otros médicos	53.3	46.7	100.0(60)	
Otros	50.0	50.0	100.0(16)	
Quien remite la queja				
Paciente	47.5	52.5	100.0(120)	X ² =5.683 p.=.017
Familiar	32.5	67.5	100.0(123)	
Sexo del quejoso				
Femenino	44.4	55.6	100.0(99)	X ² =4.673 p.=.031
Masculino	27.9	72.1	100.0(68)	
Año				
1997	28.7	71.3	100.0(108)	X ² =9.518 p.=.002
1998	47.9	52.1	100.0(144)	

Inconformidad con el tratamiento
Distribuciones porcentuales
Cuadro 57

Inconformidad con en tratamiento de la complicación.	Si manifiesta	No manifiesta	Total	X ² y significancia
Total	62.7(158)	37.3(94)	100.0(252)	
Inconformidad con el alta				
Inconforme	50.6	49.4	100.0(77)	X ² =6.883 p.=.009
No inconforme	68.0	32.0	100.0(175)	
Cirugías no previstas				
Cero	69.0	31.0	100.0(87)	X ² =10.422 p.=.015
Una cirugía	51.5	48.5	100.0(97)	
Dos cirugías	76.7	23.3	100.0(43)	
Tres o más	57.9	42.1	100.0(19)	
Total de cirugías				
Una cirugía	68.7	31.3	100.0(83)	X ² =9.118 p.=.010
Dos cirugías	51.5	48.5	100.0(99)	
Tres o más	72.1	27.9	100.0(68)	
Reinternamiento				
Si reingreso	55.5	44.5	100.0(119)	X ² =4.659 p.=.031
No reingreso	68.7	31.3	100.0(131)	
Fundamento de la complicación				
Criterio médico	69.1	30.9	100.0(110)	X ² =5.763 p.=.016
Evidencia médica	51.9	48.1	100.0(79)	
Total de complicaciones				
Un evento	57.5	42.5	100.0(179)	X ² =8.427 p.=.015
Dos eventos	70.0	30.0	100.0(50)	
Tres o más	86.4	13.6(3)	100.0(22)	
Tipo de institución				
Seguridad social	69.7	30.3	100.0(132)	X ² =6.004 p.=.050
Asistencia social	51.7	48.3	100.0(29)	
Privado	55.8	44.2	100.0(86)	

Desacuerdos entre médicos de la misma institución
Distribuciones porcentuales
Cuadro 58

Diferencias entre médicos de la misma institución	Si hay desacuerdos	No hay desacuerdos	Total	X ² y significancia
Total	14.3(36)	85.7(216)	100.0(252)	
Desacuerdos entre médicos de diferente institución				X ² =4.487 p.=.034
Ninguna	17.9	82.1	100.0(156)	
Por diagnóstico o tratamiento	8.3	91.7	100.0(96)	
Duplicación de servicios				X ² =9.556 p.=.002
Hay duplicación	7.8	92.2	100.0(129)	
No duplicación	21.5	78.5	100.0(121)	
Referencia médica				X ² =9.914 p.=.002
Hay referencia	22.8	77.2	100.0(101)	
No hay referencia	8.6	91.4	100.0(151)	
Referencia médica				X ² =17.545 p.=.000
Si Misma institución	27.8	72.2	100.0(79)	
Si Otra institución	4.5(1)	95.5	100.0(22)	
No hay referencia	8.6	91.4	100.0(151)	
Tipo de institución				X ² =7.575 p.=.006
Pública	18.6	81.4	100.0(161)	
Privada	5.8	94.2	100.0(86)	
Tipo de institución				X ² =7.631 p.=.022
Seguridad social	18.9	81.1	100.0(132)	
Asistencia social	17.2	82.8	100.0(29)	
Privado	5.8	94.2	100.0(86)	
Quien remite la queja				X ² =3.713 p.=.054
Paciente	18.3	81.7	100.0(120)	
Familiar	9.8	90.2	100.0(123)	
Sexo del quejoso				X ² =3.970 p.=.046
Femenino	20.2	79.8	100.0(99)	
Masculino	8.8	91.2	100.0(68)	

Grado de resolución de la complicación
Distribuciones porcentuales
Cuadro 59-1

Grado de resolución de la complicación	Sí	Parcialmente	No	Total	X ² y significancia
Total	39.4(98)	14.9(37)	45.8(114)	100.0(249)	
Deterioro mínimo					
Sí	87.1	5.7(4)	7.1	100.0(70)	X ² =108.305 p.=.000
No	15.4	19.8	64.8	100.0(162)	
Deterioro permanente menor					
Sí	14.8	31.5	53.7	100.0(54)	X ² =21.550 p.=.000
No	43.8	10.7	45.5	100.0(178)	
Inconformidad por costos					
Sí desacuerdo	56.1	9.8(4)	34.1	100.0(41)	X ² =5.807 p.=.055
No desacuerdo	36.1	15.9	48.1	100.0(208)	
Desacuerdos entre médicos de diferente institución					
No hay diferencia	29.0	15.5	55.5	100.0(155)	X ² =19.669 p.=.000
Por diagnóstico o tratamiento	56.4	13.8	29.8	100.0(94)	
Desacuerdos entre médicos de la misma institución					
Sí	20.0	25.7	54.3	100.0(35)	X ² =7.750 p.=.021
No	42.5	13.1	44.4	100.0(214)	
Inconformidad con el tratamiento					
Sí manifiesta	31.0	16.5	52.5	100.0(158)	X ² =12.691 p.=.002
No manifiesta	53.8	12.1	34.1	100.0(91)	
Duplicación de servicios					
Hay duplicación	51.2	15.0	33.9	100.0(127)	X ² =16.326 p.=.000
No duplicación	27.5	15.0	57.5	100.0(120)	
Referencia médica					
Hubo referencia	30.0	16.0	54.0	100.0(100)	X ² =6.329 p.=.042
No refieren	45.6	14.1	40.3	100.0(149)	
Cirugías no previstas					
Cero	15.1	14.0	70.9	100.0(86)	X ² =47.245 p.=.000
Una cirugía	58.3	10.4	31.3	100.0(96)	
Dos cirugías	48.8	23.3	27.9	100.0(43)	
Tres o más	36.8	26.3	36.8	100.0(19)	
Total de cirugías					
Una cirugía	15.9	13.4	70.7	100.0(82)	X ² =41.805 p.=.000
Dos cirugías	58.8	11.3	29.9	100.0(97)	
Tres o más	41.2	22.1	36.8	100.0(68)	
Ingreso a terapia intensiva					
Sí	30.8	28.8	40.4	100.0(52)	X ² =10.129 p.=.006
No	42.1	11.3	46.7	100.0(195)	
Consultas adicionales					
Sí	46.3	14.1	39.6	100.0(149)	X ² =7.802 p.=.020
No	29.0	16.0	55.0	100.0(100)	
Urgencia de la complicación					
Requiere atención urgente y no se atiende	56.4	9.1	34.5	100.0(55)	X ² =8.934 p.=.011
No requiere atención urgente	34.3	17.7	48.1	100.0(181)	
Atención de la complicación					
No requiere atención de urgencia	36.4	14.0	49.5	100.0(107)	X ² =11.616 p.=.020
Requiere atención de urgencia y si la recibe	31.1	23.0	45.9	100.0(74)	
Requiere atención urgente y no la recibe	56.4	9.1	34.5	100.0(55)	
Reinternamiento					
Hubo reingreso	55.9	17.8	26.3	100.0(118)	X ² =34.371 p.=.000
No reingreso	24.8	12.4	62.8	100.0(129)	

Grado de resolución de la complicación
Distribuciones porcentuales
Cuadro 59-2

Grado de resolución de la complicación	Si	Parcialmente	No	Total	X ² y significancia
Total	39.4(98)	14.9(37)	45.8(114)	100.0(249)	
Quién confirma la complicación					
Médicos tratantes	25.0	20.6	54.4	100.0(68)	X ² =10.849 p.=.004
Médicos no tratantes	49.6	14.3	36.1	100.0(119)	
Fundamento de la complicación					
Criterio médico	25.9	20.4	53.7	100.0(108)	X ² =22.970 p.=.000
Evidencia médica	60.8	11.4	27.8	100.0(79)	
Quién confirma la complicación					
No menciona	37.0	10.9	52.2	100.0(46)	X ² =14.787 p.=.022
Médicos tratantes	25.0	20.6	54.4	100.0(68)	
Médicos no tratantes	49.6	14.3	36.1	100.0(119)	
Otros	31.3	6.3(1)	62.5	100.0(16)	
Fundamento de la complicación					
No menciona	37.0	10.9	52.2	100.0(46)	X ² =27.034 p.=.000
Criterio médico	25.9	20.4	53.7	100.0(108)	
Evidencia médica	60.8	11.4	27.8	100.0(79)	
Otros	31.3	6.3(1)	62.5	100.0(16)	
Etapa de manifestación de la complicación					
Tardía	44.0	10.7	45.3	100.0(150)	X ² =6.658 p.=.036
Temprana	34.0	22.3	43.6*	100.0(94)	
Total de complicaciones					
Un evento	40.7	11.9	47.5	100.0(177)	X ² =9.735 p.=.045
Dos eventos	44.9	18.4	36.7	100.0(49)	
Tres o más	18.2(4)	31.8	50.0	100.0(22)	
Diferencia entre cirugía programada y realizada según el paciente					
Misma cirugía	40.9	16.3	42.8	100.0(215)	X ² =6.009 p.=.050
Cirugía diferente	21.7	8.7(2)	69.6	100.0(23)	
Vía de ingreso inicial					
Urgencias	48.7	16.7	34.6	100.0(78)	X ² =6.339 p.=.042
Programado	35.0	13.1	51.9	100.0(160)	
Especialidad médica					
Ginecobstetricia	52.2	16.4	31.3	100.0(67)	X ² =8.453 p.=.015
Otra	34.3	14.4	51.4	100.0(181)	
Especialidad médica					
Ginecobstetricia	52.2	16.4	31.3	100.0(67)	X ² =22.318 p.=.001
Cirugía general	48.0	14.7	37.3	100.0(75)	
Ortopedia	21.9	21.9	56.3	100.0(32)	
Otra	25.7	10.8	63.5	100.0(74)	
Nivel de atención					
Segundo	47.5	15.0	37.5	100.0(160)	X ² =15.603 p.=.000
Tercero	23.5	14.1	62.4	100.0(85)	
Año					
1997	44.3	8.5	47.2	100.0(106)	X ² =6.280 p.=.043
1998	35.7	19.6	44.8	100.0(143)	

Quien resuelve la complicación
Distribuciones porcentuales

Cuadro 60-1

Quien resuelve la complicación	No se resuelve	Resuelven médicos iniciales	Resuelven médicos posteriores	Total	X ² y significancia
Total	45.8(114)	24.1(60)	30.1(75)	100.0(249)	
Deterioro mínimo					
Si	7.1	27.1	65.7	100.0(70)	X ² =77.259 p=.000
No	64.8	20.4	14.8	100.0(162)	
Deterioro permanente mayor					
Si	62.9	25.7	11.4(4)	100.0(35)	X ² =7.073 p=.029
No	44.7	21.8	33.5	100.0(197)	
Desacuerdos entre médicos de diferente institución					
No hay diferencia	55.5	32.3	12.3	100.0(155)	X ² =63.283 p=.000
Diferencia por diagnóstico o tratamiento	29.8	10.6	59.6	100.0(94)	
Desacuerdos entre médicos de la misma institución					
Si desacuerdo	54.3	40.0	5.7(2)	100.0(35)	X ² =12.971 p=.002
No desacuerdo	44.4	21.5	34.1	100.0(214)	
Inconformidad con el alta					
Si inconforme	36.5	21.6	41.9	100.0(74)	X ² =7.099 p=.029
No inconforme	49.7	25.1	25.1	100.0(175)	
Inconformidad con el tratamiento					
Si inconforme	52.5	19.6	27.8	100.0(158)	X ² =8.636 p=.013
No inconforme	34.1	31.9	34.1	100.0(91)	
Inconformidad con diagnósticos					
Si inconforme	37.1	22.5	40.4	100.0(89)	X ² =7.350 p=.025
No inconforme	50.6	25.0	24.4	100.0(160)	
Duplicación de servicios					
Si	33.9	11.0	55.1	100.0(127)	X ² =79.301 p=.000
No	57.5	38.3	4.2	100.0(120)	
Negativa de atención					
Si	50.0	12.9	37.1	100.0(70)	X ² =7.077 p=.029
No	44.1	28.5	27.4	100.0(179)	
Referencia médica					
Refieren	54.0	27.0	19.0	100.0(100)	X ² =9.910 p=.007
No refieren	40.3	22.1	37.6	100.0(149)	
Referencia médica					
Misma institución	57.0	29.1	13.9	100.0(79)	X ² =14.547 p=.006
Otra institución	42.9	19.0(4)	38.1	100.0(21)	
No refieren	40.3	22.1	37.6	100.0(149)	
Cirugías no previstas					
Cero	70.9	17.4	11.6	100.0(86)	X ² =44.442 p=.000
Una cirugía	31.3	24.0	44.8	100.0(96)	
Dos cirugías	27.9	41.9	30.2	100.0(43)	
Tres o más	36.8	21.1(4)	42.1	100.0(19)	
Total de cirugías					
Una cirugía	70.7	17.1	12.2	100.0(82)	X ² =37.555 p=.000
Dos cirugías	29.9	24.7	45.4	100.0(97)	
Tres o más	36.8	32.4	30.9	100.0(68)	
Ingreso a terapia intensiva					
Si	40.4	40.4	19.2	100.0(52)	X ² =10.069 p=.007
No	46.7	20.0	33.3	100.0(195)	

Quien resuelve la complicación
Distribuciones porcentuales
Cuadro 60-2

Quien resuelve la complicación	No se resuelve	Resuelven médicos iniciales	Resuelven médicos posteriores	Total	X ² y significancia
Total	45.8(114)	24.1(60)	30.1(75)	100.0(249)	
Consultas adicionales					
Sí	39.6	18.8	41.6	100.0(149)	X ² =23.695 p=.000
No	55.0	32.0	13.0	100.0(100)	
Internamiento prolongado					
Sí	41.3	32.1	26.6	100.0(109)	X ² =6.670 p=.036
No	48.9	18.0	33.1	100.0(139)	
Atención de la complicación					
No requiere atención de urgencia	49.5	13.1	37.4	100.0(107)	X ² =22.560 p=.000
Requiere y recibe atención urgente	45.9	39.2	14.9	100.0(74)	
Requiere atención urgente y no la recibe	34.5	29.1	36.4	100.0(55)	
Reinternamiento					
Hubo reingreso	26.3	25.4	48.3	100.0(118)	X ² =42.195 p=.000
No reingreso	62.8	23.3	14.0	100.0(129)	
Quién confirma la complicación					
Médicos tratantes	54.4	38.2	7.4	100.0(68)	X ² =41.738 p=.000
Médicos no tratantes	36.1	11.8	52.1	100.0(119)	
Fundamento de la complicación					
Criterio médico	53.7	23.1	23.1	100.0(108)	X ² =18.972 p=.000
Evidencia médica	27.8	19.0	53.2	100.0(79)	
Menciona cómo le confirman la complicación					
Sí menciona	44.3	22.2	33.5	100.0(203)	X ² =6.361 p=.042
No menciona	52.2	32.6	15.2	100.0(46)	
Vía de ingreso inicial					
Urgencias	34.6	26.9	38.5	100.0(78)	X ² =6.704 p=.035
Programado	51.9	22.5	25.6	100.0(160)	
Especialidad médica					
Ginecobstetricia	31.3	31.3	37.3	100.0(67)	X ² =7.991 p=.018
Otra	51.4	21.0	27.6	100.0(181)	
Especialidad médica					
Ginecobstetricia	31.3	31.3	37.3	100.0(67)	X ² =18.673 p=.005
Cirugía general	37.3	26.7	36.0	100.0(75)	
Ortopedia	56.3	18.8	25.0	100.0(32)	
Otra	63.5	16.2	20.3	100.0(74)	
Nivel de atención					
Segundo	37.5	28.1	34.4	100.0(160)	X ² =13.810 p=.001
Tercero	62.4	16.5	21.2	100.0(85)	

Grado de discapacidad
Distribuciones porcentuales

Cuadro 61-1

Categoría de discapacidad al momento de la queja	Deterioro mínimo	Deterioro moderado	Deterioro permanente menor	Deterioro permanente e mayor	Muerte	Total	X ² y significancia
Total	30.2(70)	17.2(40)	23.3(54)	15.1(35)	14.2(33)	100.0 (232)	
Desacuerdos entre médicos de diferente institución							X ² =18.297 p=.001
No hay diferencia	22.5	14.8	24.6	19.0	19.0	100.0(142)	
Por diagnóstico o tratamiento	42.2	21.1	21.1	8.9	6.7	100.0(90)	
Desacuerdos entre médicos de la misma institución							X ² =12.818 p=.012
Si	14.7	29.4	38.2	5.9(2)	11.8(4)	100.0(34)	
No	32.8	15.2	20.7	16.7	14.6	100.0(198)	
Inconformidad con el alta							X ² =17.563 p=.002
Si	42.9	21.4	24.3	7.1	4.3(3)	100.0(70)	
No	24.7	15.4	22.8	18.5	18.5	100.0(162)	
Inconformidad con el tratamiento							X ² =12.240 p=.016
Si manifiesta	23.5	21.5	24.8	14.1	16.1	100.0(149)	
No manifiesta	42.2	9.6	20.5	16.9	10.8	100.0(83)	
Inconformidad con diagnósticos							X ² =13.369 p=.010
Si manifiesta	39.3	22.6	21.4	9.5	7.1	100.0(84)	
No manifiesta	25.0	14.2	24.3	18.2	18.2	100.0(148)	
Problemas de información							X ² =12.741 p=.013
Si manifiesta	21.3	22.1	22.1	18.0	16.4	100.0(122)	
No manifiesta	40.0	11.8	24.5	11.8	11.8	100.0(110)	
Problemas de información Los expresa	21.0	22.0	27.0	15.0	15.0	100.0(100)	X ² =22.550 p=.004
Se infieren	22.7	22.7	0.0(0)	31.8	22.7	100.0(22)	
No manifiesta	40.0	11.8	24.5	11.8	11.8	100.0(110)	
Duplicación de servicios							X ² =23.578 p=.000
Duplican	40.8	19.2	23.3	10.0	6.7	100.0(120)	
No duplican	19.1	15.5	22.7	20.0	22.7	100.0(110)	
Referencia médica							X ² =11.106 p=.025
Si refieren	18.3	18.3	28.0	19.4	16.1	100.0(93)	
No refieren	38.1	16.5	20.1	12.2	12.9	100.0(139)	
Ingreso a terapia intensiva							X ² =32.603 p=.000
Si	14.9	14.9	19.1	12.8	38.3	100.0(47)	
No	34.4	18.0	24.6	15.8	7.1	100.0(183)	
Consultas adicionales							X ² =28.704 p=.000
Si	36.9	20.6	25.5	10.6	6.4	100.0(141)	
No	19.8	12.1	19.8	22.0	26.4	100.0(91)	
Estudios adicionales							X ² =12.810 p=.012
Si menciona	34.1	20.5	29.5	9.1	6.8	100.0(88)	
No menciona	27.8	15.3	19.4	18.8	18.8	100.0(144)	
Atención de la complicación							X ² =32.340 p=.000
No requiere atención de urgencia	33.0	23.0	28.0	15.0	1.0(1)	100.0(100)	
Requiere y recibe atención de urgencia	24.6	11.6	23.2	11.6	29.0	100.0(69)	
Requiere y no recibe atención de urgencia	33.3	13.7	15.7	19.6	17.6	100.0(51)	
Reinternamiento							X ² =25.978 p=.000
Hubo reingreso	45.5	15.5	21.8	9.1	8.2	100.0(110)	
No reingreso	16.7	19.2	25.0	19.2	20.0	100.0(120)	

Grado de discapacidad
Distribuciones porcentuales

Cuadro 61-2

Categoría de discapacidad al momento de la queja	Deterioro mínimo	Deterioro moderado	Deterioro permanente menor	Deterioro permanente e mayor	Muerte	Total	X ² y significancia
Total	30.2(70)	17.2(40)	23.3(54)	15.1(35)	14.2(33)	100.0(232)	
Quién confirma la complicación							X ² =20.674 p=.000
Médicos tratantes	15.6	12.5	23.4	20.3	28.1	100.0(64)	
Médicos no tratantes	37.2	19.5	23.9	11.5	8.0	100.0(113)	
Fundamento de la complicación							X ² =18.118 p=.001
Criterio médico	18.0	18.0	32.0	14.0	18.0	100.0(100)	
Evidencia médica	44.2	15.6	13.0	15.6	11.7	100.0(77)	
Hace referencia a la duración de la cirugía							X ² =16.026 p=.003
Refiere tiempo	18.6	18.6	16.3	14.0	32.6	100.0(43)	
No menciona	32.8	16.9	24.9	15.3	10.1	100.0(189)	
Mención de estudios prequirúrgicos							X ² =11.521 p=.021
Sí	39.4	13.6	12.1	13.6	21.2	100.0(66)	
No	26.5	18.7	27.7	15.7	11.4	100.0(166)	
Especialidad médica							X ² =13.704 p=.008
Ginecobstetricia	47.5	11.5	14.8	16.4	9.8	100.0(61)	
Otra	24.1	19.4	26.5	14.1	15.9	100.0(170)	
Nivel de atención							X ² =16.728 p=.002
Segundo	36.7	19.7	19.0	12.2	12.2	100.0(147)	
Tercero	17.3	11.1	32.1	21.0	18.5	100.0(81)	

Deterioro mínimo
Distribuciones porcentuales
Cuadro 62-1

Deterioro mínimo	Si	No	Total	X ² y significancia
Total	30.2(70)	69.8(162)	100.0(232)	
Quien resuelve la complicación				
No se resuelve	4.5	95.5	100.0(110)	X ² =77.259 p.=.000
Médicos tratantes	36.5	63.5	100.0(52)	
Médicos no tratantes	65.7	34.3	100.0(70)	
Grado de resolución de la complicación				
Totalmente	70.9	29.1	100.0(86)	X ² =108.305 p.=.000
Parcialmente	11.1(4)	88.9	100.0(36)	
No se resuelve	4.5	95.5	100.0(110)	
Inconformidad por la firma de documentos				
Hay desacuerdo	53.8	46.2	100.0(13)	X ² =3.663 p.=.056
No desacuerdo	28.8	71.2	100.0(219)	
Desacuerdos entre médicos de diferente institución				
No hay diferencia	22.5	77.5	100.0(142)	X ² =10.134 P.=.001
Por diagnóstico o tratamiento	42.2	57.8	100.0(90)	
Desacuerdos entre médicos de la misma institución				
Hay desacuerdos	14.7	85.3	100.0(34)	X ² =4.523 p.=.033
No desacuerdos	32.8	67.2	100.0(198)	
Inconformidad con el alta				
Si inconformidad	42.9	57.1	100.0(70)	X ² =7.656 p.=.006
No inconformidad	24.7	75.3	100.0(162)	
Inconformidad con el tratamiento				
Si manifiesta	23.5	76.5	100.0(149)	X ² =8.827 p.=.003
No manifiesta	42.2	57.8	100.0(83)	
Inconformidad con diagnósticos				
Si manifiesta	39.3	60.7	100.0(84)	X ² =5.191 p.=.023
No manifiesta	25.0	75.0	100.0(148)	
Expresa problemas de información				
Si	21.0	79.0	100.0(100)	X ² =7.018 p.=.008
No	37.1	62.9	100.0(132)	
Problemas de información				
Si manifiesta	21.3	78.7	100.0(122)	X ² =9.589 p.=.002
No manifiesta	40.0	60.0	100.0(110)	
Problemas de información				
Expresa	21.0	79.0	100.0(100)	X ² =9.615 p.=.008
Refleja	22.7	77.3	100.0(22)	
No manifiesta	40.0	60.0	100.0(110)	
Diferimiento quirúrgico				
Si	39.2	60.8	100.0(74)	X ² =4.193 p.=.041
No	25.9	74.1	100.0(158)	
Duplicación de servicios				
Hubo duplicación	40.8	59.2	100.0(120)	X ² =12.814 p.=.000
No duplican	19.1	80.9	100.0(110)	
Referencia médica				
Hubo referencia	18.3	81.7	100.0(93)	X ² =10.421 p.=.001
No refieren	38.1	61.9	100.0(139)	
Referencia médica				
Misma institución	20.0	80.0	100.0(75)	X ² =10.965 p.=.004
Otra institución	11.1(2)	88.9	100.0(18)	
No hay referencia	38.1	61.9	100.0(139)	

Deterioro mínimo
Distribuciones porcentuales

Cuadro 62-2

Deterioro mínimo	Sí	No	Total	X ² y significancia
Total	30.2(70)	69.8(162)	100.0(232)	
Cirugías no previstas				
Cero	17.3	82.7	100.0(81)	X ² =12.576 p.=.006
Una cirugía	39.6	60.4	100.0(91)	
Dos cirugías	41.0	59.0	100.0(39)	
Tres o más	23.5(4)	76.5	100.0(17)	
Total de cirugías				
Una cirugía	19.5	80.5	100.0(77)	X ² =7.945 p.=.019
Dos cirugías	39.6	60.4	100.0(91)	
Tres o más	30.6	69.4	100.0(62)	
Ingreso a terapia intensiva				
Sí	14.9	85.1	100.0(47)	X ² =6.739 p.=.009
No	34.4	65.6	100.0(183)	
Consultas adicionales				
Sí	36.9	63.1	100.0(141)	X ² =7.675 p.=.006
No	19.8	80.2	100.0(91)	
Reinternamiento				
Hubo reingreso	45.5	54.5	100.0(110)	X ² =22.465 p.=.000
No reingreso	16.7	83.3	100.0(120)	
Quién confirma la complicación				
Médicos tratantes	15.6	84.4	100.0(64)	X ² =9.140 p.=.003
Médicos no tratantes	37.2	62.8	100.0(113)	
Fundamento de la complicación				
Criterio médico	18.0	82.0	100.0(100)	X ² =14.345 p.=.000
Evidencia médica	44.2	55.8	100.0(77)	
Quién confirma la complicación				
No menciona	35.0	65.0	100.0(40)	X ² =9.583 p.=.022
Médicos tratantes	15.6	84.4	100.0(64)	
Médicos no tratantes	37.2	62.8	100.0(113)	
Otros	26.7(4)	73.3	100.0(15)	
Fundamento de la complicación				
No menciona	35.0	65.0	100.0(40)	X ² =14.709 p.=.002
Criterio médico	18.0	82.0	100.0(100)	
Evidencia médica	44.2	55.8	100.0(77)	
Otros	26.7(4)	73.3	100.0(15)	
Especialidad médica				
Ginecobstetricia	47.5	52.5	100.0(61)	X ² =7.079 p.=.029
Cirugía general	35.8	64.2	100.0(67)	
Ortopedia	19.4	80.6	100.0(31)	
Especialidad médica				
Ginecobstetricia	47.5	52.5	100.0(61)	X ² =11.662 p.=.001
Otra	24.1	75.9	100.0(170)	
Especialidad médica				
Ginecobstetricia	47.5	52.5	100.0(61)	X ² =19.004 p.=.000
Cirugía general	35.8	64.2	100.0(67)	
Ortopedia	19.4	80.6	100.0(31)	
Otra	15.3	84.7	100.0(72)	
Nivel de atención				
Segundo	36.7	63.3	100.0(147)	X ² =9.440 p.=.002
Tercero	17.3	82.7	100.0(81)	

Deterioro mínimo
Distribuciones porcentuales
Cuadro 62-3

Deterioro mínimo	Sí	No	Total	X ² y significancia
Total	30.2(70)	69.8(162)	100.0(232)	
Edad del paciente				
De 0 a 18	16.7(3)	83.3	100.0(18)	X ² =9.948 p.=.019
De 19 a 40	36.4	63.6	100.0(107)	
De 41 a 64	32.4	67.6	100.0(74)	
De 65 o más	9.7(3)	90.3	100.0(31)	
Edad del paciente				
De 0 a 18	16.7(3)	83.3	100.0(18)	X ² =9.612 p.=.008
De 19 a 64	34.8	65.2	100.0(181)	
De 65 o más	9.7(3)	90.3	100.0(31)	
Quien remite la queja				
Paciente	39.6	60.4	100.0(111)	X ² =8.060 p.=.005
Familiar	22.1	77.9	100.0(113)	
Año				
1997	38.3	61.7	100.0(94)	X ² =4.952 p.=.026
1998	24.6	75.4	100.0(138)	

Deterioro moderado
Distribuciones porcentuales
Cuadro 63

Deterioro moderado	Sí	No	Total	X ² y significancia
Total	17.2(40)	82.8(192)	100.0(232)	
Desacuerdos entre médicos de la misma institución				
Hay desacuerdos	29.4	70.6	100.0(34)	X ² =4.135 p.=.042
No desacuerdos	15.2	84.8	100.0(198)	
Inconformidad con el tratamiento				
Sí manifiesta	21.5	78.5	100.0(149)	X ² =5.235 p.=.022
No manifiesta	9.6	90.4	100.0(83)	
Problemas de información				
Sí manifiesta	22.1	77.9	100.0(122)	X ² =4.312 p.=.038
No manifiesta	11.8	88.2	100.0(110)	
Menciona el nombre de médicos tratantes posteriores				
Sí menciona	26.3	73.7	100.0(57)	X ² =4.361 p.=.037
No menciona	14.3	85.7	100.0(175)	

Deterioro permanente menor
Distribuciones porcentuales
Cuadro 64

Deterioro permanente menor	Sí	No	Total	X ² y significancia
Total	23.3(54)	76.7(178)	100.0(232)	
Grado de resolución de la complicación				
Totalmente	9.3	90.7	100.0(86)	X ² =21.550 p.=.000
Parcialmente	47.2	52.8	100.0(36)	
No se resuelve	26.4	73.6	100.0(110)	
Inconformidad por la firma de documentos				
Desacuerdo	0.0(0)	100.0(13)	100.0(13)	X ² =4.178 p.=.041
No desacuerdo	24.7	75.3(165)	100.0(219)	
Desacuerdos entre médicos de la misma institución				
Hay desacuerdos	38.2	61.8	100.0(34)	X ² =4.992 p.=.025
No desacuerdos	20.7	79.3	100.0(198)	
Problemas de información				
Expresa	27.0	73.0	100.0(100)	X ² =7.550 p.=.023
Refleja	0.0(0)	100.0	100.0(22)	
No manifiesta	24.5	75.5	100.0(110)	
Fundamento de la complicación				
Criterio médico	32.0	68.0	100.0(100)	X ² χ ² =8.689 p.=.003
Evidencia médica	13.0	87.0	100.0(77)	
Fundamento de la complicación				
No menciona	22.5	77.5	100.0(40)	X ² =8.930 p.=.030
Criterio médico	32.0	68.0	100.0(100)	
Evidencia médica	13.0	87.0	100.0(77)	
Otros	20.0(3)	80.0	100.0(15)	
Diferencia técnica entre la cirugía programada y la realizada				
Cirugía diferente	41.7	58.3	100.0(24)	X ² =4.852 p.=.028
Misma cirugía	21.4	78.6	100.0(196)	
Mención de estudios prequirúrgicos				
Sí	12.1	87.9	100.0(66)	X ² =6.427 p.=.011
No	27.7	72.3	100.0(166)	
Especialidad médica				
Ginecobstetricia	14.8	85.2	100.0(61)	X ² =17.502 p.=.000
Cirugía general	17.9	82.1	100.0(67)	
Ortopedia	51.6	48.4	100.0(31)	
Especialidad médica				
Ginecobstetricia	14.8	85.2	100.0(61)	X ² =17.450 p.=.001
Cirugía general	17.9	82.1	100.0(67)	
Ortopedia	51.6	48.4	100.0(31)	
Otra	23.6	76.4	100.0(72)	
Nivel de atención				
Segundo	19.0	81.0	100.0(147)	X ² =4.921 p.=.027
Tercero	32.1	67.9	100.0(81)	

Deterioro permanente mayor
Distribuciones porcentuales
Cuadro 65

Deterioro permanente mayor	Si	No	Total	X ² y significancia
Total	15.1(35)	84.9(197)	100.0(232)	
Quien resuelve la complicación				
No se resuelve	20.0	80.0	100.0(110)	X ² =7.073 p.=.029
Resuelven tratantes	17.3	82.7	100.0(52)	
Resuelven no tratantes	5.7(4)	94.3	100.0(70)	
Desacuerdos entre médicos de diferente institución				
No hay diferencia	19.0	8.9	100.0(142)	X ² =4.409 p.=.036
Por diagnóstico o tratamiento	81.0	91.1	100.0(90)	
Inconformidad con el alta				
Si inconformidad	7.1	92.9	100.0(70)	X ² =4.938 p.=.026
No inconformidad	18.5	81.5	100.0(162)	
Inconformidad con medidas diagnósticas				
Si menciona	5.5(3)	94.5	100.0(55)	X ² =5.221 p.=.022
No menciona	18.1	81.9	100.0(177)	
Duplicación de servicios				
Si duplicó	10.0	90.0	100.0(120)	X ² =4.556 p.=.033
No duplicó	20.0	80.0	100.0(110)	
Consultas adicionales				
Si	10.6	89.4	100.0(141)	X ² =5.552 p.=.018
No	22.0	78.0	100.0(91)	
Estudios adicionales				
Si menciona	9.1	90.9	100.0(88)	X ² =3.978 p.=.046
No menciona	18.8	81.3	100.0(144)	
Reinternamiento				
Hubo reingreso	9.1	90.9	100.0(110)	X ² =4.741 p.=.029
No reingreso	19.2	80.8	100.0(120)	

Muerte del paciente
Distribuciones porcentuales
Cuadro 66-1

Muerte del paciente	Sí	No	Total	X ² y significancia
Total	14.2(33)	85.8(199)	100.0(232)	
Inconformidad por falta de insumos				
Falta de insumos	28.6	71.4	100.0(35)	X ² =6.954 p=.008
No falta insumos	11.7	88.3	100.0(197)	
Desacuerdos entre médicos de diferente institución				
No hay diferencia	19.0	81.0	100.0(142)	X ² =6.883 p=.009
Por diagnóstico o tratamiento	6.7	93.3	100.0(90)	
Inconformidad con el alta				
Sí inconformidad	4.3(3)	95.7	100.0(70)	X ² =8.115 p=.004
No inconformidad	18.5	81.5	100.0(162)	
Inconformidad con diagnósticos				
Sí inconformidad	7.1	92.9	100.0(84)	X ² =5.412 p=.020
No inconformidad	18.2	81.8	100.0(148)	
Duplicación de servicios				
Hubo duplicación	6.7	93.3	100.0(120)	X ² =12.046 p=.001
No duplicación	22.7	77.3	100.0(110)	
Referencia médica				
Misma institución	12.0	88.0	100.0(75)	X ² =5.876 p=.053
Otra institución	33.3	66.7	100.0(18)	
No refieren	12.9	87.1	100.0(139)	
Ingreso a terapia intensiva				
Sí	38.3	61.7	100.0(47)	X ² =31.204 p=.000
No	7.1	92.9	100.0(183)	
Consultas adicionales				
Sí	6.4	93.6	100.0(141)	X ² =18.115 p=.000
No	26.4	73.6	100.0(91)	
Estudios adicionales				
Sí menciona	6.8	93.2	100.0(88)	X ² =6.374 p=.012
No menciona	18.8	81.3	100.0(144)	
Internamiento prolongado				
Sí	20.6	79.4	100.0(97)	X ² =5.586 p=.018
No	9.6	90.4	100.0(135)	
Atención de la complicación				
No requiere atención de urgencia	1.0(1)	99.0	100.0(100)	X ² =28.059 p=.000
Requiere y recibe atención de urgencia	29.0	71.0	100.0(69)	
Requiere y no recibe atención de urgencia	17.6	82.4	100.0(51)	
Reinternamiento				
Hubo reingreso	8.2	91.8	100.0(110)	X ² =6.523 p=.011
No reingreso	20.0	80.0	100.0(120)	
Quién confirma la complicación				
Médicos tratantes	28.1	71.9	100.0(64)	X ² =12.846 p=.000
Médicos no tratantes	8.0	92.0	100.0(113)	
Total de complicaciones				
Un evento	10.9	89.1	100.0(165)	X ² =8.765 p=.012
Dos eventos	15.2	84.4	100.0(46)	
Tres o más	35.0	65.0	100.0(20)	
Hace referencia a la duración de la cirugía				
Refiere tiempo qx	32.6	67.4	100.0(43)	X ² =14.542 p=.000
No menciona	10.1	89.9	100.0(189)	

Muerte del paciente
Distribuciones porcentuales
Cuadro 66-2

Muerte del paciente	Sí	No	Total	X ² y significancia
Total	14.2(33)	85.8(199)	100.0(232)	
Edad del paciente				
De 0 a 18	22.2(4)	77.8	100.0(18)	X ² =15.533 p.=.001
De 19 a 40	8.4	91.6	100.0(107)	
De 41 a 64	12.2	87.8	100.0(74)	
De 65 o más	35.5	64.5	100.0(31)	
Edad del paciente				
De 0 a 18	22.2	77.8	100.0(18)	X ² =15.033 p.=.001
De 19 a 64	9.9	90.1	100.0(181)	
De 65 o más	35.5	64.5	100.0(31)	

Grado de discapacidad
Distribuciones porcentuales
Cuadro 67-1

Grado de discapacidad	Deterioro mínimo o moderado	Deterioro permanente menor o mayor	Muerte	Total	X ² y significancia
Total	47.4(110)	38.4(89)	14.2(33)	100.0(232)	
Inconformidad por falta de insumos					
Faltan insumos	40.0	31.4	28.6	100.0(35)	X ² =6.959 p.=.031
No falta insumo	48.7	39.6	11.7	100.0(197)	
Desacuerdos entre médicos de diferente institución					
No hay diferencia	37.3	43.7	19.0	100.0(142)	X ² =16.444 p.=.000
Por diagnóstico o tratamiento	63.3	30.0	6.7	100.0(90)	
Inconformidad con el alta					
Sí	64.3	31.4	4.3(3)	100.0(70)	X ² =14.236 p.=.001
No	40.1	41.4	18.5	100.0(162)	
Inconformidad con diagnósticos					
Sí	61.9	31.0	7.1	100.0(84)	X ² =12.358 p.=.002
No	39.2	42.6	18.2	100.0(148)	
Menciona el nombre de médicos tratantes posteriores					
Sí menciona	61.4	24.6	14.0	100.0(57)	X ² =6.873 p.=.032
No menciona	42.9	42.9	14.3	100.0(175)	
Duplicación de servicios					
Sí	60.0	33.3	6.7	100.0(120)	X ² =19.432 p.=.000
No	34.5	42.7	22.7	100.0(110)	
Referencia médica					
Hubo referencia	36.6	47.3	16.1	100.0(93)	X ² =7.494 p.=.024
No refieren	54.7	32.4	12.9	100.0(139)	
Referencia médica					
Misma institución	40.0	48.0	12.0	100.0(75)	X ² =13.154 p.=.011
Otra institución	22.2(4)	44.4	33.3	100.0(18)	
No refieren	54.7	32.4	12.9	100.0(139)	
Ingreso a terapia intensiva					
Sí	29.8	31.9	38.3	100.0(47)	X ² =31.719 p.=.000
No	52.5	40.4	7.1	100.0(183)	
Consultas adicionales					
Sí	57.4	36.2	6.4	100.0(141)	X ² =23.620 p.=.000
No	31.9	41.8	26.4	100.0(91)	
Estudios adicionales					
Sí menciona	54.5	38.6	6.8	100.0(88)	X ² =6.991 p.=.030
No menciona	43.1	38.2	18.8	100.0(144)	

Grado de discapacidad
Distribuciones porcentuales

Quadro 67-2

Grado de discapacidad	Deterioro mínimo o moderado	Deterioro permanente menor o mayor	Muerte	Total	X ² y significancia
Total	47.4(110)	38.4(89)	14.2(33)	100.0(232)	
Internamiento prolongado					
Sí	42.3	37.1	20.6	100.0(97)	X ² =5.791 p.=.055
No	51.1	39.3	9.6	100.0(135)	
Atención de la complicación					
No requiere atención de urgencia	56.0	43.0	1.0(1)	100.0(100)	X ² =28.487 p.=.000
Requiere y recibe atención urgente	36.2	34.8	29.0	100.0(69)	
Requiere y no recibe atención urgente	47.1	35.3	17.6	100.0(51)	
Reinternamiento					
Reingreso	60.9	30.9	8.2	100.0(110)	X ² =15.799 p.=.000
No reingreso	35.8	44.2	20.0	100.0(120)	
Quién confirma la complicación					
Médicos tratantes	28.1	43.8	28.1	100.0(64)	X ² =18.798 p.=.000
Médicos no tratantes	56.6	35.4	8.0	100.0(113)	
Fundamento de la complicación					
Criterio médico	36.0	46.0	18.0	100.0(100)	X ² =9.868 p.=.007
Evidencia médica	59.7	28.6	11.7	100.0(77)	
Total de complicaciones					
Un evento	47.9	41.2	10.9	100.0(165)	X ² =12.046 p.=.017
Dos eventos	56.5	28.3	15.2	100.0(46)	
Tres o más	25.0	40.0	35.0	100.0(20)	
Hace referencia a la duración de la cirugía					
Sí	37.2	30.2	32.6	100.0(43)	X ² =14.542 p.=.001
No	49.7	40.2	10.1	100.0(189)	
Mención de estudios prequirúrgicos					
Sí	53.0	25.8	21.2	100.0(66)	X ² =7.600 p.=.022
No	45.2	43.4	11.4	100.0(166)	
Especialidad médica					
Ginecobstetricia	59.0	31.1	9.8	100.0(61)	X ² =15.305 p.=.004
Cirugía general	59.7	20.9	19.4	100.0(67)	
Ortopedia	35.5	58.1	6.5(2)	100.0(31)	
Especialidad médica					
Cirugía general	59.7	20.9	19.4	100.0(67)	X ² =11.952 p.=.003
Otra	42.7	45.1	12.2	100.0(164)	
Especialidad médica					
Ginecobstetricia	59.0	31.1	9.8	100.0(61)	X ² =24.644 p.=.000
Cirugía general	59.7	20.9	19.4	100.0(67)	
Ortopedia	35.5	58.1	6.5(2)	100.0(31)	
Otra	31.9	51.4	16.7	100.0(72)	
Nivel de atención					
Segundo	56.5	31.3	12.2	100.0(147)	X ² =16.624 p.=.000
Tercero	28.4	53.1	18.5	100.0(81)	
Edad del paciente					
De 0 a 18	33.3	44.4	22.2(4)	100.0(18)	X ² =18.051 p.=.006
De 19 a 40	55.1	36.4	8.4	100.0(107)	
De 41 a 64	47.3	40.5	12.2	100.0(74)	
De 65 o más	29.0	35.5	35.5	100.0(31)	
Edad del paciente					
De 0 a 18	33.3	44.4	22.2(4)	100.0(18)	X ² =16.862 p.=.002
De 19 a 64	51.9	38.1	9.9	100.0(181)	
De 65 o más	29.0	35.5	35.5	100.0(31)	
Quien remite la queja					
Paciente	60.4	39.6	0.0(0)	100.0(111)	X ² =37.350 p.=.000
Familiar	36.3	36.3	27.4	100.0(113)	

Cuadro número 68
Hay diferencias entre médicos por diagnóstico o tratamiento
(Tasas porcentuales)

	De la misma institución	De diferente institución
Total	14.3 (36)	38.1(96)
¿Quién radica la queja? Paciente Familiar	18.3 9.8	ns
Sexo del quejoso: Femenino Masculino	20.2 8.8	ns
Tipo de institución 1: Seguridad social Asistencia social Servicio privado	18.9 17.2 5.8	ns
Tipo de institución 2: Pública Privada	18.6 5.8	ns
Etapa de manifestación de la complicación: Manifestación tardía Manifestación temprana	ns	42.8 29.5
¿Quién confirma la complicación? Médicos iniciales Médicos posteriores	ns	2.9 75.0
Referencia médica: Sí No	22.8 8.6	25.7 46.4
Duplicación de servicios médicos: Sí No	7.8 21.5	68.9 4.1
Desacuerdos entre médicos de diferente institución. Por diagnóstico y tratamiento. No se menciona.	8.3 17.9	ns
Desacuerdos entre médicos de la misma institución. Por diagnóstico y tratamiento. No se menciona.	ns	22.2 40.7
Reingreso hospitalario: Sí No	ns	48.7 28.2
Atención urgente para la complicación: Requirió atención urgente y no la recibió No requirió atención de urgencia	ns	50.9 34.8
Internamiento prolongado: Sí No	ns	30.4 44.6
Menciona la realización de estudios adicionales: Sí No	ns	49.5 31.2
Menciona la realización de consultas adicionales: Sí No	ns	53.6 14.9
Ingreso a terapia intensiva: Sí No	ns	24.5 42.1
Hubo negativa de atención: Sí No	ns	50.7 33.1

Total de cirugías:		
Una	ns	27.7
Dos		46.5
Tres o más		38.2
Menciona el nombre de médicos tratantes posteriores:		
Sí	ns	49.2
No		34.2
Inconformidad con diagnósticos:		
Sí	ns	60.4
No		25.5
Inconformidad con el alta:		
Sí	ns	53.2
No		31.4
Minimización:		
	ns	46.0
		32.9
Niegan la entrega de documentos:		
Sí	ns	66.7
No		36.7
Desacuerdo por la firma de documentos:		
Sí	ns	64.3
No		36.6
Sólo resultados de asociaciones estadísticamente significativas $p < .05$		

Referencias

- ¹ WHO. New WHO Report calls for a new and innovative approach to health systems research. Press Release Note WHO/78. Geneva. 10 Nov 2004. pp.2
- ² Aguilar F, Álvarez C, Lezana MA, et.al. Tendencias de investigación en servicios de salud en México, 1984-1991. *Sal Pub Mex.* Nov-Dic 1993;35(6):550-555
- ³ OMS. Advisory Committee on Medical Research. Informal consultation on health services research: Report and recommendations: Ginebra Suiza: OMS, 1976
- ⁴ Hofss D. Hjort PF. Health Services in Norway: finding out what is wrong and trying to put in right. Citado en: Aguilar F, Álvarez C, Lezana MA, et.al. Tendencias de investigación en servicios de salud en México, 1984-1991. *Sal Pub Mex.* Nov-Dic 1993;35(6):550-555.
- ⁵ WHO. Health Systems Research. Does it makes a difference? Update 1996. Geneva. 1996. pp.vii
- ⁶ WHO. Health Systems Research. Does it makes a difference? Update 1996. Geneva. 1996. pp.vii
- ⁷ WHO. Health policy and systems development. An agenda for research. Geneva 1996. pp.v
- ⁸ WHO. Health policy and systems development. An agenda for research. Geneva 1996. pp.v
- ⁹ Pang T, Sadana R, Hanney S, et.al. Knowledge for better health-a conceptual framework and foundation for health research systems. *Bulletin of the World Health Organization.* 2003;81:815-820
- ¹⁰ WHO. New WHO Report calls for a new and innovative approach to health systems research. Press Release note WHO/78. Geneva. 10 Nov 2004. pp. 1-2
- ¹¹ Alliance for health policy and systems research. Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research. Geneva. 2004. pp.vi-vii
- ¹² WHO. New WHO Report calls for a new and innovative approach to health systems research. Press Release note WHO/78. Geneva. 10 Nov 2004. pp. 1-2
- ¹³ Cumbre ministerial sobre investigación en salud. Declaración de México sobre las investigaciones sanitarias. México 16 a 20 de Noviembre de 2004.
- ¹⁴ OPS. Perfil del sistema de servicios de salud. México. 2002 pp.1
- ¹⁵ OPS/OMS. Representación de México. Capítulo México de "Salud en las Américas 2002"
- ¹⁶ OPS. Perfil del sistema de servicios de salud. México. 2002 pp.3
- ¹⁷ Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre el desarrollo humano 2001. New York, 2001
- ¹⁸ OPS. Perfil del sistema de servicios de salud. México. 2002 pp.5
- ¹⁹ OPS. Perfil del sistema de servicios de salud. México. 2002 pp.6
- ²⁰ OPS. Perfil del sistema de servicios de salud. México. 2002 pp.7
- ²¹ OPS. Perfil del sistema de servicios de salud. México. 2002 pp.8
- ²² Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud. Aspectos relevantes de la infraestructura de las unidades médicas del Sector Privado. *Sal Pub Mex.* 43(2);2001.
- ²³ Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud. Aspectos relevantes de la infraestructura de las unidades médicas del Sector Privado. *Sal Pub Mex.* 43(2);2001.
- ²⁴ Dra. Ofelia Espejo, Directora Técnica de la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA). Abril de 2002. Citado en: OPS. Perfil del sistema de servicios de salud. México. 2002 pp.7
- ²⁵ OPS. Perfil del sistema de servicios de salud. México. 2002 pp.10
- ²⁶ OPS. Perfil del sistema de servicios de salud. México. 2002 pp.11
- ²⁷ OPS. Perfil del sistema de servicios de salud. México. 2002 pp.11
- ²⁸ OPS. Perfil del sistema de servicios de salud. México. 2002 pp.12
- ²⁹ <http://www.cofepris.gob.mx>, página consultada el 15 de agosto de 2005.
- ³⁰ Presidencia de la República. 4o Informe de Gobierno 2004. Desarrollo humano y social. Salud y protección para todos. México 2004
- ³¹ Presidencia de la República. 4o Informe de Gobierno 2004. Desarrollo humano y social. Salud y protección para todos. México 2004
- ³² Presidencia de la República. 4o Informe de Gobierno 2004. Desarrollo humano y social. Salud y protección para todos. México 2004
- ³³ Aguilar F, Álvarez C, Lezana MA, et.al. Tendencias de investigación en servicios de salud en México, 1984-1991. *Sal Pub Mex.* Nov-Dic 1993;35(6):550-555

- ³⁴ Aguilar F, Álvarez C, Lezana MA, et al. Tendencias de investigación en servicios de salud en México, 1984-1991. *Sal Pub Mex*. Nov-Dic 1993;35(6):550-555.
- ³⁵ 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. En: Infante C. Quejas Médicas: La Insatisfacción de los Pacientes con Respecto a la Calidad de la Atención Médica. Tesis Doctoral. UNAM. México. 2004
- ³⁶ Bronfman M, Castro R, et al. 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. En: Infante C. Quejas Médicas: La Insatisfacción de los Pacientes con Respecto a la Calidad de la Atención Médica. Tesis Doctoral. UNAM. México. 2004
- ³⁷ Ruelas E. Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones. *Salud Pública de México* 1992; 34 (suplemento): 29-45. En: Infante C. Quejas Médicas: La Insatisfacción de los Pacientes con Respecto a la Calidad de la Atención Médica. Tesis Doctoral. UNAM. México. 2004
- ³⁸ Fernández-Varela F. La comisión nacional de arbitraje médico y la calidad de la atención. *Gac Méd Méx*. 1997;133(1):57-60
- ³⁹ Peña R, Rodríguez JR, et al. Factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Sal Púb Méx*. 2004;46(3):210-215
- ⁴⁰ Donabedian A. La definición de la calidad, una exploración conceptual. En Donabedian A. La calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación. La prensa Médica Mexicana. pp. 7. 1980
- ⁴¹ Donabedian A. La definición de la calidad, una exploración conceptual. En Donabedian A. La calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación. La prensa Médica Mexicana. pp. 9. 1980
- ⁴² Infante C. Quejas médicas: la insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. UNAM. 2004
- ⁴³ Brennan T, Leape L, Laird N, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *N Engl J Med*. 1991;324:370-376
- ⁴⁴ Leape L, Brennan T, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. *N Engl J Med*. 1991;324:377-384
- ⁴⁵ Localio AR, Lawthers AG, et al. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. *N Engl J Med*. 1991;325:245-251
- ⁴⁶ Brennan T, Leape L, Laird N, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *N Engl J Med*. 1991;324:370-376
- ⁴⁷ Brennan T, Leape L, Laird N, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *N Engl J Med*. 1991;324:370-376.
- ⁴⁸ Brennan T, Leape L, Laird N, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *N Engl J Med*. 1991;324:370-376.
- ⁴⁹ Leape L, Brennan T, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. *N Engl J Med*. 1991;324:377-384
- ⁵⁰ Localio AR, Lawthers AG, et al. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. *N Engl J Med*. 1991;325:245-251.
- ⁵¹ Thomas EJ, Studdert DM, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Medical Care*. 2000;38(3):261-271
- ⁵² Thomas EJ, Studdert DM, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Medical Care*. 2000;38(3):261-271.
- ⁵³ Thomas EJ, Studdert DM, et al. Costs of Medical Injuries in Utah and Colorado. *Inquiry*. 1999;36(3):255-264
- ⁵⁴ Australian Patient Safety Foundation. Iatrogenic Injury in Australia, a report prepared by the Australian Patient Safety Foundation. 2001
- ⁵⁵ Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, et al. The quality in australian health care study. *Med J Aust*. 1995;163:458-471
- ⁵⁶ Wilson RM, Harrison BT, et al. An analysis of the causes of adverse events from the quality in australian health care study. *MJA* 1999;170:411-415
- ⁵⁷ Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001;322:517-519
- ⁵⁸ Institute of Medicine. To err is human, building a safer health system. National Academies Press 2004

-
- ⁵⁹ Australian Patient Safety Foundation. Iatrogenic Injury in Australia, a report prepared by the Australian Patient Safety Foundation. 2001
- ⁶⁰ Institute of Medicine. Patient Safety, achieving a new standard for care. The National Academies Press. 2004
- ⁶¹ McDonald CJ, Weiner M, Hui SL. Deaths due to medial errors are exaggerated in the Institute of Medicine Report. JAMA 2000;284(1):93-95
- ⁶² McDonald CJ, Weiner M, Hui SL. Deaths due to medial errors are exaggerated in the Institute of Medicine Report. JAMA 2000;284(1):93-95.
- ⁶³ Infante C. "La insatisfacción manifiesta de los pacientes con la calidad de la atención médica" Protocolo de tesis doctoral en ciencias de la salud. UNAM. 1998.
- ⁶⁴ Infante C. "La insatisfacción manifiesta de los pacientes con la calidad de la atención médica" Protocolo de tesis doctoral en ciencias de la salud. UNAM. 1998
- ⁶⁵ Scambler G. Sociology as applied to medicine. London. Gailliere Tindal. 1991. p. 273
- ⁶⁶ Jackson JL, Kroenke K. Patient satisfaction and quality of care. Review. Military Medicine. 162(4): 273-7, 1997. Apr.
- ⁶⁷ Infante C. "La insatisfacción manifiesta de los pacientes con la calidad de la atención médica" Protocolo de tesis doctoral en ciencias de la salud. UNAM. 1998
- ⁶⁸ DelVecchio Good M. J. American Medicine: The quest for competence. Berkley. University of California Press. 1995 Pág. 25
- ⁶⁹ Infante C. "La insatisfacción manifiesta de los pacientes con la calidad de la atención médica" Protocolo de tesis doctoral en ciencias de la salud. UNAM. 1998
- ⁷⁰ Infante C, Abreu H, Reyes L. Las quejas de los pacientes: objetividad de los indicadores subjetivos de la calidad de la atención médica. Revista de psicología social y personalidad, Vol. XIV, No 2, 1998
- ⁷¹ Narro J. La seguridad social mexicana en los albores del siglo XXI. México: FCE. 1993:154
- ⁷² Infante C. "La insatisfacción manifiesta de los pacientes con la calidad de la atención médica" Protocolo de tesis doctoral en ciencias de la salud. UNAM. 1998
- ⁷³ Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Cuernavaca, Mor. Perspectivas en Salud Pública No. 10 INSP. Pág. 26
- ⁷⁴ Infante C. "La insatisfacción manifiesta de los pacientes con la calidad de la atención médica" Protocolo de tesis doctoral en ciencias de la salud. UNAM. 1998
- ⁷⁵ Infante C. "La insatisfacción manifiesta de los pacientes con la calidad de la atención médica" Protocolo de tesis doctoral en ciencias de la salud. UNAM. 1998
- ⁷⁶ Infante C, Abreu H, Reyes L. Las quejas de los pacientes: objetividad de los indicadores subjetivos de la calidad de la atención médica. Revista de psicología social y personalidad, Vol. XIV, No 2, 1998.
- ⁷⁷ Fottler MD, Ford RC, Bach SA. Measuring patient satisfaction in healthcare organizations: qualitative and quantitative approaches. Review. Best practices and benchmarking in healthcare. 1997; 2(6): 227-39.
- ⁷⁸ Bach M, Rioux M. Social Well-Being. A framework for quality of life research. En: Renwick R, Brown Y, Nagler M. (eds). Quality of life in health promotion and rehabilitation. Thousand Oaks. SAGE. 1996. Pp. 63-74
- ⁷⁹ 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.
- ⁸⁰ Puentes E, Martínez T, Gómez Dantés O, Garrido F. Trato inadecuado en México. Diferenciales estatales e institucionales. Síntesis ejecutiva. México: SSA 2004.
- ⁸¹ Scambler G. Sociology as applied to medicine. London. Gailliere Tindal. 1991. p. 273.
- ⁸² Infante C, Abreu H, Reyes L. Las quejas de los pacientes: objetividad de los indicadores subjetivos de la calidad de la atención médica. Revista de psicología social y personalidad, Vol. XIV, No 2, 1998.
- ⁸³ Woodward CA, Ostbye T. Patient satisfaction as an indicator of quality care in independent health facilities: developing and assessing a tool to enhance public accountability. American Journal of Medical Quality. 15(3): 94-105, 2000 May-Jun.
- ⁸⁴ Coyle J. Understanding dissatisfied users: developing a framework for comprehending criticisms of health care work. Journal of Advanced Nursing. 30(3): 723-31, 1999 Sept.
- ⁸⁵ Strauss A, Fagerhaugh S, Suczec G, Wiener C. Social organization of medical work. New Brunswick: Transaction Publishers. 1997. (2a ed) Pág.. 127

- ⁸⁶ Kumate J, Sepúlveda J, Gutiérrez G. (comp.) *Información en Salud: la salud en cifras*. México FCE. 1993. Págs. 235-236, 241
- ⁸⁷ Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Salud II*. México: SSA. 1994. Pág. 52
- ⁸⁸ Turner B. S. Medical power and social knowledge. London: SAGE. 1996. Págs. 229-221, 47-48.
- ⁸⁹ Wilcock A, Kobayashi L, Murray I. Twenty five years of obstetric patient satisfaction in North America: a review of the literature. Review. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 10(4): 36-47, 1997. Mar.
- ⁹⁰ Mulcahy L, Tritter J. Dissatisfaction, grievances and complaints in the NHS: A report to the Wilson Committee. South Bank University, London. 1994
- ⁹¹ Coyle J. Understanding dissatisfied users: developing a framework for comprehending criticisms of health care work. *Journal of Advanced Nursing*. 30(3): 723-31, 1999 Sept
- ⁹² Mulcahy L, Tritter J. Dissatisfaction, grievances and complaints in the NHS: A report to the Wilson Committee. South Bank University, London. 1994.
- ⁹³ Bearly S. Patient participation: The literature. Royal College of Nursing Research Studies, Scutari Press, London. 1990
- ⁹⁴ Sheppard B. Homeward bound. *Health service journal* 104, 5425. 1994
- ⁹⁵ Dockrell J. Exploring user's views. In *Community Care. Asking the Users*. (Wilson G. ed.), Chapman and Hall, London. 1995. pp. 37-53.
- ⁹⁶ Tagliacozzo D. L, Mauksch H. O. La opinión del paciente sobre el papel de paciente. En Jaco E. G. (comp.) *Pacientes, médicos y enfermedades*. México. Colección Salud y Seguridad Social. MISS. 1982. Pág. 309-334.
- ⁹⁷ Ishikawa K. ¿Qué es el control de calidad total? Bogotá. Ed. Norma 1986. Pág. 77
- ⁹⁸ Coyle J. Understanding dissatisfied users: developing a framework for comprehending criticisms of health care work. *Journal of Advanced Nursing*. 30(3): 723-31, 1999 Sept
- ⁹⁹ Wilcock A, Kobayashi L, Murray I. Twenty five years of obstetric patient satisfaction in North America: a review of the literature. Review. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 10(4): 36-47, 1997. Mar
- ¹⁰⁰ Coyle J. Understanding dissatisfied users: developing a framework for comprehending criticisms of health care work. *Journal of Advanced Nursing*. 30(3): 723-31, 1999 Sept.
- ¹⁰¹ Krupat E, Rosenkranz SL. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient education and counseling*. 39(1): 49-59, 2000 Jan
- ¹⁰² Krupat E, Rosenkranz SL. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient education and counseling*. 39(1): 49-59, 2000 Jan
- ¹⁰³ Weisman CS, Rich DE. Gender and patient satisfaction with primary care: tuning in to women in quality measurement. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*. 9(6): 657-65, 2000 Jul-Aug
- ¹⁰⁴ Weisman CS, Rich DE. Gender and patient satisfaction with primary care: tuning in to women in quality measurement. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*. 9(6): 657-65, 2000 Jul-Aug
- ¹⁰⁵ DiMatteo MR, Taranta A, Friedman D, Prince LM. Predicting patient satisfaction from physicians' non-verbal communication skills. *Medical care*. 1980; 18(5): 376-387
- ¹⁰⁶ Heineken J. Patient silence is not necessarily client satisfaction: communication problems in home care nursing. Review. *Home healthcare nurse*. 16(2): 115-20; quiz 120-1, 1998 Feb
- ¹⁰⁷ Smith CK, Polis E, and Hadae R.R. Characteristics of the initial medical interview associated with patient satisfaction and understanding. *J Family Practice*. 1981; 12; 283. Citado en Ong L. M. L. De Haes J, Hoos A, Lammes F. Doctor Patient communication: a review of the literature. *Soc Sci and Med*. 1995. 40(7): 903-918.
- ¹⁰⁸ Byrne G, Richardson M. Patient satisfaction with emergency nurse practitioners in A and E. *Journal of Clinical Nursing*. 9(1): 83-92, 2000 Jan
- ¹⁰⁹ Good M J. *American Medicine: The quest for competence*. Berkley. University of California Press. 1995. Cap. 1. Medical malpractice and the voices of medicine. Pág. 13
- ¹¹⁰ Turner B. S. Medical power and social knowledge. London: SAGE. 1996. Págs. 229-221, 47-48
- ¹¹¹ Waitzkin H. Doctor patient communication. Clinical implications of social scientific research. *J. Am. Med. Assoc*. 1984; 252:2441. Citado en: Ong L. M. L. De Haes J, Hoos A, Lammes F. Doctor Patient communication: a review of the literature. *Soc Sci and Med*. 1995. 40(7): 903-918
- ¹¹² Tuckett D, Bolton M, Olson C, Williams A. Meetings between experts: an approach to sharing ideas in medical consultations. Tavistok, London 1985
- ¹¹³ Infante C. "La insatisfacción manifiesta de los pacientes con la calidad de la atención médica" Protocolo de tesis doctoral en ciencias de la salud. UNAM. 1998

- ¹¹⁴ Vaarlam A, Dragoumis M, Jefferys M. Patient's 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
- ¹¹⁵ Vaarlam A, Dragoumis M, Jefferys M. Patient's 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
- ¹¹⁶ Coyle J. Understanding dissatisfied users: developing a framework for comprehending criticisms of health care work. *Journal of Advanced Nursing*. 30(3): 723-31, 1999 Sept.
- ¹¹⁷ Tagliacozzo D. L, Mauksch H. O. La opinión del paciente sobre el papel de paciente. En Jaco E. G. (comp.) *Pacientes, médicos y enfermedades*. México. Colección Salud y Seguridad Social. M.I.S.S. 1982. Pág.. 309-334
- ¹¹⁸ Coyle J. Understanding dissatisfied users: developing a framework for comprehending criticisms of health care work. *Journal of Advanced Nursing*. 30(3): 723-31, 1999 Sept
- ¹¹⁹ Boudreaux ED, Ary R. Emergency department personnel accuracy at estimating patient satisfaction. *Journal of Emergency Medicine*. 2000;19(2): 107-12,
- ¹²⁰ Lledo R, Rodriguez-Roz T. Perceived quality of care of inguinal hernia repair: assessment before and after the procedure. *International Surgery*. 85(1): 82-7, 2000 Jan-Mar
- ¹²¹ Roberts J.S, O'Leary D.S, Schyve P.M, Jewsee W.F. The new accreditation system. An overview from the joint Commission on Accreditation of Health Organizations. En: *Assessing quality of health care: Perspectives for clinicians*. Williams and Wilkins. 1992. Pp. 17-23
- ¹²² Lifshitz A. La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. México: UNAM / IMSS. 1997 Pág. 104
- ¹²³ Armstrong D. The emancipation of biological medicine. *Soc Sci Med* 1979; 13A: 1-8
- ¹²⁴ Fox R. Training for uncertainty. En: Schwartz H.D, Kart C.S. (eds) *Dominant issues in medical sociology*. Reading, Mass. Addison Wesley Publishing Co. 1978. Pp.189-202
- ¹²⁵ Steinhart B. Patient autonomy: evolution of the doctor-patient relationship. *Haemophilia* (2002), 8, 441-446
- ¹²⁶ Deber R. Physicians in health care management: 7. The patient-physician partnership: changin roles and the desire of information. *Can Med Assoc J* 1994;151 (2): 171-6. En: Steinhart B. Patient autonomy: evolution of the doctor-patient relationship. *Haemophilia* (2002), 8, 441-446
- ¹²⁷ Cassell EJ. The principles of the belmont report revisited – how have respect for persons, beneficence, and justice been applied to clinical medicine? *Hastings Cent Rep* 2000; 30 (4): 12-21. En: Steinhart B. Patient autonomy: evolution of the doctor-patient relationship. *Haemophilia* (2002), 8, 441-446
- ¹²⁸ Steinhart B. Patient autonomy: evolution of the doctor-patient relationship. *Haemophilia* (2002), 8, 441-446
- ¹²⁹ Goodman A, Penson RT, Blatman R, et.al. Staff dialogue on socially distanced patient: psychosocial issues faced by patients, their families, and caregivers. *Oncologist* 1999; 4(5): 417-24. En: Steinhart B. Patient autonomy: evolution of the doctor-patient relationship. *Haemophilia* (2002), 8, 441-446
- ¹³⁰ Steinhart B. Patient autonomy: evolution of the doctor-patient relationship. *Haemophilia* (2002), 8, 441-446
- ¹³¹ Clark NM, Northwehr F, Gong M. et.al. Physician-patient partnership in managing chronic illness. *Acad Med* 1995; 70 (11): 957-9. En: Steinhart B. Patient autonomy: evolution of the doctor-patient relationship. *Haemophilia* (2002), 8, 441-446
- ¹³² Tower K. Consumer-centered social work practice: restoring client self-determination. *Soc Work* 1994; 39 (2):191-6. En: Steinhart B. Patient autonomy: evolution of the doctor-patient relationship. *Haemophilia* (2002), 8, 441-446
- ¹³³ Tower K. Consumer-centered social work practice: restoring client self-determination. *Soc Work* 1994; 39 (2):191-6. En: Steinhart B. Patient autonomy: evolution of the doctor-patient relationship. *Haemophilia* (2002), 8, 441-446
- ¹³⁴ Grealy L. *Autobiography of a face*. Boston, NY: Houghton Mifflin Company, 1994. En: Steinhart B. Patient autonomy: evolution of the doctor-patient relationship. *Haemophilia* (2002), 8, 441-446
- ¹³⁵ Beisecker A, Beisecker T. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Med Care* 1990; 28(1): 19-28. En: Steinhart B. Patient autonomy: evolution of the doctor-patient relationship. *Haemophilia* (2002), 8, 441-446

- ¹³⁶ Steinhart B. Patient autonomy: evolution of the doctor-patient relationship. *Haemophilia* (2002), 8, 441-446
- ¹³⁷ Steinhart B. Patient autonomy: evolution of the doctor-patient relationship. *Haemophilia* (2002), 8, 441-446
- ¹³⁸ <http://www.conamed.gob.mx> . Página consultada en junio de 2005
- ¹³⁹ Infante C. Quejas Médicas: La Insatisfacción de los Pacientes con Respecto a la Calidad de la Atención Médica. Tesis Doctoral. UNAM. México. 2004 pp. 139
- ¹⁴⁰ <http://www.conamed.gob.mx/tipos.htm>. Página consultada en septiembre de 2004. En: Infante C. Quejas Médicas: La Insatisfacción de los Pacientes con Respecto a la Calidad de la Atención Médica. Tesis Doctoral. UNAM. México. 2004
- ¹⁴¹ Una nueva forma de resolver los problemas en la práctica médica. Entrevista al Dr. Héctor Fernandez Varela. *Revista CONAMED* 1997; 1(2):5-8. En: Infante C. Quejas Médicas: La Insatisfacción de los Pacientes con Respecto a la Calidad de la Atención Médica. Tesis Doctoral. UNAM. México. 2004
- ¹⁴² Moctezuma G. Derechos de los usuarios de los servicios de salud. México: Cámara de Diputados/UNAM, 2001.p. 150-151. En: Infante C. Quejas Médicas: La Insatisfacción de los Pacientes con Respecto a la Calidad de la Atención Médica. Tesis Doctoral. UNAM. México. 2004
- ¹⁴³ Infante C. Quejas Médicas: La Insatisfacción de los Pacientes con Respecto a la Calidad de la Atención Médica. Tesis Doctoral. UNAM. México. 2004 pp. 139
- ¹⁴⁴ Infante C. Quejas Médicas: La Insatisfacción de los Pacientes con Respecto a la Calidad de la Atención Médica. Tesis Doctoral. UNAM. México. 2004 pp. 139
- ¹⁴⁵ Infante C, Abreu H, Reyes L. Las quejas de los pacientes: objetividad de los indicadores subjetivos de la calidad de la atención médica. *Revista de psicología social y personalidad*, Vol. XIV, No 2, 1998
- ¹⁴⁶ Infante C, Abreu H, Reyes L. Las quejas de los pacientes: objetividad de los indicadores subjetivos de la calidad de la atención médica. *Revista de psicología social y personalidad*, Vol. XIV, No 2, 1998
- ¹⁴⁷ Hiyama DT, Zinner MJ. Complicaciones quirúrgicas. En Schwartz, Shires, Spenser. *Principios de Cirugía*. 6ª ed. Interamericana. pp. 471-503. 1995
- ¹⁴⁸ Hiyama DT, Zinner MJ. Complicaciones quirúrgicas. En Schwartz, Shires, Spenser. *Principios de Cirugía*. 6ª ed. Interamericana. pp. 471-503. 1995
- ¹⁴⁹ Brennan T, Leape L, Laird N, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *N Engl J Med*. 1991;324:370-376.
- ¹⁵⁰ 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. En: Infante C. Quejas médicas: la insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica. Tesis doctoral. UNAM. México. 2004.
- ¹⁵¹ WHO. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Ginebra: World Health Organization, 2000. En: Infante C. Quejas médicas: la insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica. Tesis doctoral. UNAM. México. 2004.
- ¹⁵² Scambler G, ed. *Sociology as applied to medicine*. Londres: Baillere Tindall, 1992. p. 272-4. En: Infante C. Quejas médicas: la insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica. Tesis doctoral. UNAM. México. 2004.
- ¹⁵³ Sztzia J, Word N. Patient satisfaction: a review of sigues and concepts. *Soc Sci and Med* 1997; 45: 1829-1843 En: Infante C. Quejas médicas: la insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica. Tesis doctoral. UNAM. México. 2004.
- ¹⁵⁴ Donabedian A. La investigación sobre calidad de la atención médica. *Salud Pública Mex*. 1986; 28: 324-7. En: Infante C. Quejas médicas: la insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica. Tesis doctoral. UNAM. México. 2004.
- ¹⁵⁵ Infante C. Quejas médicas: la insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica. Tesis doctoral. UNAM. México. 2004.
- ¹⁵⁶ Donabedian A. The Lichfield Lectura. Garantía de calidad en atención de salud: el papel del consumidor. *Revista de Calidad Asistencial* 2001; 16: S103. En: Infante C. Quejas médicas: la insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica. Tesis doctoral. UNAM. México. 2004
- ¹⁵⁷ Infante C. Quejas médicas: la insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica. Tesis doctoral. UNAM. México. 2004

-
- ¹⁵⁸ 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. 752. En: Infante C. Quejas médicas: la insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica. Tesis doctoral. UNAM. México. 2004
- ¹⁵⁹ 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. En: Infante C. Quejas médicas: la insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica. Tesis doctoral. UNAM. México. 2004.
- ¹⁶⁰ Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. *Epidemiologic research, principles and quantitative methods*. Ed Van Nostrand Reinhold. New York. 1982
- ¹⁶¹ Grbich C. *Qualitative research in health, an introduction*. Sage publications. London 1999. p.5.
- ¹⁶² Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research*. Thousand Oaks. SAGE 2a ed. 1998. p. 217-241
- ¹⁶³ Infante C, Ruiz A. La metodología cualitativa como estrategia para mejorar la atención de quejas médicas. II Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud. Madrid, España. Junio 2005
- ¹⁶⁴ Daniel WW. *Bioestadística*. 3a ed. Limusa. México. 1999
- ¹⁶⁵ Daniel WW. *Bioestadística*. 3a ed. Limusa. México. 1999
- ¹⁶⁶ Hair J, Anderson R, Tatham R, Black W. *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall, 1999. p 157.
- ¹⁶⁷ Hair J, Anderson R, Tatham R, Black W. *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall, 1999. p 156.
- ¹⁶⁸ Alvarez R. *Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS*. Madrid: Díaz de Santos, 1995. p. 99.
- ¹⁶⁹ Hair J, Anderson R, Tatham R, Black W. *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall, 1999. p 182.
- ¹⁷⁰ Hair J, Anderson R, Tatham R, Black W. *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall, 1999. p. 151-152.
- ¹⁷¹ Hair J, Anderson R, Tatham R, Black W. *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall, 1999. p 181, 183.
- ¹⁷² Hair J, Anderson R, Tatham R, Black W. *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall, 1999. p 156.
- ¹⁷³ Hair J, Anderson R, Tatham R, Black W. *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall, 1999. p 180, 185.
- ¹⁷⁴ Hair J, Anderson R, Tatham R, Black W. *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall, 1999. p 158.
- ¹⁷⁵ Hair J, Anderson R, Tatham R, Black W. *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall, 1999. p 280.