



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN.

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA LEGAL.

**“TIPO Y FUNDAMENTACIÓN DE LAS QUEJAS DE LOS PACIENTES
PRIVADOS DE SU LIBERTAD EN EL HOSPITAL GENERAL DE XOCO.”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA.

PRESENTADO POR:
DRA. MÓNICA MARGARITA HUERTA JUÁREZ.

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA LEGAL.

DIRECTOR DE TESIS
LIC. GLORIA ENRIQUETA BEJARANO SÁNCHEZ.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**TIPO Y FUNDAMENTACIÓN DE LAS QUEJAS DE LOS PACIENTES
PRIVADOS DE SU LIBERTAD EN EL HOSPITAL GENERAL DE XOCO.**

Dra. Huerta Juárez Mónica Margarita.

Vo. Bo.

Dr. Víctor Hugo Soto Flores.

Titular del Curso de Especialización en Medicina Legal.

Vo. Bo.

Dr. Antonio Fraga Mouret.

Director de Educación e Investigación.

**TIPO Y FUNDAMENTACIÓN DE LAS QUEJAS DE LOS PACIENTES
PRIVADOS DE SU LIBERTAD EN EL HOSPITAL GENERAL DE XOCO.**

Dra. Huerta Juárez Mónica Margarita.

Vo. Bo.

Lic. Gloria Enriqueta Bejarano Sánchez.

Directora de Tesis
Jefa del Área Jurídica del Hospital General Xoco,
de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

-

DEDICATORIA.

Dedico esta tesis a mis padres, por su apoyo incondicional en cada uno de los proyectos de mi vida y su fiel creencia en mi persona. Esperando que con cada paso logrado, sea re-contribuido el esfuerzo y sacrificio han cedido para mi educación. Para ustedes mi total agradecimiento hoy y siempre.

A mi familia que siempre ha estado dispuesta a escucharme y apoyarme, que si bien en momentos he descuidado, siempre ha sido en mi busca de ser mejor profesionista y persona.

A mi asesora de tesis Lic. Bejarano, quien confió en mí para llevar a cabo este proyecto y me ofreció su apoyo para la realización del mismo. Al Dr. Lazcano, quien sin su ayuda no hubiera sido posible llevar a cabo esta tesis, por su confianza en este tema y por su paciencia para conmigo.

A mis profesores, quienes me han ofrecido lo mejor de sí para llevar a cabo mi formación profesional, personas de inmensa sabiduría que han dejado y dejarán una huella importante en mí. Por el interés y el amor que le han demostrado a la Especialidad de Medicina Legal muchas gracias.

A los exresidentes que me han apoyado y contribuido en mi formación profesional, y que sobretodo me han ofrecido su amistad. A mis aún compañeros de residencia por su lealtad y apoyo. Así como, a todos aquellos que han contribuido directa o indirectamente en la elaboración de este proyecto.



ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.	1
MATERIAL Y MÉTODOS.	14
RESULTADOS.	17
DISCUSIÓN.	47
CONCLUSIONES.	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	58
ANEXOS.	61

RESUMEN.

Objetivo: Evaluar el tipo, motivo y fundamentación de las quejas presentadas por pacientes privados de libertad ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), derivadas de la atención recibida en el Hospital General de Xoco. Así como el impacto que tiene los procesos de queja en el personal de salud involucrado.

Material y Métodos: Se realizó una investigación sociomédica, utilizando un diseño híbrido, principalmente cualitativo de tipo análisis del discurso y cuantitativo de tipo observacional, analítico, descriptivo, transversal y retrospectivo. En el que se analizaron 26 expedientes jurídicos de pacientes privados de su libertad atendidos en el Hospital General de Xoco que interpusieron una queja ante la CDHDF, durante el 01 de enero del 2012 al 31 de diciembre del 2013, con el fin de identificar la motivación, fundamentación y consistencia de las quejas, además del proceso de resolución y conclusión de las mismas. Posteriormente, mediante un estudio observacional, analítico, descriptivo, transversal y prospectivo de 25 cuestionarios realizados al personal médico del Hospital General de Xoco, durante el periodo abril-mayo 2014 se analizó el impacto que tenían este tipo de quejas en el personal involucrado.

Resultados: Los 26 expedientes de queja correspondieron a pacientes del sexo masculino. Los motivos que con mayor frecuencia originaron las quejas fueron los relacionados con el alta médica y la deficiencia en la relación médico paciente. Siendo los servicios de Medicina Interna y Neurocirugía donde se originaron las inconformidades. Los procesos para la resolución de la queja que utilizó la CDHDF fueron en mayor medida por medio de la emisión de medidas precautorias. Únicamente nueve de los casos revisados contaban con un oficio de conclusión que daba por finalizadas las quejas, en las que se determinó que la atención médica había sido adecuada. Las quejas que habían sido resueltas

carecían de fundamentación, o bien, eran inconsistentes con los hechos documentados, siendo estas motivadas por el alta hospitalaria y la relación médico paciente.

En cuanto a los cuestionarios aplicados al personal hospitalario, se encontró que los servicios médicos que recibieron el mayor número de quejas por parte de los pacientes privados de su libertad fueron los de Medicina Interna y Neurocirugía, quienes calificaron el desempeño de la CDHDF como mala e irregular, por recibir quejas infundadas y/o mal fundamentadas, considerándola poco imparcial al no permitirles el derecho de réplica antes de iniciar la queja e incluir recomendaciones que estaban fuera de la realidad institucional; en cambio, aquellos que no habían estado involucrados en este tipo de quejas, consideraron mejor el desempeño de la Comisión. En su mayoría contestaron que este tipo de quejas repercutía en una práctica de medicina defensiva, sin embargo, ninguno presentó consecuencias a nivel psicosocial.

Conclusiones: Las causas más frecuentes de queja en el Hospital General de Xoco por parte de los pacientes privados de su libertad fueron las relacionadas con el alta médica hospitalaria y con la deficiencia en la relación médico paciente. En los expedientes analizados se observaron un gran número de quejas mal fundamentadas o inconsistentes con los hechos, destacando aquellas que eran motivadas por el temor que presentaban los pacientes privados de la libertad a regresar al reclusorio.

En su mayoría se emitieron medidas precautorias, sin embargo, pocas estaban correctamente relacionadas con los hechos de queja, mientras que las restantes estaban basadas en un formato previamente establecido o incluso hubo algunas que carecían de fundamento técnico científico.

Se concluyó que la resolución de las quejas no estaba relacionada con el motivo, consistencia, ni fundamentación con que habían sido expuestas, sino más bien, estaban relacionadas con la calidad con que se habían emitido las medidas precautorias.

El personal médico del Hospital General de Xoco no presentó repercusiones psicosociales secundarias al proceso de queja. Sin embargo, si las refirieron en su desempeño laboral, mediante una práctica médica defensiva, abuso de recursos de diagnóstico y/o terapéuticos y al limitarles una práctica médica libre y adecuada.

Palabras clave: pacientes privados de la libertad, quejas médicas, fundamentación, motivación, consistencia..

INTRODUCCIÓN.

Antecedentes.

En la actualidad existe un reconocimiento creciente de que la salud de las personas privadas de libertad, es una cuestión crítica en sí misma y un problema de salud pública. ¹ Es bien sabido que los presos son un grupo vulnerable de la población y que su salud tiende a ser peor que la del resto de la población, a pesar de que los servicios de salud prestados a personas privadas de libertad deberían ser equivalentes a los previstos para la población en general, como lo señala la Organización Mundial de la Salud y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. ^{2,3}

De acuerdo a estadísticas oficiales, las cárceles mexicanas están saturadas, en promedio, más del 30% y sus poblaciones se encuentran en continuo crecimiento. ⁴ Además, durante años, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y las organizaciones no gubernamentales han informado que la salud y las condiciones sanitarias dentro de estos centros de reclusión son pobres y que la corrupción, el hacinamiento, el alcoholismo y la adicción son frecuentes en la mayoría de las instalaciones. ⁵

Este panorama ha provocado un incremento en el número quejas relacionadas con derechos de las personas privadas de su libertad, se han registrado 3,069 quejas ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) durante el año 2010. Lo que equivale al 22.14% respecto del total de quejas presentadas ante ese organismo. Hasta septiembre de 2011, la CDHDF recibió cerca de 1595 menciones a derechos humanos vulnerados a personas privadas de la libertad. Siendo los más mencionados como presuntamente vulnerados. ⁶

Si bien el personal de salud y los responsables de las políticas públicas juegan un papel central en la protección de estos derechos y en la búsqueda de objetivos de salud pública; la información existente sobre este grupo es mínima en comparación con la población general, limitando sus resultados.⁷

En México existen 431 centros penitenciarios y 227,671 personas se encuentran privadas de la libertad. El Distrito Federal cuenta con 15 Centros de Reclusión. De ellos, cinco están destinados a la atención de adolescentes en conflicto con la ley, cuatro para hombres y uno para mujeres. De los diez centros destinados para adultos, dos son exclusivos para mujeres (Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla y el Centro de Readaptación Social Tepepan) y dos más destinados a población próxima a cumplir sentencia, un centro varonil de rehabilitación psicosocial (CEVAREPSI), una penitenciaría para sentenciados ejecutoriados, un Centro Varonil de Readaptación Social (CERESOVA) para adultos jóvenes sentenciados primo-delinquentes, y tres Centros Preventivos Varoniles (Reclusorio Preventivo Varonil Norte, Oriente y Sur) en los cuales se concentra el 80 % de la población masculina reclusa. Actualmente, la población en reclusión es de alrededor de 41 mil personas, a pesar de que dichos centros están acondicionados únicamente para alojar a 21 mil.^{6,8}

Es importante señalar que el concepto de persona en “privación de la libertad” incluye a todos los sujetos que están ante cualquier forma de detención, encarcelamiento, institucionalización, o bajo custodia por razones de delitos e infracciones a la ley (ya sean procesadas o condenadas), que haya sido ordenada por o bajo el control de una autoridad judicial o administrativa, y ante la cual no pueda disponer de su libertad ambulatoria.⁹

El número de instrumentos internacionales que contribuyen a la promoción de los derechos de las personas confinadas y a la prevención de los malos tratos se ha incrementado enormemente en la segunda mitad del siglo XX. Esta evolución ha estado estrechamente vinculada con la expansión de derechos humanos, tanto a nivel mundial como regional. ¹⁰

La protección de la salud es una de las garantías individuales que consagra en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4°. De igual manera, también existen múltiples instrumentos internacionales de protección tanto de los comités de la Organización de las Naciones Unidas como del Sistema Interamericano que consagran el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel de salud física y mental. Estas declaraciones, pactos y observaciones generales comprometen legalmente a los Estados partes a respetar, proteger, facilitar, proporcionar y promover el derecho a la salud. Más aún en el caso de las personas privadas de libertad, en la medida en que por su condición de reclusión están imposibilitadas para acceder a servicios médicos ajenos al sistema penitenciario y a ejercer, por sí solas y con los medios de disposición, su derecho a la salud. ¹¹

La Secretaría de Salud, por conducto de la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias es la encargada de regular los servicios médicos que se encuentran en el interior de los Centros de Reclusión del Distrito Federal. Los cuales cuentan con servicios médicos-quirúrgicos generales, y los especiales de psicología, de psiquiatría y odontología, quienes proporcionan dentro del ámbito de su exclusiva competencia, la atención médica que los internos requieren. Cuando el personal médico de los Servicios de Salud determine necesario trasladar a los internos a otra unidad médica, ya sea para diagnóstico, tratamiento, o bien en casos de urgencia, solicitará su traslado a la Dirección del Centro de Reclusión de que se trate, acompañando de la hoja de referencia correspondiente; en el entendido que el Centro de Reclusión será

responsable de la seguridad y custodia que requiera dicho traslado. El tratamiento hospitalario en instituciones diferentes a los Servicios de Salud, sólo podrá autorizarse a recomendación de las autoridades de dichos Servicios, cuando exista grave riesgo para la vida o secuelas posteriores que puedan afectar la integridad del interno o bien, no se disponga de los elementos necesarios para una atención adecuada.¹²

Por lo tanto, el modelo de atención a la salud en los Centros de Reclusión del Distrito Federal establece que con el propósito de otorgar los servicios de atención médica y de salud pública para la población privada de su libertad se dispondrá de unidades, que acorde con la infraestructura, otorgarán los servicios que corresponden a los tres niveles de atención que garanticen la satisfacción de la demanda de la población y la cobertura total de la misma, éstas se apoyarán en los mecanismos de referencia y contra-referencia establecidos, respetando las áreas geográficas de Hospitales de la Red, cercanas a la ubicación del cada centro de reclusión; lo que permitirá garantizar el uso adecuado de los recursos disponibles y la correcta satisfacción de la demanda.¹³

Los Hospitales de la Red de la Secretaria de Salud del Distrito Federal que concentra la atención de segundo nivel para la población en reclusión son los Hospitales General de Xoco, Dr. Rubén Leñero, la Villa, Iztapalapa Comunidad Económica Europea, Balbuena y Ticomán; así como el Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, el Hospital Juárez de México y la mayoría de los Institutos Federales de Especialidad, también reciben a pacientes privados de la libertad.¹⁴

Alrededor del 5% de los problemas de salud de la población privada de su libertad son resueltos en el segundo nivel de atención médica; en el cual también se presentan inconformidades. Entre ellas el complicado el acceso que tiene debido a las deficiencias en los traslados de reclusos a los hospitales con el fin de recibir tratamientos especializados, debido, entre otras razones, a la inoperancia de las autoridades judiciales o administrativas que deben autorizar los traslados; a la falta de vehículos y de personal disponible para ejecutarlos. En situaciones de urgencia, la imposibilidad o la demora en el transporte de los internos a centros hospitalarios puede traer como consecuencia la muerte u otro tipo de daño irreparable. En otras circunstancias, puede ocasionar que éstos pierdan las citas médicas o la continuidad de tratamientos que son importantes para su condición particular de salud.⁹

Por otra parte, el Estado tiene el deber legal, bajo la ley Internacional de garantizar derechos humanos y proporcionar procedimientos de queja, como se encuentra establecido en el numeral 10, de la Carta de los Derechos de los Pacientes: *“El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud”*. Esto con sustento jurídico en la Ley General de Salud artículo 54, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en los artículos 19, 51 y 52, el Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en sus artículos 2, 3, 4 y 13 , así como la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal en los artículos 3 y 17.¹⁵

Las quejas médicas se generan por insatisfacción de los pacientes y/o sus familiares, tanto con el proceso y los resultados de la atención, como con la satisfacción de sus expectativas. Es de precisar, que la prestación de los servicios con calidad, incluye a todos los elementos del concepto mencionado, como son: oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica en el proceso, así como la satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas en los resultados. La falta de cuidado en alguno de estos elementos puede dar lugar a una queja, con o sin la ocurrencia de una falla en la seguridad del paciente, que ocasione un evento adverso. Las quejas, las fallas en la seguridad y los eventos adversos, también pueden ocurrir por problemas en las instalaciones, en los equipos, en su mantenimiento, en la organización y en el desempeño del personal de salud.¹⁶

La queja médica es la expresión dolorosa de una realidad que se vive en la relación sanitaria y que exige ser atendida para saber, las causas que originan el malestar individual y social. Al encontrar causas, es posible crear soluciones; las cuales permitirán mejorar: el sistema administrativo de las instituciones, la calidad en la atención médica, la relación médico paciente y se disminuirán costos, al no tener que involucrar a otras instancias, y no fomentar una medicina defensiva por parte del personal.^{17,18}

La mayoría de las quejas sobre la atención médica por parte de los pacientes privados de la libertad, son interpuestas ante la CDHDF, la cual es una institución pública autónoma competente para conocer de quejas y denuncias por presuntas violaciones a los derechos humanos, cuando éstas fueren imputadas a cualquier autoridad o servidor público que desempeñe un cargo o comisión local en el Distrito Federal o en los órganos de procuración e impartición de justicia.¹⁹

Como parte de la medida resolutive, la CDHDF admite y recibe las quejas, las cuales pone en conocimiento ante las autoridades o servidores públicos señalados como presuntos responsables, a quienes se les solicita un informe escrito sobre los actos u omisiones a los cuales se les atribuye la queja. Dicho informe contendrá los antecedentes del asunto, los fundamentos y motivaciones de los actos u omisiones que se le imputan y los elementos de información que consideré necesarios. En su caso, el presidente de la CDHDF o los visitantes, podrán solicitar en cualquier momento a las autoridades competentes, que se tomen todas las medidas necesarias para evitar la consumación irreparable de las presuntas violaciones de derechos humanos denunciadas o reclamadas, dichas medidas pueden ser “precautorias de conservación” o “restitutorias”, según lo requiera la naturaleza del asunto.²⁰

En el 2009, la CDHDF registró 862 quejas presuntamente violatorias del derecho a la salud en el sistema penitenciario y, durante 2010, un total de 958. Desde su creación y hasta el mes de abril de 2011, esta Comisión ha emitido 22 recomendaciones relacionadas con violaciones al derecho a la salud de las personas privadas de la libertad.¹¹

Además, durante el 2012, documentó 101 muertes de personas en reclusión por asuntos de salud, y durante los dos últimos años ha recibido 1,200 quejas motivadas, principalmente, por la escasa prestación de servicios médicos. Entre estas, el acceso y la calidad de la atención especializada es otro ámbito de preocupación que se menciona en más de un tercio de las quejas (31%). Las más de mil denuncias recibidas en los últimos dos años, refieren la negación del personal o los retardos injustificados en la realización de gestiones necesarias para que los pacientes sean referidos de manera oportuna a un hospital donde se le brinde la atención médica especializada, también son señaladas quejas respecto a violaciones a los derechos humanos de las personas privadas de la libertad en el contexto de los traslados y malas prácticas en los hospitales de

especialidad donde son atendidos; de las cuales, existen quejas y recomendaciones que señalan la carencia de recursos humanos y materiales en algunas de las instituciones hospitalarias de segundo y tercero nivel de atención, sin hacer mayor referencia en cuánto la magnitud de este problema.²¹

Se ha descrito que el aumento de exigencias en cuanto a la calidad de actuación profesional y continuo incremento de la presión social, que convierte a los pacientes en sujetos hipercríticos con la actuación del personal sanitario, y que a su vez, se han convertido en el blanco de las quejas de los fallos del sistema sanitario. Lo cual influyen de forma negativa en el desempeño del personal de salud que tiende a aislarse, distanciarse de sus pacientes y a ejercer una medicina defensiva, con el fin de protegerse ante un eventual futuro reclamo por parte del paciente, de igual manera, el miedo a las demandas del paciente o de sus familiares inclusive pueden favorecen a la aparición de pensamientos paranoides, cargados de suspicacia, recelo y desconfianza que se tiñen de fastidio, cansancio, fatigabilidad y astenia, lo cual tiene como consecuencia un mayor índice de stress laboral, que puede desencadenar en el síndrome de Burnout.²²

El síndrome de agotamiento profesional o Burnout, es un término descrito por primera vez por el psicoanalista Herbert J. Freudenberger en 1973, se define como una respuesta al stress laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabajan y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con mayor frecuencia en los trabajadores de la salud, cuyo progreso suele ser insidioso, que emerge de forma paulatina y se presenta de forma cíclica, con tendencia a repetirse varias veces a lo largo del tiempo.²³

El síndrome de Burnout se identifica por tres componentes esenciales, los cuales son: 1) el cansancio emocional, caracterizado por una sensación creciente de agotamiento en el trabajo, “de no poder dar más de sí”, desde el punto de vista profesional, para protegerse de este sentimiento negativo, el profesionalista trata de aislarse de los demás, desarrollando así una actitud impersonal, deshumanización de las relaciones hacia las personas y miembros del equipo, disminuyendo así su compromiso laboral; 2) la despersonalización, caracterizado por un cambio negativo de actitudes que lleva a un distanciamiento frente a los problemas, e incluso a culpar a los propios pacientes de los problemas que acontecen al profesional, llegando a considerar a estas personas como verdaderos objetos; y 3) el abandono de la realización personal, en la que el sujeto puede sentir que las demandas laborales exceden su capacidad, encontrándose insatisfecho con sus logros profesionales.²⁴

Entre la sintomatología que acompaña al síndrome de Burnout se encuentran la presencia de cefaleas sensoriales, fatiga, agotamiento, insomnio, trastornos gastrointestinales, dolores generalizados, malestares indefinidos, falta de entusiasmo e interés, dificultad para concentrarse, permanente estado de alerta, actitud deflexiva, irritabilidad, impaciencia, depresión, negativismo, frustración, desesperanza, desasosiego, que pueden manifestarse en ausentismo laboral. Se han descrito cuatro niveles clínicos: leve con quejas vagas, cansancio y dificultad para levantarse a la mañana, moderado mostrando cinismo, aislamiento, suspicacia y negativismo, grave con enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas, y extremo con un aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos e incluso puede llegar al suicidio.²³

Bajo este panorama, el Hospital General Xoco, es una institución para la atención médica de segundo nivel perteneciente a la Red Hospitalaria de la Secretaría de Salud Distrito Federal, que atiende un gran número de pacientes privados de su libertad, en casos que por su complejidad requieren de servicios de atención ambulatoria especializada, de hospitalización, derivados por urgencia médico-quirúrgica o cuya resolución demande la conjunción de técnicas y servicios de mediana y alta complejidad. Cuenta con 199 camas censables, 52 camas no censables y 23 consultorios; además de las especialidades médica de Urgencias, Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Neurocirugía, Cirugía general, Ortopedia y Cirugía Plástica. El Departamento Jurídico de este hospital recibe un registro constante de quejas de pacientes privados de la libertad, principalmente a través de la CDHDF, sin que exista estudios que analicen las características y el fundamento de las quejas, ni en dicho hospital, ni en ningún otro de la Red, así como el impacto que éstas producen en su personal.²⁵

Planteamiento del problema.

Existe suficiente información sobre las condiciones en las que actualmente viven las personas privadas de libertad en los diferentes Centros de Reclusión del Distrito Federal, así como de la violación a sus derechos y de las quejas presentadas ante la Comisión de Derechos Humanos, siendo mencionados incluso, como el grupo presuntamente más vulnerado.

En el ámbito del Sistema de Salud, se encuentran involucrados y comprometidos el personal, las instalaciones y equipos, generalmente insuficientes o deficientes; traslados tardíos y violaciones a la normatividad. Conocemos los motivos de las quejas dentro de las cárceles y las recomendaciones que ha dado la CDHDF; pero desconocemos tanto las características como la fundamentación de las quejas que presentan los

pacientes privados de la libertad atendidos en Hospitales de la Red de la Secretaria de Salud del Distrito Federal, como lo es el Hospital General de Xoco,

Ante esta la problemática y ante la postura de Instituciones como la CDHDF: aparece una tendencia a criminalizar a los proveedores de la atención médica que recibe este tipo de pacientes y se desconoce el impacto y la trascendencia que estas condiciones tienen sobre estos últimos. Este estudio tiene el propósito de coadyuvar al conocimiento de este fenómeno, de lo que resulta la siguiente pregunta de investigación: *¿Qué tipo y fundamento tiene las quejas presentadas ante la CDHDF, por pacientes privados de su libertad?*

Para alcanzar el propósito, se estudiará la relación que exista entre el sexo, la edad y la procedencia de los pacientes privados de libertad que interpusieron alguna queja, así como el servicio en el que se encontraban hospitalizados, el promovente de dichas quejas, el motivo que las originó y la resolución a la que se llegó en cada caso. Finalmente se analizará el argumento que fue expuesto, con el fin de establecer si se trató o no de una queja bien fundamentada.

Justificación.

Esta investigación se realizará para llevar a cabo un análisis de la información derivada de las quejas presentadas ante el Departamento Jurídico del Hospital General Xoco, durante el 2012 al 2013 por parte de pacientes privados de la libertad; ya que dicha unidad, al formar parte de los Hospitales Red con los que cuenta la Secretaria de Salud, está en contacto con una población compleja con un alto índice de quejas ante la CDHDF.

A través de este estudio, se analizarán el argumento de dichas quejas, con el fin de identificar si están relacionadas o no con deficiencias derivadas de la atención médica, de fallas administrativas como la falta de recursos y /o personal médico, relacionadas con eventos adversos (por ejemplo: infecciones nosocomiales, complicaciones médicas o quirúrgicas, etc.), riesgos inherentes a la práctica médica, e incluso detectar aquellas cuyo argumento este fuera de contexto y carezcan de algún fundamento.

Esto con el fin de proporcionar a los médicos y a la Institución la información necesaria para mejorar el desempeño en los servicios de salud; y proporcionar a los mismos, las herramientas necesarias para prevenir o en su caso disminuir los motivos de inconformidad. Lo que a su vez, traería como beneficios una disminución en la carga de trabajo, tanto para el departamento Jurídico del Hospital, como para la Comisión de Derechos Humanos, que permitiría invertirlo en otros asuntos de mayor relevancia y disminuiría los costos que se generan al atender y solucionar dichas quejas.

Para poder realizar esta investigación, contaremos con el apoyo de la Institución para acceder a su registro de quejas y poder recabar la información necesaria; los materiales físicos que se ocuparán serán mínimos, de bajo costo y no se requerirá de recursos humanos. Convirtiéndola en un proyecto altamente factible.

Objetivo general.

Evaluar el tipo y fundamento de las quejas presentadas por pacientes privados de libertad, en el Hospital General de Xoco.

Objetivos específicos.

- Evaluar la consistencia entre la queja y su fundamento técnico - normativo.
- Evaluar la fundamentación técnica de las medidas precautorias emitidas por los visitadores de la CDHDF
- Evaluar la fundamentación técnica de las recomendaciones propuestas por la CDHDF.
- Evaluar la condición psicosocial del personal de salud involucrado.
- Evaluar la asociación entre la exposición al proceso de queja y la condición psicosocial
- Evaluar el impacto que el proceso de queja de los pacientes privados de su libertad, tiene en el personal de salud involucrado.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Diseño del estudio.

Se realizó una investigación sociomédica, utilizando un diseño híbrido, principalmente cualitativo de tipo análisis del discurso y cuantitativo de tipo observacional, analítico, descriptivo, transversal y retrospectivo.

Universo de trabajo.

- 26 expedientes jurídicos de pacientes privados de su libertad atendidos en el Hospital General de Xoco que hayan interpuesto una queja ante la CDHDF, durante el 01 de enero del 2012 al 31 de diciembre del 2013.
- Cuestionarios practicados a personal médico del Hospital General de Xoco, durante el periodo abril-mayo 2014.

Criterios de inclusión.

- Quejas de pacientes privados de libertad, atendidos en el Hospital General Xoco, registradas en el Departamento Jurídico, durante el 01 enero del 2012 al 31 de diciembre del 2013.
- Cuestionarios a médicos de cualquier sexo, edad y especialidad, que se encontraban laborando en el Hospital General Xoco durante abril-mayo junio 2013.

Tamaño de la muestra.

Al ser una investigación observacional y predominantemente cualitativa el tamaño de la muestra se basó en la necesidad de información y el principio de saturación de datos, con muestreo por conveniencia. Se contó con 26 expedientes jurídicos y se aplicaron 25 cuestionarios al personal médico.

Determinación de variables. (VER ANEXO I)

Para los expedientes de queja, se establecieron las siguientes variables de contexto:

- Sexo, edad, procedencia y Unidad Médica previa de atención del paciente.
- Servicio médico de procedencia de la queja.
- Promovente.
- Fundamentación de la queja. (VER ANEXO II)
- Proceso de resolución.
- Tipo de resolución.

Para los cuestionarios aplicados al personal médico:

- Sexo, edad y especialidad médica.
- Antecedente de haber recibido quejas de los pacientes privados de la libertad a través de la CDHDF
- Clasificación que otorgan al desempeño de la CDHDF en el proceso de resolución de quejas médicas.
- Motivos considerados para calificar el desempeño de la CDHDF.
- Presencia y tipo de repercusiones presentadas por quejas de los pacientes privados de su libertad.
- Condición psicosocial del personal médico.

La variable compleja constituyó en la relación de consistencia de la queja, producto de la relación de los elementos constituyentes de la misma (motivación y fundamentación) con lo expresado en la resolución.

Métodos, técnicas y procedimientos de recolección de datos:

Al tratarse de una investigación descriptiva y retrospectiva, la estrategia de observación que se utilizó fue indirecta y no participante, mediante la revisión documental de las quejas presentadas por pacientes privados de su libertad, que se encontraban registradas en el Departamento Jurídico del Hospital Xoco, durante un periodo de 2012 al 2013. La información obtenida fue registrada por el investigador principal en cédulas de recolección de datos, compuestas de preguntas abiertas, dicotómicas y de opción múltiple. (VER ANEXO III)

Posteriormente para analizar el impacto que tenían las quejas sobre el personal de salud perteneciente al Hospital General de Xoco, se les aplicó un cuestionario en el que se les preguntó sobre presencia de repercusiones en su práctica médica, y además, se les evaluó su condición psicosocial mediante el cuestionario de Maslach Burnout Inventory. (VER ANEXO IV y V)

Con la información recolectada se creó una base de datos en el programa Excel[®], en dos hojas de cálculo, una para las variables cuantitativas y otra para la cualitativas, en ambas se realizó una reducción de datos (en el caso específico de las variables cualitativas se llevó a cabo un análisis por técnicas discriminativas). La información fue validada a través del mismo programa. Para su análisis se utilizó estadística descriptiva, mediante el programa EPI-INFO 6.0.4d[®], se obtuvieron las frecuencias simples y proporciones de cada variable. Con la información obtenida se realizaron tablas y gráficas, realizando una interpretación analítica de los resultados.

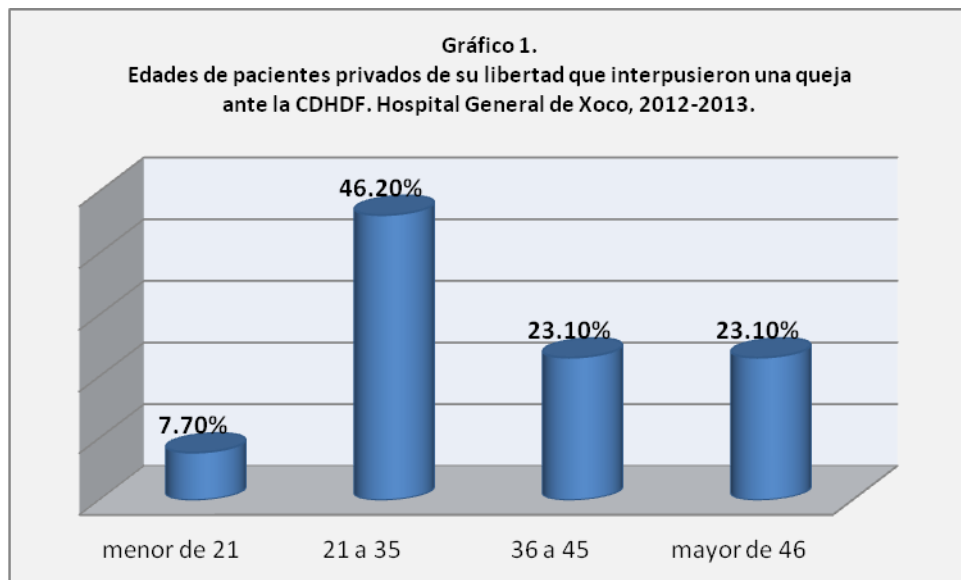
Por último el análisis cualitativo, la consistencia entre fundamento y la motivación de las quejas, así como la consistencia de éstas con la resolución inferida por la CDHDF se realizó análisis del discurso.

RESULTADOS.

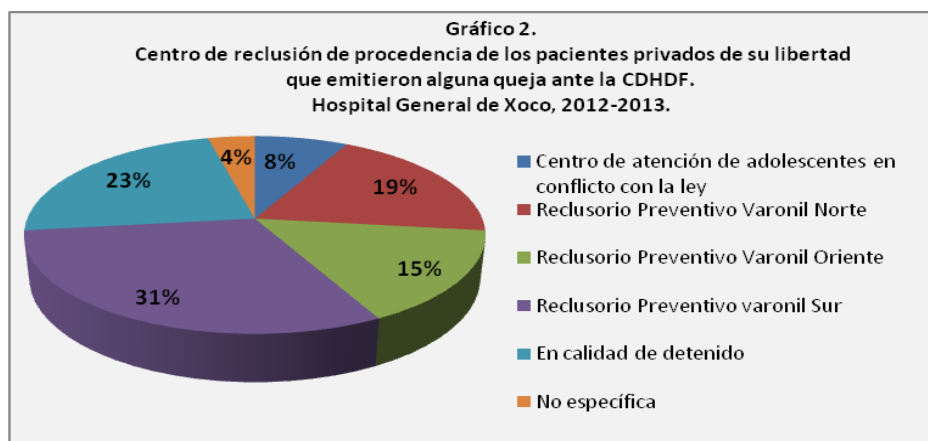
Se revisó un total de 200 expedientes de quejas emitidas ante la CDHDF, registradas en el Departamento Jurídico del Hospital General de Xoco, dentro de un periodo que abarcó desde el 01 de enero del 2012 hasta el 31 de diciembre del 2013, de las cuales 26 expedientes eran pertenecientes a los pacientes privados de su libertad, cuyos casos se utilizaron como el universo del presente estudio.

1. En cuanto a las quejas emitidas ante la CDHDF por parte de los pacientes privados de su libertad, en el Hospital General de Xoco.

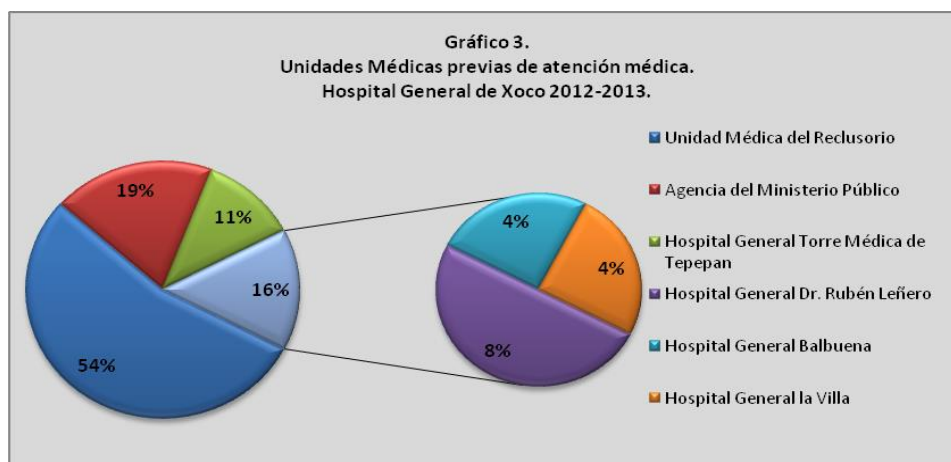
La población estudiada, se conformó por 26 pacientes privados de su libertad que presentaron quejas ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, en su totalidad pertenecen al sexo masculino, con un rango de edad amplio; el menor de 17 años y el mayor de 70, con un promedio de 36 años. El rango de edad de mayor frecuencia fue entre los 21 y los 35 años de edad con 46%. (Gráfico 1)



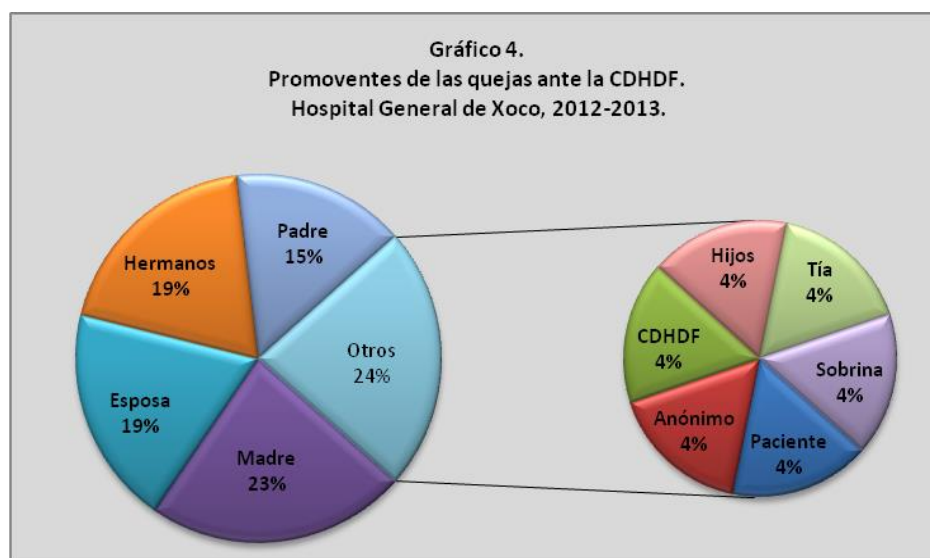
Los centros de reclusión de estos pacientes fueron: el Centro de Atención para los Adolescentes en Conflicto con la Ley (8%), el Centro Reclusorio Norte (19%), Oriente (15%) y Sur (31%), aquellos que se encontraban en calidad de detenidos (23%) y en los que no se especificó (4%) su procedencia. (Gráfico 2).



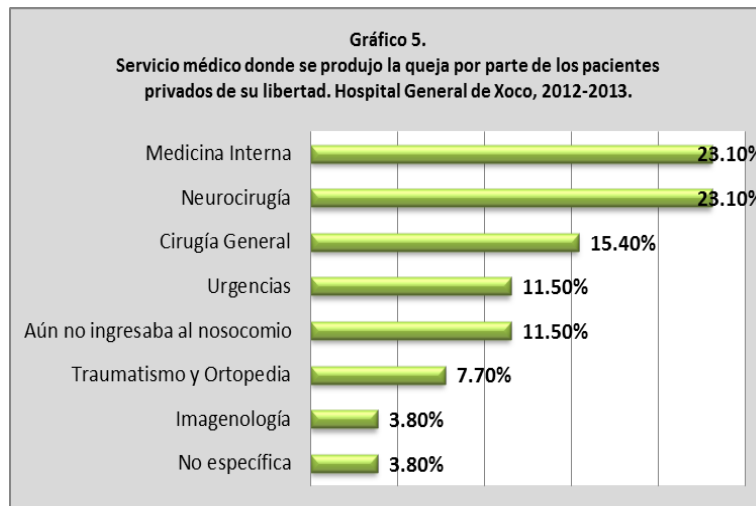
Previo a su atención en el Hospital General de Xoco, en su mayoría los pacientes fueron referidos de las Unidades Médicas del propio Centro de Reclusión (54%), otros provenían de la Agencia del Ministerio Público (19%), o habían sido previamente atendidos en el Hospital General Torre Médica de Tepepan (11%) el Hospital General Dr. Rubén Leñero (11%), Hospital General Balbuena (4%) y Hospital General la Villa (4%). (Gráfico 3)



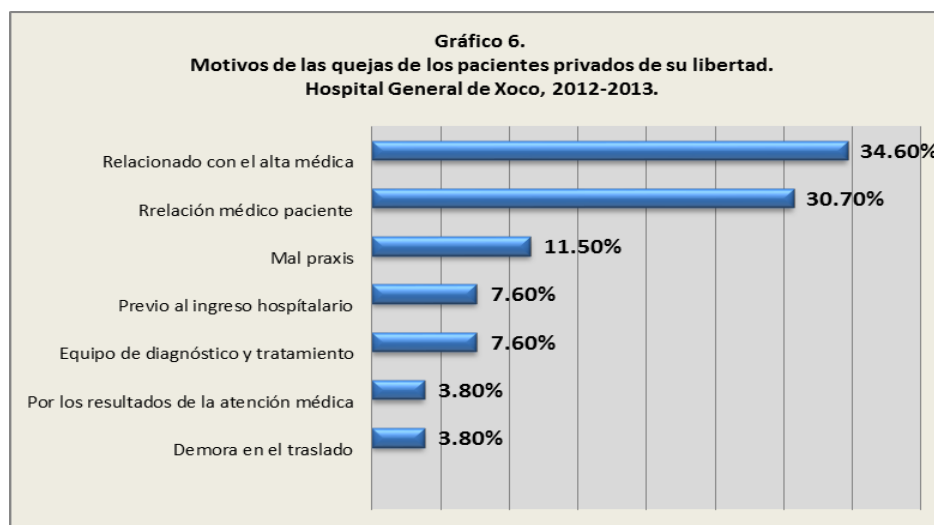
Los promoventes de la queja fueron en su mayoría los familiares: las madres de los pacientes 23%, la esposa y los hermanos 19% respectivamente, 23% otros con algún otro tipo de parentesco, 4% se presentó de forma anónima, 4% el promoverte fue el mismo paciente, y por último un 4% fue la CDHDF, quien fue testigo de los hechos. (Gráfico 4) Cabe señalar que si bien éste último no fue una queja como tal, el proceso que llevó fue el mismo que el resto, por lo que también se consideró dentro este estudio.



En cuanto a los servicios médicos del Hospital General de Xoco, donde se generó la inconformidad del paciente, las especialidades de Neurocirugía y de Medicina Interna fueron a las que se dirigieron el mayor número de quejas (23.1% cada una de ellas), posteriormente Cirugía General (15.4%), siguiendo el servicio de Urgencias (11.5%), Ortopedia y Traumatología (7.7%) e Imagenología (3.8%); además se presentaron algunos casos en que los que los pacientes aún no ingresaban al nosocomio (11.5%). (Gráfico 5)



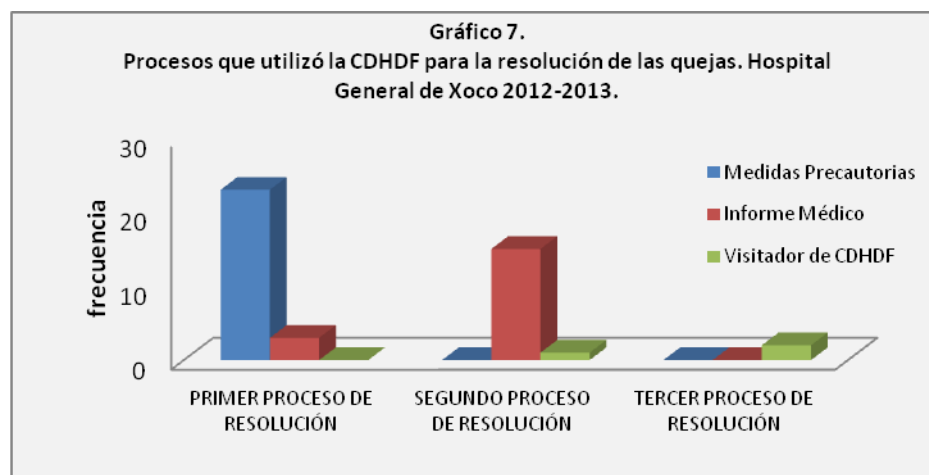
Los motivos que con mayor frecuencia originaron las quejas fueron los relacionados con el alta médica (34.6%) y con deficiencia en la relación médico paciente (30.7%); también se presentaron por mala praxis (11.5%), deficiencia de equipo médico de diagnóstico y/o tratamiento (7.68%), secundarias a la demora de referencia y/o traslado del Centro de Reclusión al Hospital de Xoco (3.8%), por la insatisfacción en los resultados de la atención médica (3.8%), y en 7.6% de las quejas el paciente aún no ingresaba al nosocomio, sin que se pudiera establecer un motivo en específico relacionado con una atención médica a y/o administrativa. (Gráfico 6)



Dos de los casos presentaron una segunda queja:

- a. Un caso presentó inconformidad relacionada con el alta médica y otra en contra del personal de enfermería por malos tratos, al realizar practicarle protocolo de sujeción gentil para prevención de caídas a un paciente neurológico.
- b. En otro caso, la primera queja estaba relacionada con la deficiencia en el equipo médico de diagnóstico y cuatro días después se anexo una segunda queja relacionada con el alta médica.

Los procesos para la resolución de la queja que utilizó la CDHDF fueron: a) *primer parte del proceso*, en 23 de los casos se emitieron medidas precautorias y en los tres restantes únicamente se solicitó y fue realizado un informe médico; b) *segundo parte del proceso*, en respuesta a las medidas precautorias previamente señaladas, en 15 casos el personal de salud involucrado realizó un informe médico y en los ocho restantes únicamente se envió un informe de contestación por parte de la Dirección del Hospital, y uno caso más ameritó la intervención de un visitador de la CDHDF; y c) *tercera parte del proceso*, dos casos más requirieron la presencia de un visitador. Por último, en ninguno de los casos revisados se emitieron Recomendaciones por parte de la Comisión. (Gráfico 7)



Respecto a las resoluciones de las quejas, únicamente se encontraron nueve oficios de aviso de notificación de conclusión por parte de la CDHDF (34.5%), que daban por finalizadas dichas quejas; sin embargo, en los 17 expedientes restantes (65.5%) no se encontró oficio alguno que refiriera una negativa en la resolución, por lo que éstos fueron catalogados como quejas que “aún se encontraban en proceso de resolución”.

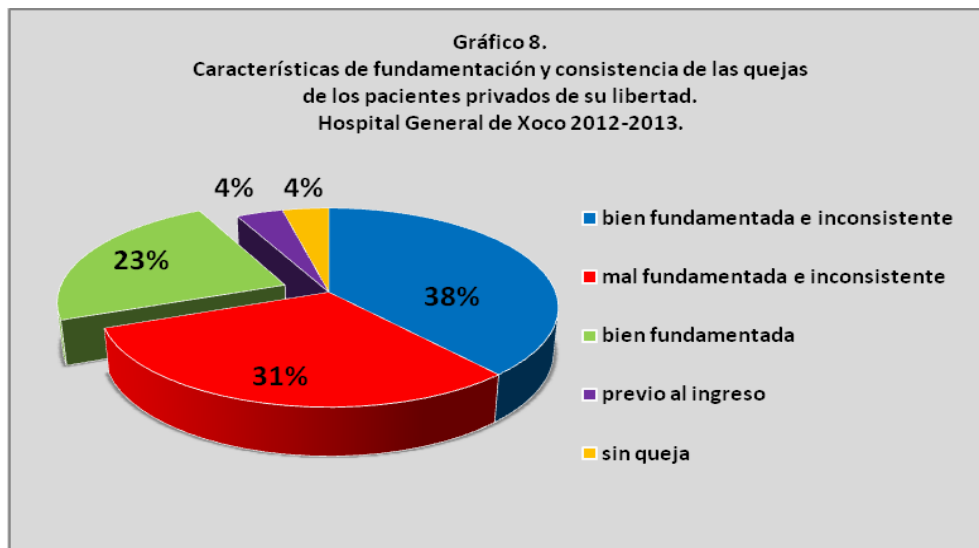
De las nueve quejas concluidas, se estableció el intervalo de tiempo entre la fecha del primer oficio que dio a conocer la queja y la fecha en que se dio por concluida la misma. De éstas, cuatro quejas se resolvieron en un intervalo de un mes, una queja en cinco meses, una queja en seis, dos quejas en siete y una más en un periodo de ocho meses. (Tabla 1)

Tabla 1. Periodo de la latencia de la resolución de la queja. Hospital General de Xoco 2012-2013.		
LATENCIA DE RESOLUCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 mes	4	15.4%
5 meses	1	3.8%
6 meses	1	3.8%
7 meses	2	7.7%
8 meses	1	3.8%
En proceso:	17	65.4%
<i>Fuente: Tipo y fundamentación de las quejas de los pacientes privados de su libertad en el Hospital General de Xoco.</i>		

2. En relación al análisis de las documentales de las quejas emitidas ante la CDHDF por parte de los pacientes privados de su libertad, en el Hospital General de Xoco.

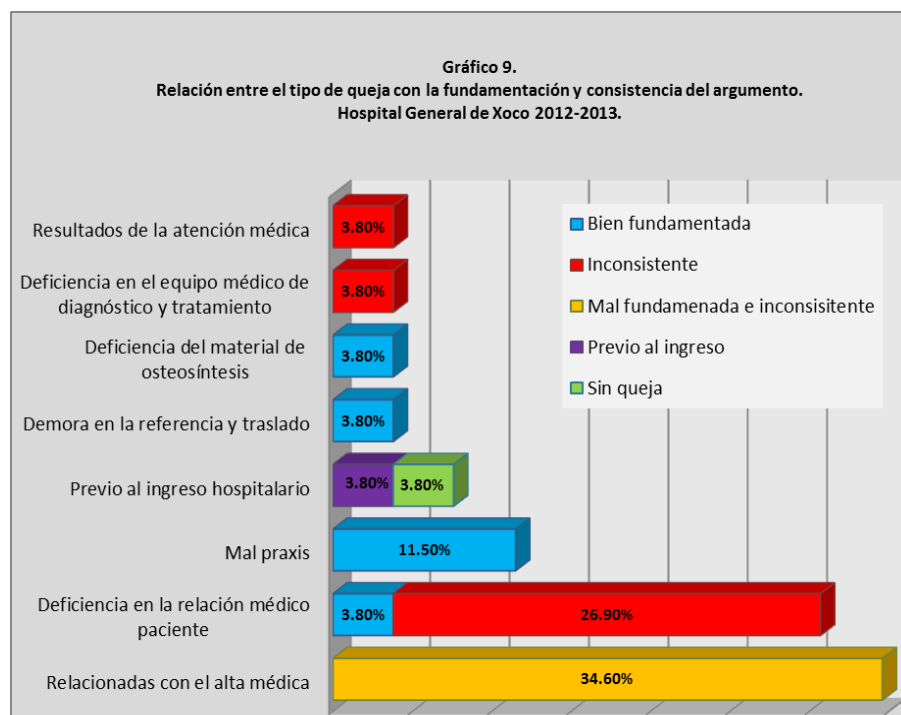
Al análisis de las documentales de cada expediente de queja de los pacientes privados de su libertad, se determinó que en ninguno de estos existían elementos de mal praxis, ni hechos violatorios de derechos humanos derivados de la atención médica otorgada en el Hospital General de Xoco.

En cuanto a las características de las quejas, únicamente 23% estaban legalmente fundamentadas, 38% a pesar de que también lo estaban, lo referido en las quejas era inconsistente con los hechos documentados, 31% no tenían un marco legal que las fundamentara, 4% se expuso la queja previo al ingreso del paciente y 4% no se refirió una queja como tal. (Gráfico 8).

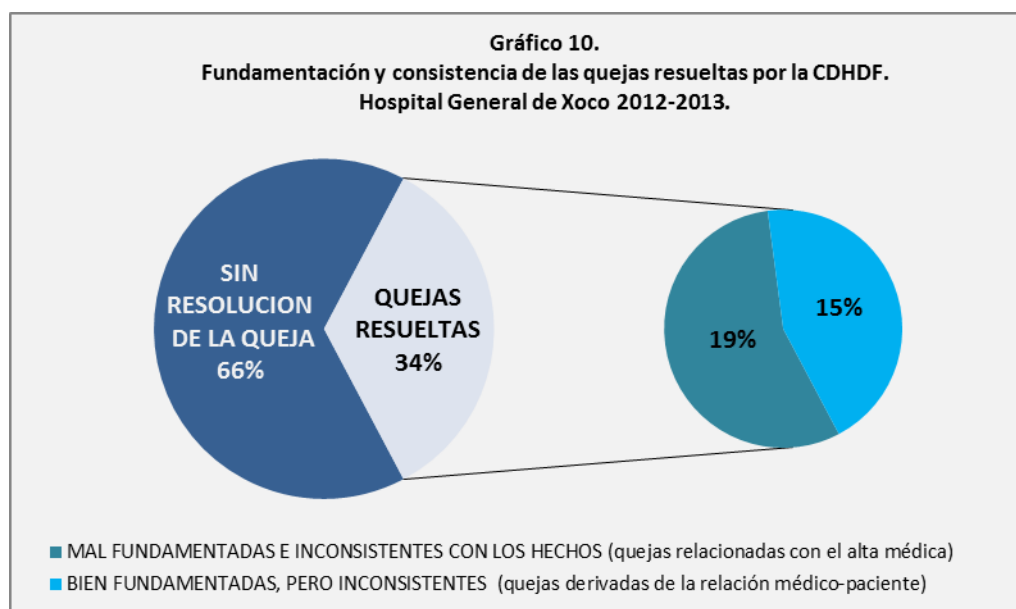


Al evaluar la relación entre el tipo de queja y las características de la misma, se encontró que la totalidad de las quejas relacionadas con el alta médica estaban mal fundamentadas (34.6%); en cambio, de las relativas a la deficiencia en la relación médico paciente (30.7%), 26.9% eran inconsistentes en lo referido a las documentales y sólo 11.5% estaban bien fundamentadas. En cuanto a mal praxis, todas estaban bien fundamentadas. En dos casos los oficios de medidas precautorias fueron emitidas cuando el paciente aun no recibía una atención médica (7.6%), en una, la queja se emitió previa a su arribo al nosocomio y en la otra no se había emitido una queja como tal (3.8% respectivamente).

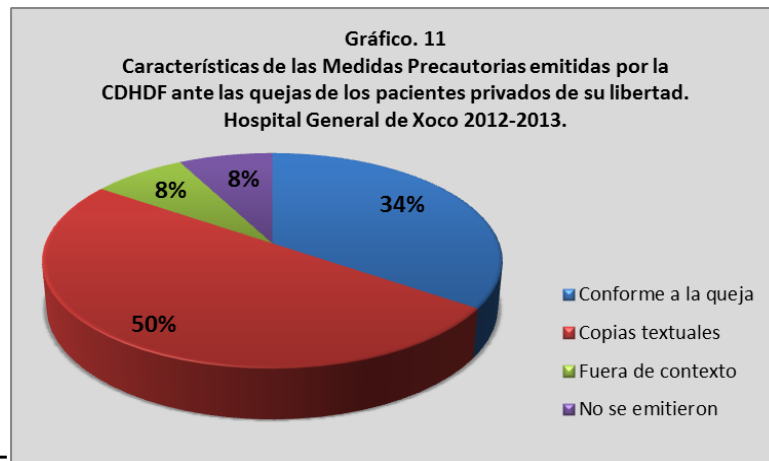
Las quejas relacionadas con la deficiencia en el material de osteosíntesis (3.8%), y en la demora del traslado hacía el hospital (3.8%) se encontraban bien fundamentadas; sin embargo las relativas a la inconformidad de los resultados obtenidos en la atención médica recibida (3.8%) y con deficiencia del equipo médico de diagnóstico y tratamiento (3.8%) la queja era inconsistente con los hechos referidos en las documentales. (Gráfico 9)



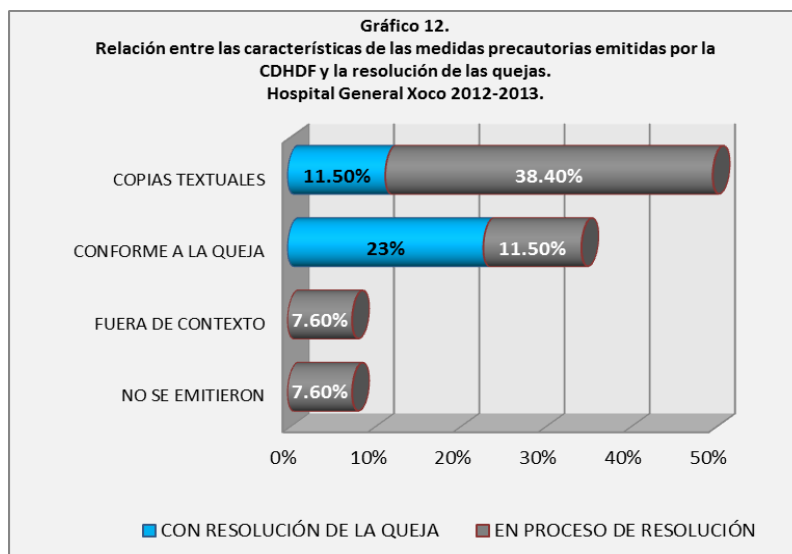
Al realizar el comparativo entre las quejas resueltas (34.5%) con la fundamentación normativa y consistencia de las mismas, se encontró que: 19.2% no estaban bien fundamentadas y eran inconsistentes con los hechos documentados, en su totalidad éstas correspondían a inconformidades relacionadas con el alta hospitalaria; mientras que 15.3% pertenecieron a quejas por déficit en la relación médico paciente y se encontraban bien fundamentadas, pero eran inconsistentes con los hechos. (Gráfico 10)



Al evaluar las características de las medidas precautorias que pronunció la CDHDF, se observó que: 50% literalmente tenían el mismo contenido (copias textuales), es decir, estaban basadas en un formato previamente establecido, 34% se emitieron conforme a la litis de la queja, 8% estaban fuera del contexto, sin relación con lo que se había establecido en la queja o sin un fundamento técnico científico y 8% no se emitieron medidas precautorias. (Gráfico 11)



Cuando se relacionaron las características de las medidas precautorias emitidas por la CDHDF con su resolución, se encontró que en aquellas que tendían a ser copias textuales del formato previamente establecido (50%) únicamente 11.5% se habían resuelto. En cambio, en aquellas medidas que se establecieron conforme a la queja (34.5%), 23% ya contaba con una resolución. Por último, en las quejas donde se habían expuesto medidas precautorias fuera de contexto (sin fundamento técnico científico o sin relación con la queja) y aquellas en las que no se emitieron, aún se encontraban en proceso de resolución. (Gráfico 12).



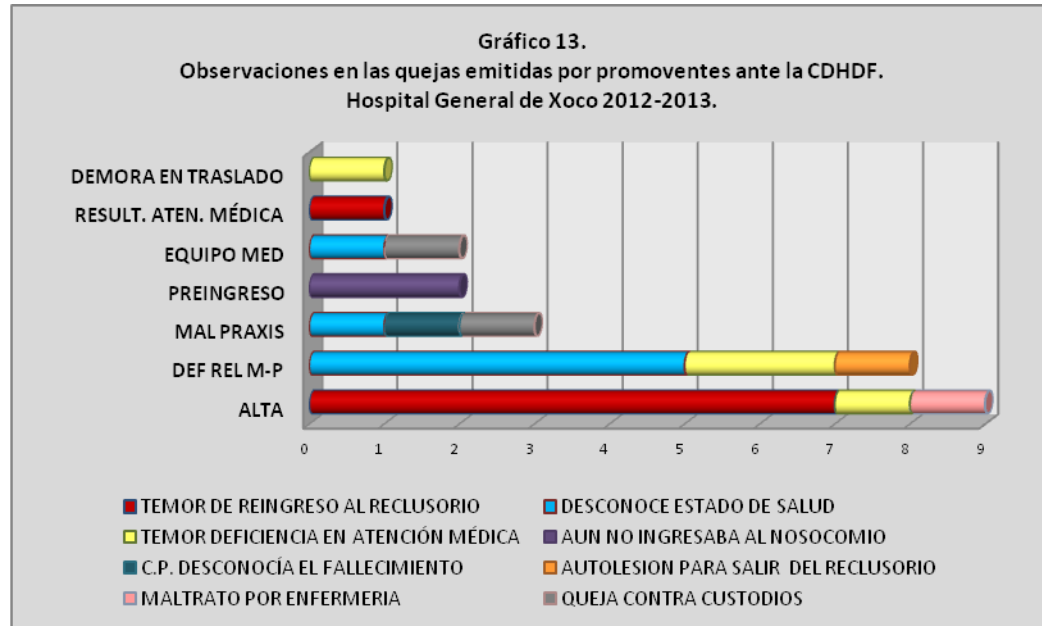
Al análisis de las quejas motivadas por el alta hospitalaria, se encontró que en siete de los casos el promovente manifestaba su temor al ingreso o regreso del paciente al Centro de Reclusión, en un caso además se refirió el temor del promovente a que el paciente no estuviese recibiendo una atención médica adecuada y en uno más se consideró que el reo estaba siendo maltratado por el personal de enfermería por realizarle sujeción gentil como parte del protocolo para prevenir caídas en pacientes neurológicos.

En las relacionadas con una deficiencia en la relación médico paciente, cinco casos fue el desconocimiento del estado de salud del paciente por parte del familiar lo que motivo la queja, en dos el temor a que éste estuviese recibiendo una atención médica deficiente y uno era secundario al que el paciente se había autolesionado ingiriendo clavos para salir del reclusorio

En aquellas derivadas por un probable mal praxis, un caso fue secundario a que el familiar desconocía el estado de salud del paciente y atañía una deficiencia en atención médica lo que provocó el fallecimiento del paciente, otra por que la queja había sido establecida en contra del personal médico y de custodia del Centro de Reclusión y la última por que dicho Centro desconocía sobre el fallecimiento del paciente y las causas de su muerte.

En dos casos relacionados con el equipo médico de diagnóstico o tratamiento, en uno también se refirió que familiar desconocía el estado de salud del reo, y en el otro, la queja también estaba establecida en contra de los custodios de reclusorio por permitir que su familiar fuera lesionado por sus compañeros de celda. En otro, la queja estaba constituida por el temor a una deficiente atención médica derivado de la demora del traslado desde el Centro de Reclusión. También se presentó un caso derivado de la insatisfacción en los resultados de la atención médica que estuvo relacionado con el temor de volver al reclusorio. Y por último, en dos casos la queja fue emitida antes de que se ofreciera un

atención médica, por lo que no fue posible establecer una causalidad como tal. (Gráfico 13)



Al análisis de las medidas precautorias se observaron las siguientes características: en las inconformidades relacionadas con el alta médica: Tres medidas se establecieron conforme a la queja. Tres eran copias textualmente idénticas. En una el modo en que se expresaron las medidas fue ofensiva para el personal de salud, en una se recibieron posteriores al egreso hospitalaria del paciente, en una del reo y en una más se podía evidenciar que fue emitida por personal no médico, ante la falta de tecnicismo y criterio médico clínico.

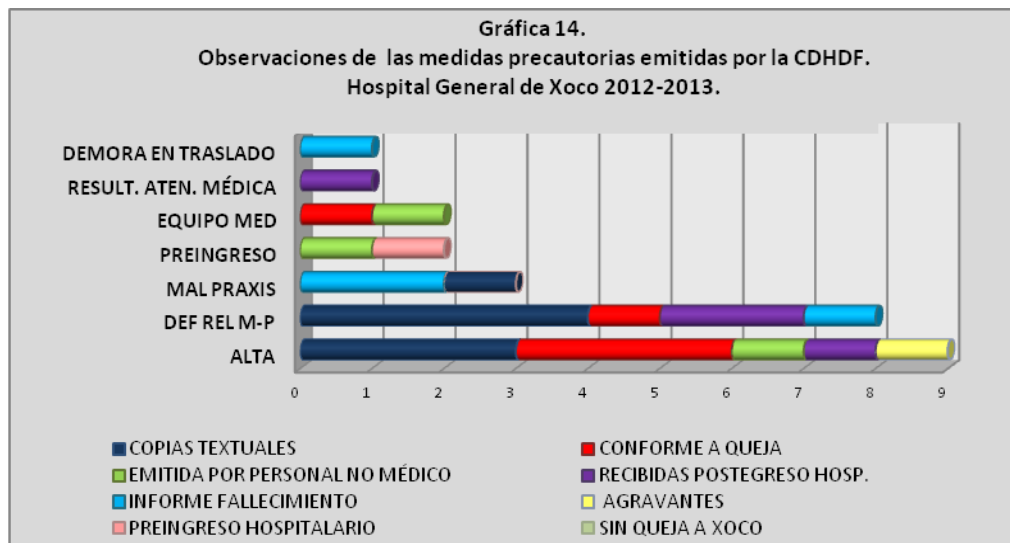
De igual manera, en cuatro de las medidas precautorias señaladas por la deficiencia en la relación médico paciente era copias textuales, una más fue referida conforme a la queja, dos se recibieron posteriores al egreso del paciente y en una no se emitieron, puesto que se solicitó un informe médico sobre el fallecimiento del paciente.

En cuanto a las quejas relacionadas con mal praxis, en un caso las medidas precautorias señaladas eran textualmente iguales y en dos casos no se emitieron solicitando un informe sobre el fallecimiento del paciente.

En los dos casos en que la queja fue emitida previa al ingreso hospitalario, en una de ellas se pudo evidenciar que las medidas precautorias no habían sido elaboradas por personal especializado, puesto que en las mismas no se utilizaron terminología ni criterios médicos.

En las relacionadas con el equipo médico de diagnóstico y tratamiento, una vez más se encontró un caso en que las medidas no habían sido realizadas por personal médico especializado, sin embargo en otro caso de este tipo de queja las medidas precautorias se establecieron conforme a la queja.

En los casos restantes, las medidas precautorias referidas para la queja por insatisfacción en el resultado de la atención médica, se recibió posterior al alta; mientras que en aquella relacionada con la demora del traslado y/o referencia del paciente se solicitó un informe por el fallecimiento del mismo. (Gráfico 14)



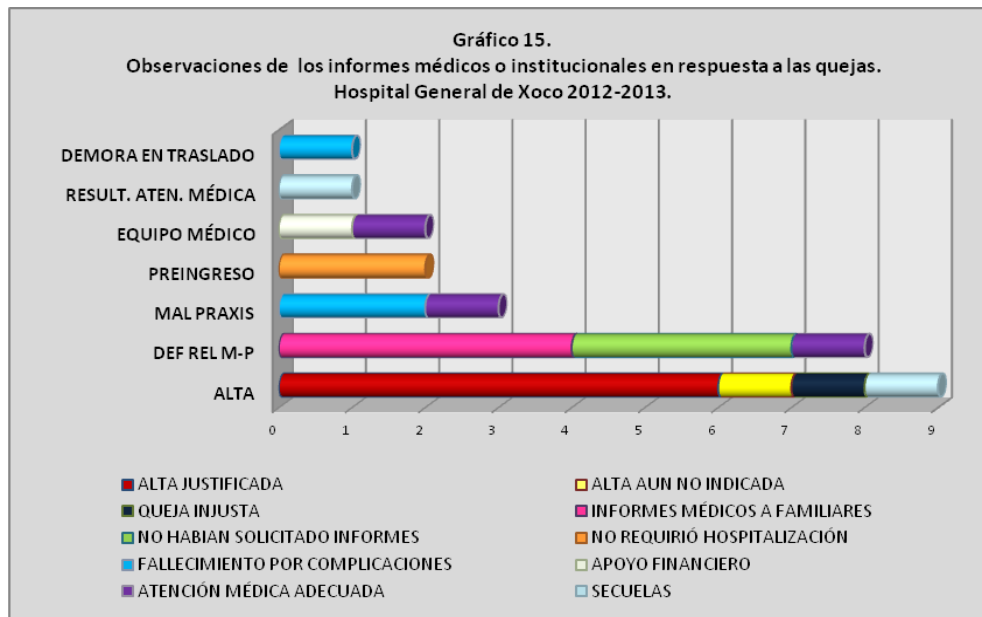
Las observaciones obtenidas al análisis de los informes emitidos por parte del personal médico o directivo del Hospital General de Xoco, fueron:

En las quejas derivadas del alta médica, seis egresos hospitalarios estaban correctamente indicados y justificados, en una aún no estaba indicada ni planeada el alta, otra se consideró como una queja injusta y una más se originó por la inconformidad que presentaba el regreso al reclusorio con las secuelas que presentó el paciente ante su padecimiento.

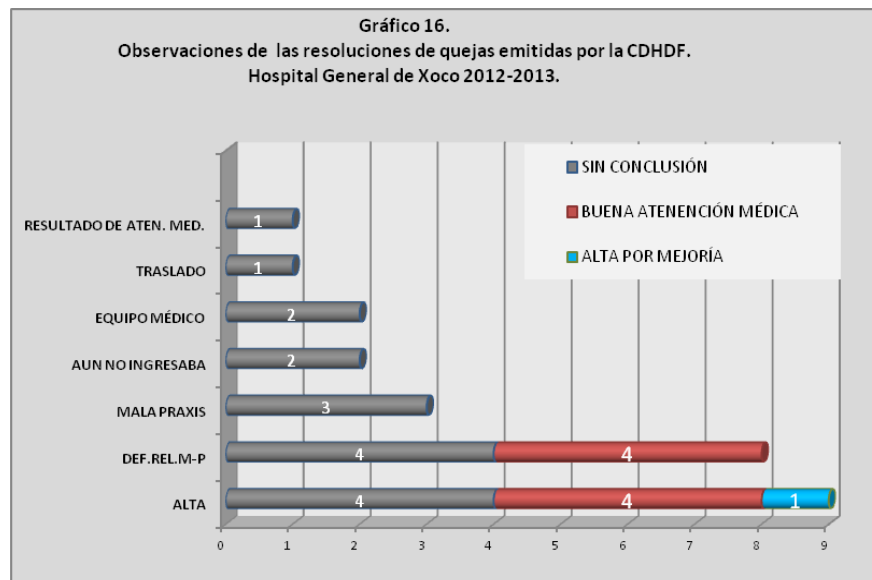
Por deficiencias en la relación médico paciente, en cuatro existían documentales que avalaban que los familiares recibían informes médicos consecutivamente, en tres los familiares no habían solicitado informes y en una a la entrevista del paciente por parte de los visitantes de la CDHDF, esto no ratificó los hechos de queja narrados por el promovente, señalando que la atención que había recibido en el Hospital de Xoco había sido buena.

En cuanto a mal praxis en dos casos el fallecimiento de los pacientes fue por complicaciones médicas secundarias a sus enfermedades de base y en otro la atención médica otorgada fue adecuada. De igual forma la atención había sido correcta en uno de los casos por deficiencia en el equipo médico de diagnóstico y tratamiento, mientras que en el otro la Secretaria de Salud había ofrecido su apoyo económico para la compra del material de osteosíntesis.

En dos casos la queja se impuso previa al ingreso y los pacientes no requirieron manejo hospitalario. En aquel en que la queja fue secundaria a la insatisfacción de la atención médica, se documentó que eran secuelas derivadas del padecimiento del paciente. Por último, en el caso derivado de la demora en el traslado y/o referencia repercutió en el fallecimiento del paciente. (Gráfico 15)



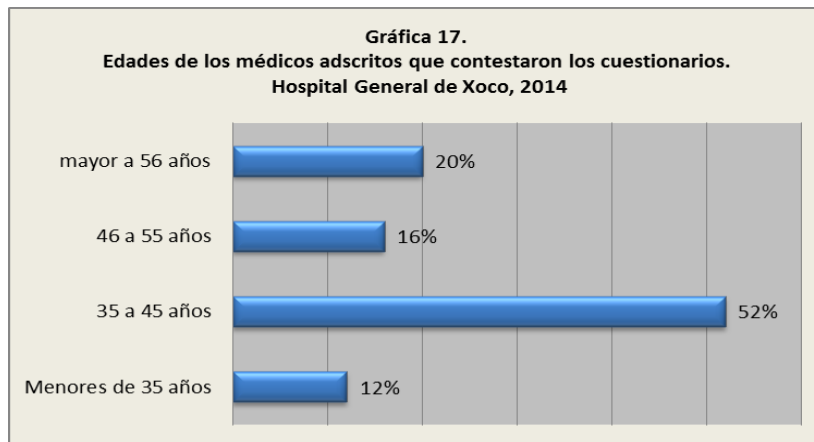
De los 26 expedientes, analizados únicamente nueve (34.6%) contaban con oficio de resolución por parte de la CDHDF, en ocho se determinó que la atención médica ofrecida por el personal médico fue adecuada y en el caso restante la Comisión concluyó que el alta hospitalaria había sido correctamente indicada. En ninguno de estos se emitieron recomendaciones. (Gráfico 16)



3. En cuanto a los cuestionarios aplicados al personal médico de salud adscrito al Hospital General de Xoco.

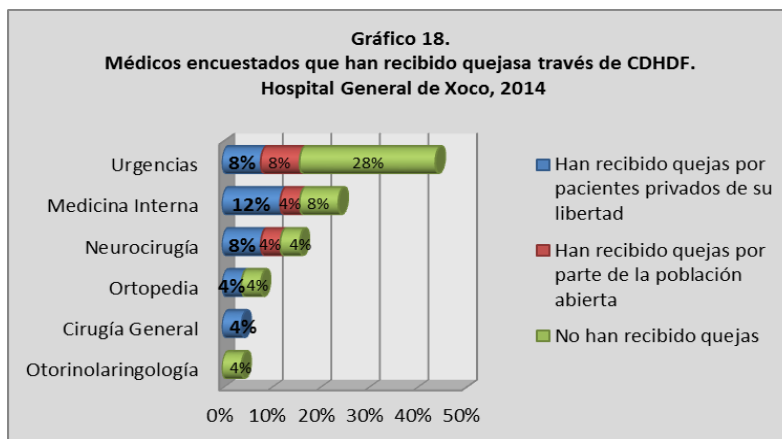
Se realizaron un total de 25 cuestionarios al personal médico adscrito al Hospital General de Xoco, de los cuales el servicio de Urgencias fue el que tuvo mayor participación (44%), seguido de Medicina Interna (24%), Neurocirugía (16%), Ortopedia (8%), Cirugía General (4%) y Otorrinolaringología (4%). De los cuales, 24 refirieron haber atendido su práctica a pacientes privados de su libertad.

En su mayoría fueron médicos del sexo masculino (76%), en un rango de edad de 35 a 45 años (52%), con una edad promedio de 46 años. (Gráfico 17)



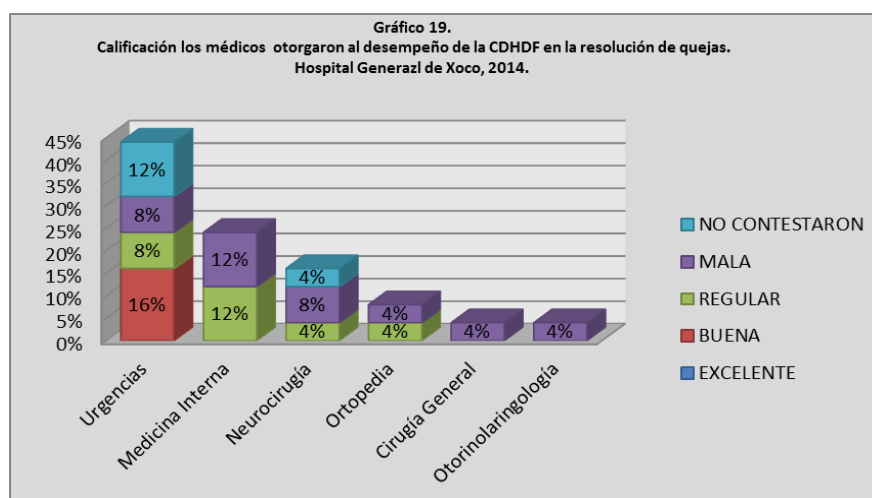
Más de la mitad (52%) de los médicos refirió haber recibido quejas por parte de la CDHDF en algún momento de su práctica médica. 36% señaló haber recibido quejas por parte de pacientes en reclusión, en los últimos dos años. 16% por parte de población abierta y 48% refirió nunca haberlas recibido.

Los servicios médicos que recibieron más quejas por parte de los pacientes privados de su libertad fueron: Medicina Interna (12%), Neurocirugía (8%) y Urgencias (8%). (Gráfico 18)

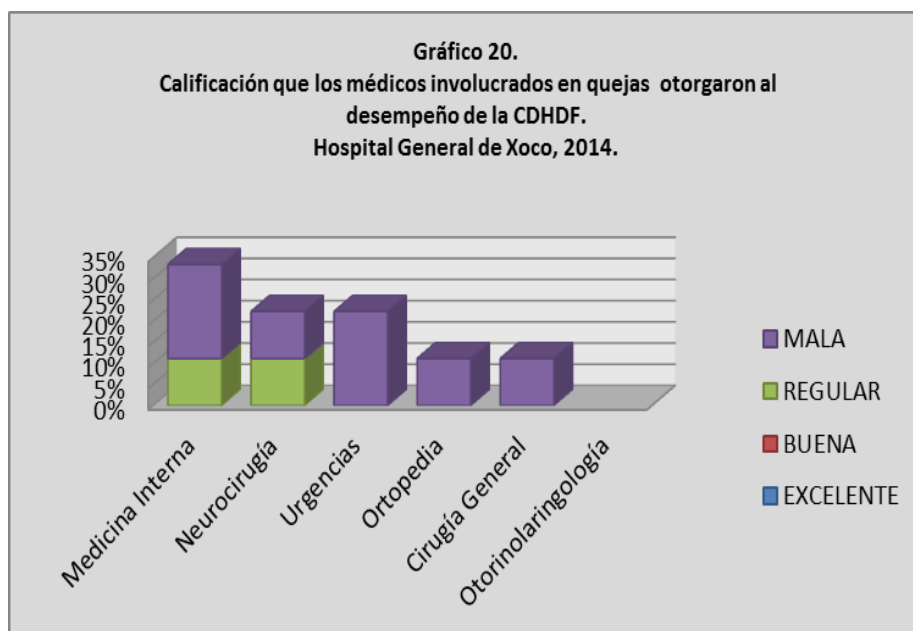


Al cuestionarles sobre “¿cómo calificaban el actuar de la CDHDF en el trámite de conciliación de las quejas de los pacientes privados de su libertad?”, ninguno contestó que excelente, el 16% contestó que buena, 28% regular, 40% mala y 16% no contestaron la pregunta.

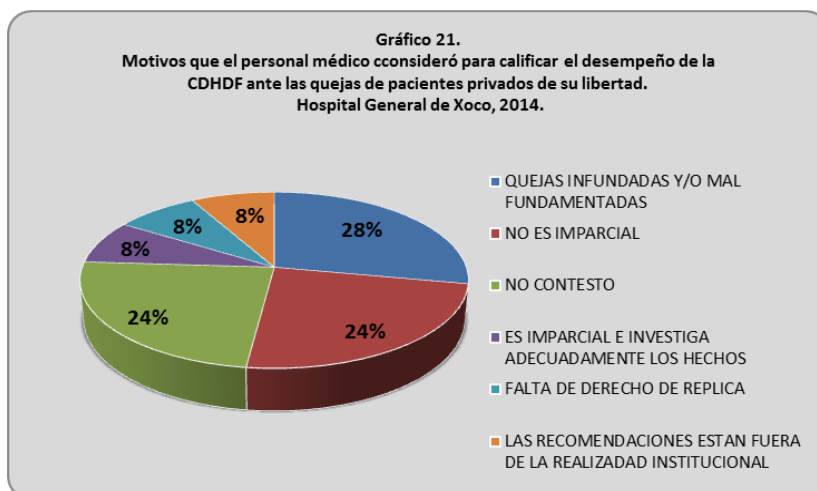
El servicio que otorgó las calificaciones más bajas fue Medicina Interna (12%); siendo únicamente el personal de Urgencias quienes la calificaron como buena (16%). (Gráfico 19)



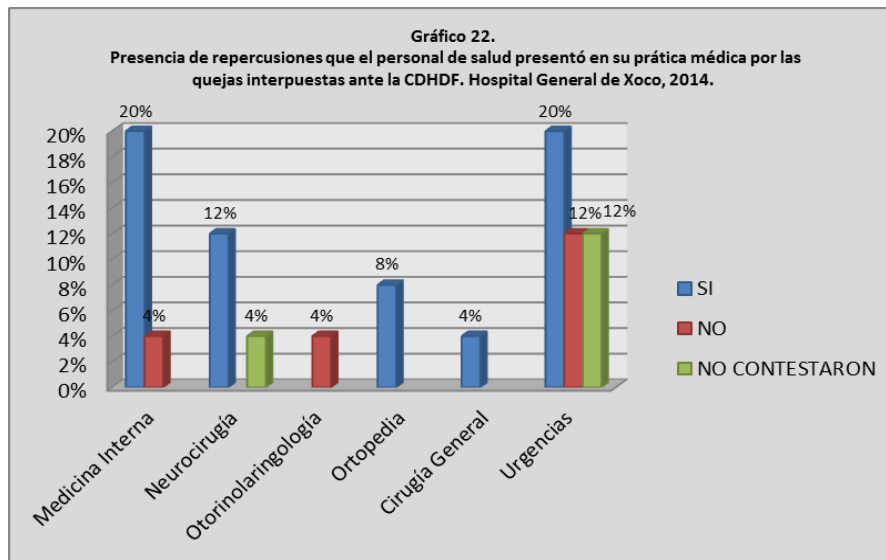
Al relacionar la calificación que se le había otorgado al desempeño de la CDHDF por parte de los médicos que se habían visto involucrados en las quejas por pacientes privados de su libertad, se encontró que 77.77% la consideró mala y 22.22% como regular. (Gráfica 20)



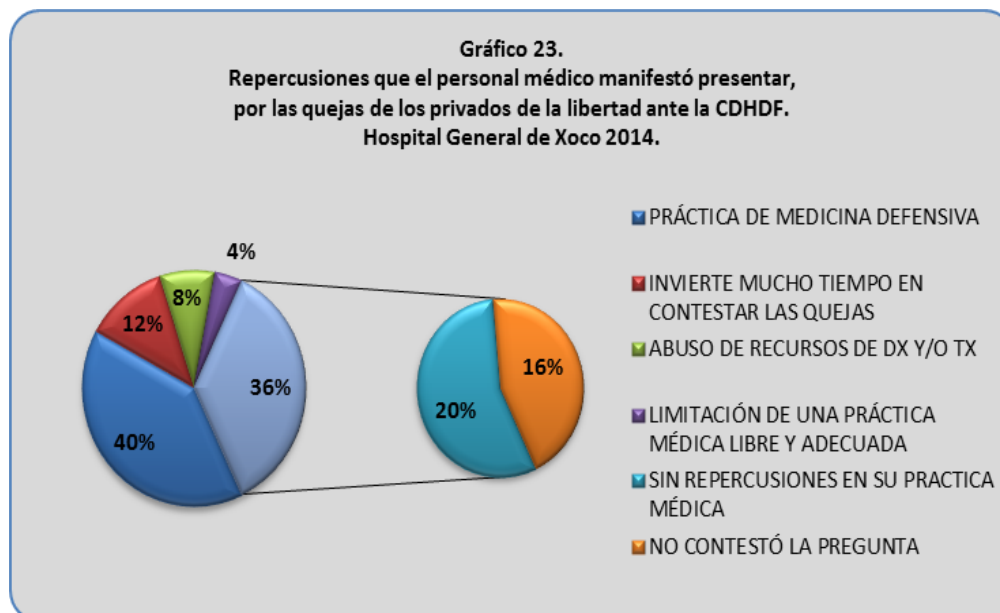
Al preguntarles el “¿por qué le otorgaban esa calificación al actuar de la CDHDF en el trámite de conciliación de los pacientes privados de su libertad?”. Si bien fueron respuestas abiertas, éstas de acuerdo a su contenido se encasillaron en los siguientes rubros: quienes consideraban que las quejas eran infundadas y/o mal fundamentadas (28%), quienes consideraban que la CDHDF no era imparcial (24%), quienes no contestaron la pregunta (24%), que la Comisión es imparcial e investiga adecuadamente los hechos (8%), quienes consideraban que no les permitían el derecho de réplica antes de iniciar la queja (8%) y aquellos que consideraron que las recomendaciones estaban fuera de la realidad Institucional (8%). (Gráfico 21)



Al cuestionarles a los médicos si “¿consideraban que el creciente uso de las quejas por los pacientes privados de su libertad ante instituciones como la CDHDF, había repercutido en su práctica médica?”, la mayoría (64%) contestaron que sí, 20% no y 16% no contestó la pregunta. Siendo las especialidades de Medicina Interna (20%), Urgencias (20%) y Neurocirugía (12%) quienes refirieron la mayor frecuencia de repercusiones en su práctica médica. (Gráfico 22).



Al preguntar “¿por qué consideraban que las quejas repercutían en su actuar médico?”, la mayoría contestó que en una práctica médica defensiva (40%), el 20% manifestó no tener repercusiones en su práctica médica, 16% no contestó la pregunta, el 12% refirió que invierte mucho tiempo en contestar las quejas, 8% que provoca un abuso de recursos de diagnóstico y/o terapéuticos y el 4% refirió una limitación en una práctica médica libre y adecuada. (Gráfico 23)



Para establecer si las quejas médicas habían repercutido a nivel personal y en el desempeño laboral, se aplicó el cuestionario Maslach Burnout Inventory y se calificaron su tres componentes: 1) cansancio emocional, en el que un médico encuestado perteneciente al servicio de Neurocirugía presentó los síntomas característicos con la frecuencia previamente establecida por el test, 2) despersonalización y 3) realización personal, de estos dos últimos ninguno presentó alteraciones; con lo cual se descartó la presencia del síndrome de Burnout en el personal médico encuestado. (Tabla 2)

Tabla 2. Frecuencia de los resultados obtenidos en el Test de Maslach Burnout Inventory, por parte de los médicos encuestados adscritos al Hospital General de Xoco.								
Servicio Médico	Presencia de Cansancio personal		Presencia de despersonalización		Sentimiento de realización personal		Síndrome de Burnout	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Medicina Interna	-	6	-	6	6	-	-	6
Neurocirugía	1	3	-	3	3	-	-	3
ORL*	-	1	-	1	1	-	-	1
Ortopedia	-	2	-	2	2	-	-	2
Cirugía General	-	1	-	1	1	-	-	1
Urgencias	-	11	-	11	11	-	-	11
Total	1	24	0	25	25	0	0	25
<i>Fuente: Tipo y Fundamentación de las quejas de los pacientes privados de su libertad en el Hospital General de Xoco.</i>								
<i>*Otorrinolaringología.</i>								

4. Análisis de discurso.

De acuerdo con las documentales analizadas, el proceso de resolución utilizado por la CDHDF una vez recibida la queja, fueron en su mayoría bajo los oficios con emisión de medidas precautorias, dirigido en primera instancia a las oficinas de la Secretaria de Salud del Distrito Federal. y posteriormente era enviado a la Dirección del Hospital General de Xoco. Con estos oficios se daba a conocer la queja referida por el promovente, y en los mismos se señalaban “medidas precautorias”, con el fin de prevenir hechos violatorios de derechos humanos originados de la atención médica. A su vez, se solicitaba la elaboración de un informe médico por parte del clínico encargado del paciente.

Los informes médicos eran la respuesta que el personal de salud daba a los hechos de queja interpuestos por los promoventes, con fin de aclarar el motivo que originó la inconformidad. En estos informes también señalaban las condiciones clínicas del paciente, impresión diagnóstica, tratamiento empleado y el pronóstico del mismo.

En algunos casos se documentó la participación de los visitantes de la CDHDF, quienes acudieron al Hospital de Xoco con el fin de entrevistarse con los pacientes, así como verificar el estado de salud y la atención médica ofrecida.

En cambio, en aquellos casos en que los pacientes habían fallecido, se solicitaron informes médicos sobre la atención ofrecida en el Hospital General de Xoco, los cuales fueron contestados por parte del personal directivo, o bien por parte del médico tratante.

Es importante destacar que en ninguno de los casos analizados se emitieron Recomendaciones por parte de la CDHDF.

A su análisis, se identificaron características específicas para cada motivo de queja, las cuales fueron:

En quejas relacionadas con el alta médica. (ANEXO VI)

- Características de la queja: se refirió el temor de paciente por sufrir represalias o agresiones por parte de sus compañeros dentro del reclusorio; que no se le brindará un seguimiento adecuado a su padecimiento o bien, de regresar a las condiciones carcelarias.
- Fundamentación y consistencia: de acuerdo con la normatividad consultada no existe marco jurídico que sustente este tipo de quejas.¹⁵ En su totalidad se trataron de quejas inconsistentes con lo documentado en el expediente clínico, ya que se traban de altas médicas bien justificadas desde el aspecto médico, o incluso casos en los que aún no se había indicado el alta médica, precipitándose a los hechos.
- Proceso de resolución aplicado por la CDHDF: en su totalidad se expusieron medidas precautorias, destacando aquellas que fueron expuestas conforme a la queja y aquellas que eran “copias textuales” de un formato previamente establecido; e inclusive en una ellas, la falta de términos médicos hizo evidente que dicha medida no había sido realizada por personal especializado *“En la valoración que se realice a dicha persona, le pido se tome en consideración que el señor sufrió un impacto de bala en la cabeza”* (sic). Una más, se asentó en forma de ofensiva *“a efecto de que se abstenga de cometer cualquier acto de molestia ilegal e indebido en su agravio y de la peticionaria... debiendo brindar únicamente los servicios que constitucionalmente tienen encomendados con legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, profesionalismo, eficiencia, eficacia y máxima diligencia”* (sic).

- Informe médico o institucional del personal del Hospital General de Xoco: en estos oficios de respuesta a solicitud de la CDHDF, los médicos involucrados señalaron las condiciones clínicas de los pacientes por las cuales ameritaban el alta médica por: encontrarse en etapa de recuperación, secuela o bien al haberse tratado satisfactoriamente el padecimiento agudo del paciente. Ante la inconsistencia de los argumentos de la queja y aunado al modo en que se expusieron las medidas precautorias por la CDHDF, se refirió lo injusto que le era al personal médico recibir éstas “es de mencionar que *los médicos y personal paramédico que laboramos en el servicio de Medicina Interna hemos tratado con legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, profesionalismo, eficiencia, eficacia, máxima diligencia y sobre todo respeto al enfermo y a su familiar, y me parece injusto que se nos pongan quejas de este tipo*” (sic).
- Resolución de la queja: únicamente la mitad ya contaba con una resolución, en las cuales la CDHDF concluyó que se trataron de altas médicas bien justificadas e indicadas, por lo que no existió mal praxis en el actuar médico, ni se trataron de hechos violatorios de derechos humanos.

Quejas relacionadas con la deficiencia en la relación médico paciente.

(ANEXO VII)

- Características de la queja: estaban referidas al desconocimiento del estado de salud de paciente, que a su vez se relacionaba al “temor” de que no estuviese recibiendo una atención médica adecuada.
- Fundamentación y consistencia: se trataron de quejas bien fundamentadas, de acuerdo a la normatividad en la que se establece el derecho de los pacientes y familiares recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.¹⁵ Sin embargo, en su mayoría el argumento de las quejas era inconsistente con lo establecido en las documentales, en las que existían notas médicas con letra y firma autógrafa del familiar que refería haber

recibido informes sobre el estado de salud de su paciente y no quedarles dudas al respecto.

- Proceso de resolución aplicado por la CDHDF: únicamente en un caso estudiado se emitió una solicitud de informe, en el resto fueron medidas precautorias en las que predominó la copia de un formato aparentemente previamente establecido; sin embargo, algunas se recibieron en el Hospital General de Xoco posterior al alta médica, sin la posibilidad de ser ejecutadas.
- Informe médico o institucional en respuesta a la queja: en la mayoría de los oficios se refiere que los familiares recibían constantemente informes sobre el estado de salud e inclusive anexaba copias de notas médicas que corroboraban este hecho. En otras, las documentales (hojas de trabajo social) no presentaban evidencia de que el familiar hubiese solicitado los informes.
- Resolución de la queja: en los tres oficios de conclusión de la queja se manifestó que en la entrevista de los visitantes de la CDHDF a los pacientes, éstos manifestaron que la atención médica recibida por en el Hospital General de Xoco había sido buena, es decir, sin ratificar los hechos de queja (ejemplo: *“el recluso-paciente indicó que siempre que le han dado atención en el Hospital General de Xoco, ésta ha sido muy buena, y que han mantenido informados a sus familiares sobre su estado de salud y tratamiento”* sic). Por lo que en los casos resueltos, la Comisión concluyó que no se trataron de hechos violatorios de los derechos humanos.

Quejas relacionadas con mal praxis. (ANEXO VIII)

- Características de la queja: el primer caso el promovente consideraba que el fallecimiento del paciente había sido secundario a la mal praxis por parte del personal médico, que repercutió en el fallecimiento en un paciente con síndrome de inmunodeficiencia humana. El segundo caso a consecuencia de que el Centro de Reclusión desconocía sobre el fallecimiento del

paciente con antecedente de diabetes mellitus que presentaba un cuadro de hipoglucemia prolongada. Y el tercero, derivado de la mal praxis por parte de personal del reclusorio, que infirió en la evolución del padecimiento de absceso dentario y complicarse con una angina de Ludwing.

- Fundamentación y consistencia: este tipo de quejas se encuentran bien fundamentadas en la normatividad, que establece el derecho a recibir una atención médica de calidad. ¹⁵ De igual forma el argumento de las quejas era consistente con los hechos documentados.
- Proceso de resolución aplicado por la CDHDF: en los relacionados con los fallecimientos de los reos, se solicitó un informe sobre la atención médica otorgada al paciente. En el caso relacionado con el actuar del personal del reclusorio, se emitieron medidas precautorias, pese a que la queja no estaba dirigida al personal médico del Hospital de Xoco, e incluso a que en la misma queja, la peticionaria refirió que la atención médica recibida había sido adecuada.
- Informe médico o institucional en respuesta a la queja: de acuerdo a lo referido en las documentales, el tratamiento médico ofrecido por el personal médico del Hospital General de Xoco fue de acuerdo a la *lex artis*; pese a esto, fueron las complicaciones propias de la historia natural de la enfermedad que padecían (infección de virus de inmunodeficiencia humana), o bien, por las condiciones clínicas en las que ingresó (paciente con diabetes mellitus en paro cardiorespiratorio por hipoglucemia de larga evolución, a consecuencia de un diferimiento en su traslado) las que condicionaron sus fallecimientos. Mientras que el paciente con angina de Ludwing, se encontraba en la Unidad de Cuidados Intensivos, recibiendo un tratamiento médico integral con evolución satisfactoria.
- Resolución de la queja: ninguna cuenta con oficio de resolución. Pese a esto, en base a las documentales se pudo apreciar hubo deficiencias administrativas a nivel de los Centros de Reclusión que influyeron en la evolución de los padecimientos.

Quejas emitidas previas al ingreso hospitalario. (ANEXO IX)

- Características de la queja: fueron emitidas previas al ingreso hospitalario del paciente, sin que fuese posible establecer una causalidad relacionada con la atención médica (puesto que aún no la recibía) o administrativa. Es importante que en una de ellas inclusive, no era una queja como tal, sino secundaria a un hecho del cual la Comisión fue testigo (agresión física a un reo dentro del reclusorio).
- Fundamentación y consistencia: no es posible establecer estos elementos, puesto que eran hechos aún no consumados.
- Proceso de resolución aplicado por la CDHDF: peso a que uno de los casos no se trató de una inconformidad como tal, a los dos se les dio el seguimiento de queja, mediante la emisión de medidas precautorias. Resaltando el hecho de que aquella en que la Comisión fue testigo de los hechos, la falta de un fundamento técnico científico evidenciaba que tales medidas no habían sido realizadas por médicos, *“al personal del Hospital de Xoco, de manera inmediata, valore y certifique adecuada y profesionalmente al paciente... a efecto de que se le proporcione la atención médica y medicamentosa que su estado de salud requiera, quien al parecer por las lesiones que presenta debe ser valorado y observado por áreas de Neurocirugía, Ortopedia y por Cirugía Maxilofacial para determinar el tratamiento integral a determinar... se evite cualquier entorpecimiento o negativa que impida que el paciente”* (sic).
- Informe médico o institucional en respuesta a la queja: En ambos casos se realizaron informes institucionales por parte de la Dirección del Hospital General de Xoco, ya que no ameritaron tratamiento intrahospitalario.
- Resolución de la queja: en las documentales analizadas, no se contaba con oficio de resolución de la queja.

Quejas relacionadas con el equipo médico de diagnóstico y tratamiento.

(ANEXO X)

- Características de la queja: en éste rubro se incorporó la queja derivada de la deficiencia del material de osteosíntesis, sin embargo ésta era aducida en contra del personal de custodia del reclusorio, haciéndolos responsables de los gastos generados. Y una segunda queja se relacionó por la aparente negación a realizarle estudio de resonancia magnética, para el cual había sido referido.
- Fundamentación y consistencia: este tipo de quejas está bien fundamentadas en la normatividad como parte del derecho a recibir atención médica adecuada, basada en un tratamiento integral.¹⁵ Sin embargo, en la inconformidad relacionada con la aparente negación a realizarle estudio de resonancia magnética, no era consistente con los hechos, puesto que de acuerdo a las documentales descritas, el estudio no pudo realizarse debido al retardo en el traslado del paciente, quien llegó posterior a su cita, pese a esto ya se había reprogramado el estudio.
- Proceso de resolución aplicado por la CDHDF: en ambas, se emitieron medidas precautorias por parte de la Comisión, en el caso de la derivada del material de osteosíntesis fueron prescritas conforme a la queja; en cambio, en la relacionada con el estudio de diagnóstico, las medidas no tenían relación con el caso, con falta de congruencia con los hechos y sin fundamento técnico científico, evidenciaba que habían sido propuestas por personal no especializado, *“personal médico adscrito al Hospital General de Xoco de Secretaría de Salud del Distrito Federal examine el estado de salud del señor... y le proporcione los medicamentos y la atención médica que requiere; b)... se realicen las acciones apropiadas para que a la brevedad se le practique la resonancia magnética que requiere dicho paciente; c)... se verifique que la atención médica que se proporcione al señor... será adecuada, eficaz y que no se niegue sin causa justificada. En caso de que*

se detecten deficiencias en la atención médica brindada a dicha persona, éstas se corrijan...” (sic).

- Informe médico o institucional en respuesta a la queja. En el caso del material de osteosíntesis se había conseguido apoyo financiero para ayudar con los gastos del material y se le propuso a la Comisión que colaborara con la recaudación de los gastos faltantes. En el caso del estudio diagnóstico se les notificó que la cita había sido reprogramada en coordinación con el personal del reclusorio.
- Resolución de la queja: las quejas no contaban con oficio de conclusión.

Queja relacionada con los resultados en la atención médica. (ANEXO XI)

- Características de la queja: derivada de la insatisfacción por parte del promovente ante los resultados obtenidos de la atención médica, en el caso analizado, las secuelas del padecimiento le propiciaban temor del reingreso al reclusorio en esas condiciones.
- Fundamentación y consistencia: este tipo de queja está fundamentada ante el derecho del paciente de recibir atención médica adecuada.¹⁵ Sin embargo, la queja carecía de consistencia puesto que el paciente presentó secuelas propias a su padecimiento de base, sin que hubiese sido derivado de una atención médica deficiente, y de las cuales, ya se le había informado previamente sus familiares y al interesado.
- Proceso de resolución aplicado por la CDHDF: se emitieron medidas precautorias que recibió la Dirección del Hospital General de Xoco posterior al egreso del paciente.
- Informe médico o institucional en respuesta a la queja: en el oficio de respuesta emitido por el personal médico a cargo, se señaló que consistían en secuelas derivadas de la lesión que había sufrido el paciente, hecho que ya se le había referido en reiteradas ocasiones. *“En reiteradas ocasiones, se le informó ampliamente a la familia (madre y promovente de la queja), del*

estado, evolución y pronóstico del paciente, además de que se encuentra en fase de secuela y que la lesión nerviosa le condicionó o lo predispone a lesiones en miembro pélvico izquierdo por alteraciones de la sensibilidad, por lo que se le recomendó al paciente la revisión diaria y cuidados de aseo del miembro afectado” (sic)

- Resolución de la queja: no contaba con oficio de conclusión.

Queja relacionada con la demora del traslado. (ANEXO XII)

- Características de la queja: interpuesta por el promovente ante el retardo de la referencia y demora del traslado de su familiar desde el Centro de Reclusión.
- Fundamentación y consistencia: se trató de una queja bien fundamentada en la normatividad vigente, ante el derecho que tiene el paciente de recibir una atención médica adecuada, siendo además consistente con los hechos documentados.¹⁵
- Proceso de resolución aplicado por la CDHDF: se solicitó un informe sobre el fallecimiento del paciente.
- Informe médico o institucional en respuesta a la queja: el diferimiento en la referencia del paciente al Hospital contribuyó en la evolución del padecimiento (cuadro clínico de neumonía de una semana de evolución en masculino de 69 años), falleciendo por complicaciones de la misma (síndrome de dificultad respiratoria aguda).
- Resolución de la queja: no contaba con oficio de conclusión de la queja.

DISCUSIÓN.

De los 26 expedientes de queja revisados, en su totalidad fueron por pacientes del sexo masculino, siendo más frecuentes en jóvenes (21 a 35 años), en su mayoría provenientes de las Unidades Médicas de los Centros de Reclusión o referidos del Ministerio Público en calidad de detenidos. Los promoventes de las quejas fueron predominantemente los familiares y únicamente en un caso fue por parte del mismo recluso. Los servicios médicos del Hospital General de Xoco en donde se generaron el mayor número de quejas fueron los de Medicina Interna y Neurocirugía.

Si bien en la literatura se ha señalado que las quejas de los pacientes privados de la libertad estaban principalmente relacionadas con los retrasos de los traslados y malas prácticas en los Hospitales de Especialidad secundarias a la carencia de recursos humanos y materiales,²¹ en este estudio se observó que las causas más frecuentes de queja que se suscitaron en el Hospital General de Xoco fueron las relacionadas con el alta médica hospitalaria y con la deficiencia en la relación médico paciente. En cambio, aquellas derivadas de una mal praxis, deficiencia en los equipos médicos de diagnóstico y tratamiento y la demora en el traslado del Centro de Reclusión se presentaron en menor proporción.

En cuanto a la fundamentación y consistencia de las quejas con los hechos documentados, se encontró que aquellas quejas que había sido producidas por el alta médica del paciente estaban motivadas por el “temor que presentaban los pacientes privados de la libertad a regresar al reclusorio”, ya sea por el miedo de recibir represalias o agresiones por parte de sus compañeros que previamente los habían agredido, o bien, de que el seguimiento de su padecimiento médico fuera insuficiente. Sin embargo, no existe un marco jurídico que norme este tipo de quejas. Además en su mayoría eran

inconsistentes con los hechos documentados y a su análisis se identificó que el tratamiento médico otorgado por el personal médico del Hospital de Xoco había sido adecuado y las altas médicas se encontraban bien indicadas.

En aquellas quejas derivadas de la deficiencia en la relación médico paciente, se encontró igualmente estaban motivadas por el “temor” de los familiares a que los pacientes no estuviesen recibiendo una atención médica adecuada o ante el desconocimiento del estado de salud de los mismos. A pesar de que este tipo de quejas están bien fundamentas, ¹⁵ en su mayoría éste tipo de quejas carecían de consistencia con los hechos documentados, ya que en los expedientes revisados obraban notas médicas en las que los mismos promoventes referían y firmaban de manera autógrafa el haber recibido informes médicos y no quedar duda alguna sobre su estado de salud.

Por el contrario, las quejas derivadas de una probable mala praxis se encontraban correctamente fundamentadas y eran consistentes con los hechos documentados. Dos de los casos fueron motivados por los fallecimientos de los reos mientras eran atendidos en el Hospital de Xoco, y uno más originado por el diferimiento en el diagnóstico y referencia desde el Centro de Reclusión que repercutió en la evolución del padecimiento.

Es importante señalar, que a pesar de que estos casos contaban con una adecuada fundamentación y argumentación, ninguno de ellos tenía resolutive. Sin embargo, en base al análisis de sus documentales fue posible establecer que no existió mal praxis por parte de personal médico del Hospital General de Xoco, y en cambio, en los tres casos se apreciaron deficiencias de tipo administrativo a nivel de los Centros de Reclusión que contribuyeron en el fallecimiento y/o la evolución de sus padecimientos.

De igual forma, en la queja motivada por la demora de la referencia y traslado desde reclusorio al Hospital General de Xoco, este diferimiento también contribuyó a la evolución del padecimiento, complicación y posterior fallecimiento del paciente.

Por lo tanto, es importante señalar que las quejas derivadas de una probable mal praxis y las relacionadas con la demora en la referencia y traslado del paciente desde el centro de reclusión evidencian las deficiencias administrativas con las cuenta el sistema de referencia a nivel de los reclusorios, aún en los casos en que existe grave riesgo para la vida, como fue el caso de la hipoglucemia prolongada que provocó el fallecimiento del recluso ¹². No obstante, ante la importancia de este tipo de quejas y aun cuando éstas se encontraba bien motivadas y fundamentadas, en las documentales revisadas no se contaba oficio de resolución.

En las quejas derivadas de la deficiencia del equipo médico de diagnóstico y tratamiento, destaca la queja relacionada con la carencia de material de osteosíntesis en los servicios de salud, que a su vez, conlleva a una repercusión económica en los familiares de los pacientes. Para beneficio del paciente se le incluyó en el Programa de Gratuidad de la Secretaria de Salud para conseguir un apoyo financiero, sin que obrara documentales de que éste realmente se hubiese conseguido en el tiempo correcto para la corrección quirúrgica de la fractura del paciente. Además, en el oficio de contestación de queja emitido por el médico tratante, también se solicitó a la CDHDF apoyó para conseguir apoyo financiero para el material, sin embargo no obra documentales de respuesta a dicha petición ni oficio de conclusión de la queja.

Es de resaltar aquellas supuestas inconformidades que fueron emitidas previas al ingreso hospitalario del paciente, en las que si bien no pueden considerarse explícitamente como “quejas”, también llevaron el mismo procedimiento que el

resto. Sin embargo no se puede establecer de manera fehaciente su motivación, ni fundamentación, puesto que estaban basadas en hechos que aún no habían sucedido. De acuerdo a las características que las componían, se puede inferir que hubiese sido más adecuado que se solicitara una “solicitud de colaboración” para la atención que requerían estos pacientes, en vez de emitir medidas precautorias que tienden a prejuzgar una atención médica que aún no se otorgaba. Al igual que en las anteriores, este tipo de quejas no contaban con oficio de conclusión.

En su mayoría, los procesos de resolución empleados por la CDHDF consintieron en la emisión de medidas precautorias, de las cuales la mitad eran “copias textuales” de un formato previamente establecido y únicamente 34% fueron expuestas conforme los hechos narrados en las quejas.

Un hallazgo importante del estudio fue que al analizar la eficacia con la que fueron emitidas las medidas precautorias, se encontró que en aquellas que se expusieron conforme a la queja eran las que presentaban mayor número resoluciones. En cambio, en las medidas basadas en el formato previamente establecido fue menor el número de quejas concluidas, e incluso, en aquellas expuestas fuera de contexto (sin criterio médico clínico, ni empleo de términos médicos) no presentaron resolución.

En base a lo anterior, es posible establecer que existe una relación entre la calidad con la que se llevó a cabo el proceso de resolución y la conclusión adecuada y oportuna de las quejas.

A su vez, esto permitió identificar que a diferencia de lo que se esperaba obtener, que la resolución de las quejas no dependía del motivo, consistencia, ni fundamentación con la que fueron expuestas, sino más bien, de la calidad con del proceso de resolución.

Al análisis de las documentales, también se apreció un retardo y ausencia en las resoluciones de las quejas, en las que únicamente nueve contaban con oficio de conclusión. Éstas se caracterizaron por estar mal fundamentadas o inconsistentes y consistieron en las relacionadas con el alta médica y la relación médico paciente. Quedando inconclusas aquellas que representaban gran impacto dentro de los problemas de salud a nivel penitenciario, como son la demora en traslados y/o referencias a niveles de atención especializada, la deficiencia de material de osteosíntesis en los servicios hospitalarios e incluso, aquellos que pudieron haber sido derivados de una mal praxis.

Es de señalar que en los nueve casos en que se contó con una resolución por parte de la CDHDF, ésta concluyó que no se trataron de hechos violatorios de derechos humanos y que la atención médica otorgada en el Hospital General de Xoco había sido la correcta, incluso, se encontraron casos en que los pacientes no ratificaban los hechos narrados por parte de los promoventes, señalando que habían recibido una atención de buena calidad.

Ninguno de los casos que comprendieron este estudio culminó en la emisión de recomendaciones por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

Por otra parte, en cuanto a los cuestionarios aplicados al personal médico del Hospital General de Xoco, 36% refirió haber recibido quejas de los pacientes en reclusión por parte de la CDHDF. Los servicios médicos más demandados fueron Medicina Interna y Neurocirugía, lo cual correspondía con lo documentado en los expedientes revisados.

Al cuestionarles sobre *“¿cómo calificaban el actuar de la CDHDF en el trámite de conciliación de las quejas de los pacientes privados de su libertad?”*, ninguno contestó que excelente, el 16% contestó que buena, 28% regular, 40% mala y

16% no contestaron la pregunta. Sin embargo, al hacerse la correlación de la calificación otorgada por los médicos que alguna vez estuvieron involucrados con las quejas presentadas por parte de las personas privadas de su libertad, se encontró que la gran mayoría consideró que el desempeño de la Comisión era malo y el resto regular.

El modo en que se llevaba el proceso de resolución de quejas por parte de la CDHDF provocó que los médicos refirieran que: consideraban que las quejas eran infundadas y/o mal fundamentadas (28%), que la Comisión no era imparcial (24%), que las recomendaciones emitidas estaban fuera de la realidad Institucional (8%) o bien, aquellos a quienes les causaba descontento que no se les permitiera el derecho de réplica antes de iniciar el proceso de queja (8%). Siendo que únicamente 8% refirió que la CDHDF era imparcial e investigaba adecuadamente los casos, el restante no contestó la pregunta.

Más de la mitad de los médicos encuestados refirieron que el creciente uso de las quejas por los pacientes privados de su libertad ante instituciones como la CDHDF, ha repercutido en su desempeño laboral, en su mayoría mediante una práctica médica defensiva, o bien al invertirles mucho tiempo en contestar las quejas que interfiere con su desempeño laboral, provocándoles un abuso de recursos de diagnóstico y/o terapéuticos e incluso al limitarles una práctica médica libre y adecuada. Esto último interfiriendo con el derecho que tienen los médicos a ejercer su profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza.

Una deficiencia importante que se encontró en este estudio es la falta de derecho de réplica que tiene el personal médico, derivado a que el proceso de queja y emisión de medidas precautorias se inicia únicamente con los hechos narrados por lo promoventes, sin que tomar en cuenta la versión de los médicos involucrados, ni elementos provistos de objetividad como lo es

expediente clínico. Hecho que de acuerdo a los cuestionarios aplicados es causa de inconformidad en los médicos involucrado. Aunado a que las medidas precautorias emitidas por la CDHDF, si bien tienen la finalidad de prevenir una inadecuada atención médica o supuesta violación a los derechos humanos y se refiere que *“no prejuzgan sobre la veracidad de los hechos motivo de queja”* (sic), es la falta de fundamentación, consistencia y argumentación con que se formulan las quejas, lo que les produce descontento al personal médico, al no poder ofrecerles de derecho de emitir su versión sobre los hechos.

Es relevante mencionar que hubo una medida precautoria que fue expuesta de manera agravante y ofensiva (*“a efecto de que se abstenga de cometer cualquier acto de molestia ilegal e indebido en su agravio y de la peticionaria... debiendo brindar únicamente los servicios que constitucionalmente tienen encomendados con legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, profesionalismo, eficiencia, eficacia y máxima diligencia”*) y que aunado a la inconsistencia de la queja, originó desagrado del médico tratante involucrado (*“es de mencionar que los médicos y personal paramédico que laboramos en el servicio de Medicina Interna hemos tratado con legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, profesionalismo, eficiencia, eficacia, máxima diligencia y sobre todo respeto al enfermo y a su familiar y me parece injusto que se nos pongan quejas de este tipo”*).

Sin perjuicio de lo expuesto, ninguno de los médicos encuestados manifestaron alteraciones psicosociales, ni síntomas sugerentes de síndrome de Burnout. Solamente hubo un médico perteneciente al servicio de Neurocirugía que presentó cansancio personal al Test de Maslach Burnout Inventory, no obstante, por ser un síntoma multifactorial, no se puede establecer una relación causal con el proceso de queja.

CONCLUSIONES.

A partir del análisis cualitativo y cuantitativo de la motivación y fundamentación de las quejas emitidas por los pacientes privados de su libertad ante la CDHDF, se concluye que:

Las causas más frecuentes de queja en el Hospital General de Xoco por parte de los pacientes privados de su libertad fueron las relacionadas con el alta médica hospitalaria y con la deficiencia en la relación médico paciente.

Se puede observar que actualmente existe un abuso del recurso de queja por parte de los pacientes privados de la libertad, emitiéndose un gran número de quejas mal fundamentadas (como las relacionadas con el alta médica) o inconsistentes con los hechos.

En el caso particular de las quejas relacionadas con el alta médica, éstas carecían de fundamentación y de consistencia con los hechos documentados, y eran motivadas por el “temor que presentaban los pacientes privados de la libertad a regresar al reclusorio”, sin que esté involucrada una mala práctica médica por parte del personal del Hospital General de Xoco.

Existe una cierta deficiencia en el proceso de resolución de las quejas por parte de la CDHDF, ya que de los 26 expedientes revisados correspondientes a los años 2012 y 2013, únicamente nueve contaban con resolutive, teniendo predilección por aquellas quejas mal fundamentadas (correspondientes con el alta médica) o inconsistentes (relacionadas con la relación médico paciente).

Las quejas de mayor impacto y con repercusión directa en el estado salud del paciente, como las derivadas de una probable mala praxis, demora en los traslados del paciente desde el Centro de Reclusión o por la deficiencia del equipo médico de diagnóstico y tratamiento, no contaban con oficio de conclusión. Pese a que en su mayoría se encontraban bien motivadas, fundamentadas y eran consistentes con los hechos.

Se apreciaron supuestas inconformidades emitidas previas al ingreso, en las cuales no se pudo establecer de manera fehaciente su motivación, ni fundamentación al estar basadas en hechos que aún no habían sucedido. Por lo que se considera que no deben llevar el mismo proceso resolución que el resto de las quejas ni emitirse medidas precautorias. Sino más bien enviarse como una solicitud de colaboración para la atención del paciente.

En la gran mayoría de las quejas se emitieron medidas precautorias, sin embargo eran pocas las que estaban correctamente relacionadas con los hechos de queja, mientras que las restantes, estaban basadas en un formato previamente establecido o incluso aquellas que se encontraban fuera de contexto sin un fundamento técnico científico o con características de ser elaboradas por personal no especializado. Además de ser emitidas sin la previa verificación de que los hechos motivo de queja sean verdaderos.

La resolución de las quejas no dependía del motivo, consistencia, ni fundamentación con la que habían sido expuestas, más bien, estaban relacionadas con la calidad con que se habían realizado las medidas precautorias, es decir, con la calidad con que se llevó cabo el proceso de resolución.

El personal médico encuestado que señaló haber sido sujeto a los procesos de queja por la atención médica ofrecida a los pacientes privados de su libertad dentro del Hospital General de Xoco refirió que el desempeño de la CDHDF había sido malo o regular. Esto por considerar que las quejas eran infundadas y/o mal fundamentadas, que el actuar de la Comisión no era imparcial y las recomendaciones que establecían estaban fuera de la realidad Institucional, además de que no se les permitía emitir su versión de los hechos antes de iniciar el proceso de queja.

Ninguno de los médicos encuestados presentó repercusiones psicosociales secundarias al proceso de queja. Sin embargo, si refirieron repercusiones en su desempeño laboral, mediante una práctica médica defensiva, con abuso de recursos de diagnóstico y/o terapéuticos, al invertirles mucho tiempo en contestar las quejas y al limitarles una práctica médica libre y adecuada. Esto último interfiriendo con el derecho que tienen los médicos a ejercer su profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza.

Por lo anterior se sigue que:

- Se debe educar a la población penitenciaria y familiares de estos sobre materia de derechos humanos con fin de evitar exceso y mal uso del recurso de queja.
- Antes de que la CDHDF emita medidas precautorias, se debería evaluar la consistencia y fundamentación con que se expresan las quejas; ya que a pesar de no ser su propósito o intención, éstas tienden a prejuzgar u ofender a los médicos involucrados. Por lo que previo a su emisión, se deberían investigar los hechos de queja con la versión de la contraparte (derecho de réplica) y la revisión del expediente clínico.

- Se debe asegurar que los responsables del proceso de resolución y emisión de medidas precautorias, sean personal médico altamente calificado, para que no dé cabida a malas interpretaciones y garantizar un apego a los fundamentos técnico científicos.
- Se recomienda tener prioridad sobre aquellos casos de queja en que esté involucrado el estado de salud e integridad de los reos. En vez de aquellos casos que son infundados y mal fundamentados.
- Mejorar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia que agilice el traslado de los Centro de Reclusión a los Hospitales de Especialidad, con el fin de evitar la progresión y complicación de los padecimientos. Esto mediante médicos capacitados para discernir aquellos padecimientos que requieran de una atención médica especializada o de urgencia, y mediante la agilización de los procesos administrativos necesario para los traslados.

• REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Michel L, Carrieri M Patrizia, Wodak A. Harm reduction and equity of access to care for French prisoners: a review. *Harm Reduction Journal*. 2008; No. 5, Vol. 17 may. 1-11.
2. Kanato M. Drug use and health among prison inmates. *Current Opinion in Psychiat*. 2008; No.3, Vol. 21 may. 252-254.
3. Inter-American Commission on Human Rights. Rapporteurship on the Rights of Persons Deprived of Liberty, Washington D.C, 2011.
4. Olson L. Eric, Shirk A. David, Selee Andrew. Shared Responsibility: *U.S.-Mexico policy options for confronting organized crime*. Washington, DC. Woodrow Wilson International Center for Scholars, 2010. 376.
5. 2010, Human Rights Report: Mexico. Bureau of democracy, human rights, and labor. U.S. Department of State. [En línea] 2010. [Fecha de acceso 10 de junio 2014] en: <http://www.state.gov/j/drl/rls/hrrpt/2010/wha/154512.htm>.
6. Comisión de Derechos Humanos. Informe que presenta la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal con motivo de la visita del relator sobre derechos de las personas privadas de libertad de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. México, Distrito Federal, Sept 2011.
7. Bernice S Elger. Towards Equivalent Health Care of Prisoners: European Soft Law and Public Health Policy in Geneva. *Journal of Public Health Policy*. 2008; No. 29, Vol. 2 jul. 192-206.
8. Asistencia Legal por los Derechos Humanos A.C, Documenta A.C, Instituto de Derechos Humanos Ignacio Ellacuría SJ de la Universidad Iberoamericana Puebla. Informe sobre la situación de las personas privadas de libertad en México. México, septiembre 2011.
9. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas. España, diciembre 2011.

10. Denis A. *Chapter 2: The Protection of Detained Persons Under International Law*. En; T.M.C Asser Press (Denis A.), Prisoners of the International Community. The Hague, The Netherlands, 2012; 13-66.
11. Informe sobre la situación de las personas privadas de la libertad en México. 144° periodo ordinario de sesiones de la Comisión Interamericana de derechos Humanos. Washington, DC, 2012.
12. Reglamento de los centros de reclusión del Distrito Federal. Publicado en la gaceta oficial del distrito federal el 24 de septiembre de 2004
13. Secretaria de Salud. Modelo de atención a la salud en los centros de reclusión del Distrito Federal. México, Junio 2010.
14. Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal. Comisión Nacional de Derechos Humanos del Distrito Federal. 2011
15. Carta de los derechos generales de los pacientes. México Diciembre 2001. [En línea] Disponible en: http://cecamed.guanajuato.gob.mx/pdf/derechos_pacientes.pdf
16. Aguirre G. Héctor, Campos C. Esther, Carrillo J. Arturo, Zavala S. Etelvina, Fajardo D. German. Análisis crítico de quejas conamed, 1996-2007. CONAMED.2008; Vol.13 abril-junio.5-16.
17. Rentería T. José. ¡Aaaah! ¡Me duele!. CONAMED.2008; Vol.13 abril-junio. 3-4.
18. Mello M. Michelle, Chandra Amitabh, Gawande Atul, Studdert M. David A. National Costs of The Medical Liability System. *Health Aff* 2010; No. 29, Vol.9 september. 1569–1577.
19. Informe que presenta la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal con motivo de la visita del relator para México de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, septiembre, 2011, México, Distrito Federal. [En línea] Disponible en: http://directorio.cd hdf.org.mx/pdf/2011/10/Informe_Relator_CIDH_Mexico.pdf . 2010. [Fecha de acceso 10 de junio 2014]

20. Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. [En línea]. Disponible en: <http://www.cd hdf.org.mx/index.php/nomatividad/61-ley-cd hdf/1527-ley-de-la-comision-de-derechos-humanos-del-distrito-federal>. [Fecha de acceso 10 de junio 2014]
21. Delaplace D. Quejas y retos del derecho a la salud en los centros de reclusión del Distrito Federal Derecho a la salud en centros de reclusión. *Revista Defensor*. Órgano oficial de difusión de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal 2013, No 8, :30-41
22. Canteros G. El Síndrome de Burnout y su relación con las demandas por Responsabilidad Profesional Médica. *Revista de la MUTUAL Argentina Praxis Médica* 2012 Vol 37. 4-6.
23. Stortti MA, et al. Etiología y prevención del síndrome de Burnout en Los trabajadores de la salud. *Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina* 2006. Vol 153. 18-21.
24. Borbolla SM, Domínguez SM. Síndrome de Burnout en personal médico familiar y no familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tabasco. *Revista Salud en Tabasco* 2007. Vol 13. No. 1. 577-583.
25. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Portal Ciudadano del Gobierno del Distrito Federal. [En línea] Disponible en: <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/>. [Fecha de acceso 10 de febrero 2014]

ANEXOS.

ANEXO I. Variables del estudio

EXPEDIENTES DE QUEJA		
VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CALIFICACIÓN
Sexo.	Características genotípicas y fenotípicas del individuo, relativas a su papel en el proceso reproductivo biológico de su especie.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masculino. ▪ Femenino.
Edad.	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha en que se interpuso la queja, expresado en años cumplidos.	Años cumplidos.
Procedencia del paciente.	Centro de reclusión específico de donde fueron referidos los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> a) Atención de adolescentes en Conflicto con la Ley b) Centro Femenil de Readaptación Social <ul style="list-style-type: none"> - Santa Martha Acatitla - Tepepan c) Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (CEVAREPSI) d) Centro Varonil de Readaptación Social (CERESOVA) e) Penitenciaría para Sentenciados Ejecutoriados f) Centros de Ejecución de Sanciones Penales <ul style="list-style-type: none"> - Varonil Norte - Varonil Oriente g) Centros Preventivos Varoniles <ul style="list-style-type: none"> - Reclusorio Norte - Reclusorio Oriente - Reclusorio Sur h) En calidad de detenidos (no procesados).
Servicio médico de procedencia de la queja.	Áreas de atención médicas específicas, en donde se originaron las quejas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Urgencias. ▪ Traumatología y Ortopedia. ▪ Cirugía General. ▪ Medicina Interna. ▪ Neurocirugía. ▪ Cirugía plástica y reconstructiva. ▪ Ginecología y Obstetricia. ▪ Imagenología. ▪ Consulta externa. ▪ No se especifica
Promoviente de la queja.	Persona que realizó el procedimiento de queja ante la CDHDF específicamente.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paciente. ▪ Familiar. ▪ Otro.

Motivo de queja.	Tipo y número de las razones de disconformidad de los pacientes privados de libertad, que pueden ser relacionadas con la demora y/o deficiencias en el traslado de los centros de reclusión hacia el hospital; relacionadas con atención médica; aquellas que no estén relacionadas con la atención médica sino a deficiencias administrativas del hospital; aquellas relacionadas con el equipo de salud, el cual incluye a personal de enfermería, trabajadoras sociales, administrativos, entre otros; o bien aquellas quejas que por sus características particulares no puedan ser catalogadas dentro de los rubros anteriores, expresadas como porcentajes.	<p>a) <i>Relacionadas con el traslado hacia el Hospital.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demora ▪ Deficiencia <p>b) <i>Relacionada con la atención médica.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Retraso en la atención médica ▪ Mala praxis. ▪ Secundaria a la aparición de eventos adversos ▪ Secundaria a riesgo inherentes de la práctica médica ▪ Deficiencia en la relación médico-paciente ▪ Resultados de la atención médica ▪ Relacionadas con el alta médica (ejemplo: alta precipitada) <p>c) <i>No relacionadas con la atención médica</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instalaciones ▪ Equipo médico de diagnóstico y tratamiento ▪ Insumos (material médico y medicamentos) ▪ Material de osteosíntesis <p>d) <i>Relacionas con el equipo de salud</i></p> <p>e) <i>Otras.</i></p>
Fundamentación de la queja.	Normatividad específica que sustenta la objetividad de la queja. (VER ANEXO II)	<ul style="list-style-type: none"> • Fundada en base a la normatividad. • No fundamentada con la normatividad.
Proceso para la resolución.	Solución que propone la CDHDF para resolver el problema suscitado o percibido.	<ul style="list-style-type: none"> • Requirió un Informe expedido por el hospital. • Se emitieron “medidas precautorias” propuestas por la CDHDF • Requirió la Intervención de un visitador de la CDHDF • Se emitieron recomendaciones por parte de la CDHDF.
Resolución.	Si hubo o no resolución de la queja, o bien, si aún continúa en trámite.	<ul style="list-style-type: none"> • Se resolvió: • No se resolvió • Está en proceso

CUESTIONARIOS APLICADOS AL PERSONAL MÉDICO.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CALIFICACIÓN
Sexo.	Características genotípica y fenotípicas del individuo, relativas a su papel en el proceso reproductivo biológico de su especie.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masculino. ▪ Femenino.
Edad.	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha en que se interpuso la queja, expresado en años cumplidos.	Años cumplidos.
Servicio de especialidad médica	Área de atención médica DEL Hospital General de Xoco en la que labora.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Urgencias. ▪ Traumatología y Ortopedia. ▪ Cirugía General. ▪ Medicina Interna. ▪ Neurocirugía. ▪ Cirugía plástica y reconstructiva. ▪ Ginecología. ▪ Imagenología. ▪ Consulta externa. ▪ No se especifica
Antecedentes de quejas.	Antecedente de haber recibido quejas de los pacientes privados de la libertad a través de la CDHDF.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí. ▪ No.
Desempeño de la CDHDF en la resolución de quejas.	Clasificación otorgada por el personal médico encuestado al desempeño de la CDHDF en el proceso de resolución de quejas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Excelente. ▪ Buena. ▪ Regular. ▪ Mala.
Motivo para la calificación del desempeño de la CDHDF en la resolución de quejas.	Motivos que considerados por el personal médico encuestado para calificar el desempeño de la CDHDF.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CDHDF imparcial e investiga adecuadamente los hechos. ▪ Quejas infundadas y/o mal fundamentadas. ▪ Carencia de imparcialidad de la CDHDF. ▪ Falta de derecho de réplica ante las quejas. ▪ Recomendaciones propuestas fuera de la realidad institucional. ▪ No contestó.
Repercusiones en el acto médico	Presencia o no de repercusiones en el actuar médico derivadas de las quejas de los pacientes privados de su libertad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí. ▪ No.
Tipo de repercusiones en el acto médico	Tipo de repercusión que el personal médico encuestado ha manifestado en su desempeño laboral, derivado de las quejas de los pacientes privados de su libertad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin repercusiones en su práctica médica. ▪ Práctica de una medicina defensiva. ▪ Invierte mucho tiempo de en contestar las quejas. ▪ Provoca un abuso de recursos de diagnóstico y tratamiento. ▪ Limitación de una práctica médica libre y adecuada. ▪ No contestó la pregunta.
Condición psicosocial	Condición de salud psicosocial según el instrumento. Maslach Burnout Inventory.	VER ANEXO IV

ANEXO II. Fundamentos normativos que sustentan las quejas en la atención médica.

De acuerdo a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su capítulo I de los Derechos Humanos y sus Garantías, en su artículo 4º, hace referencia de que "...toda persona tiene a la protección de la salud..."

Del anterior, se deriva la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes (Diciembre 2001), que establece lo siguiente:

1. Recibir atención médica adecuada.- El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando quiera referencia a otro médico. *(Fundamento legal: Ley General de Salud, artículos 51 y 89. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículos 21 y 48)*

2. Recibir trato digno y respetuoso.- El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes. *(Fundamento: Ley General de Salud, artículos 51 y 83. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículos 25 y 48)*

3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.- El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad. *(Fundamento: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículos 29 y 30)*

4. Decidir libremente sobre su atención.- El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales. *(Fundamento: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículo 80. Anteproyecto del Código – Guía Bioética de Conducta Profesional de la SSA, artículo 4, fracción 4.3. “Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente” del 9 de enero de 1995, apartado C del punto número 10)*

5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.- El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar

en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.
(Fundamento: Ley General de Salud, artículos 100 fracción IV, 320 y 321. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios médicos, artículos 80 y 81)

6. Ser tratado con confidencialidad.- El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.
(Fundamento: Ley Reglamentaria del Artículo 5 Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal, artículo 36. Ley General de Salud, artículos 136, 137, 138. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículos 19 y 35)
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.- El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud. (Fundamento: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículos 29 y 30)
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.- Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones. (Fundamento: Ley General de Salud, artículo 55.)

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículos 71 y 73)

9. Contar con un expediente clínico.- El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido. *(Fundamento: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículo 32.*

10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.- El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud. *(Fundamento: Ley General de Salud, artículo 54. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículos 19, 51 y 52. Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, artículos 2, 3, 4 y 13)*

De igual manera, se cuenta con una Carta de Derechos Generales de los Médicos (Diciembre 2001), que establece lo siguiente:

1. Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza.- El médico tiene derecho a que se respete su juicio clínico (diagnóstico y terapéutico) y su libertad prescriptiva, así como su probable decisión de declinar la atención de algún paciente, siempre que

tales aspectos se sustentan sobre bases éticas, científicas y normativas. *(Fundamento: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 5. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículo 9)*

2. Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional.- El médico tiene derecho a contar con lugares de trabajo e instalaciones que cumplan con medidas de seguridad e higiene, incluidas las que marca la ley, de conformidad con las características del servicio a otorgar. *(Fundamento: Ley Federal del Trabajo, artículo 51, fracción VII. Ley General de Salud, artículo 166. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículo 19)*
3. Tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional.- Es un derecho del médico, recibir del establecimiento donde presta su servicio: personal idóneo, así como equipo, instrumentos e insumos necesarios, de acuerdo con el servicio a otorgar. *(Fundamento: Ley Federal del Trabajo, artículo 132. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículos 21 y 26)*
4. Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica.- El médico tiene derecho a no emitir juicios concluyentes sobre los resultados esperados de la atención médica. *(Fundamento: Ley General de Salud, artículos 23, 32 y 33. Ley reglamentaria del Artículo 5 Constitucional, relativo al ejercicio de las Profesiones, artículo 33. Código Civil Federal, artículos 1828 y 2613. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículos 7 y 72)*

5. Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como el personal relacionado con su trabajo profesional.- El médico tiene derecho a recibir del paciente y sus familiares trato respetuoso, así como información completa, veraz y oportuna relacionada con el estado de salud. El mismo respeto deberá recibir de sus superiores, personal relacionado con su trabajo profesional y terceros pagadores.
(Fundamento: Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículo 1. Ley Federal del Trabajo, artículo 132, fracción VI. Ley General de Salud, artículo 51. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículos 9 y 48)

6. Tener acceso a educación médica continua y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional.- El médico tiene derecho a que se le facilite el acceso a la educación médica continua y a ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional, con el propósito de mantenerse actualizado.
(Fundamento: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 1. Ley General de Salud, artículos 89 y 90. Ley Federal del Trabajo De la Capacitación y Adiestramiento de los Trabajadores, artículos 153-A, 153-B y 153-F)

7. Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión.- El médico tiene derecho a participar en actividades de investigación y enseñanza como parte de su desarrollo profesional.
(Fundamento: Ley General de Salud, artículo 90. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículos 6, 17 y 44)

8. Asociarse para promover sus intereses profesionales.- El médico tiene derecho a asociarse en organizaciones, asociaciones y colegios para su

desarrollo profesional, con el fin de promover la superación de sus miembros y vigilar el ejercicio profesional, de conformidad con lo prescrito en la ley. *(Fundamento: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 9. Ley Reglamentaria del Artículo 5 Constitucional relativo al ejercicio de las Profesiones, artículos 50 y 40. Ley General de Salud, artículo 49. Código Civil Federal, artículo 2670)*

9. Salvar su prestigio profesional.- El médico tiene derecho a la defensa de su prestigio profesional y a que la información sobre el curso de una probable controversia se trate con privacidad, y en su caso a pretender el resarcimiento del daño causado. La salvaguarda de su prestigio profesional demanda de los medios de comunicación respeto al principio de legalidad y a la garantía de audiencia, de tal forma que no se presuma la comisión de ilícitos hasta en tanto no se resuelva legalmente cualquier controversia por la atención médica brindada. *(Fundamento: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 14, 16 y 17. Ley Reglamentaria del Artículo 5 Constitucional, relativo al ejercicio de las Profesiones, artículo 34 y 35)*

10. Percibir remuneración por los servicios prestados.- El médico tiene derecho a ser remunerado por los servicios profesionales que preste, de acuerdo a su condición laboral, contractual o a lo pactado con el paciente. *(Fundamento: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 5. Ley Federal del Trabajo, artículos 56, 82, 83, 85. Ley Reglamentaria del Artículo 5 Constitucional, relativo al ejercicio de las Profesiones, artículos 224, 31, 32 y 38. Código Civil Federal, artículos 2606 y 2613)*

ANEXO III. Cédula de recolección de datos.

(Anverso)

NO. DE OFICIO DE LA QUEJA:

INSTRUCCIONES: marcar con una "X" la respuesta correcta, con respecto a lo contenido en el expediente, y contestar lo que se le pide.

SEXO:	Masculino	Femenino	EDAD:	Años cumplidos.
--------------	-----------	----------	--------------	-----------------

CENTROS DE RECLUSIÓN DE PROCEDENCIA			
	Atención de Adolescentes en Conflicto con la Ley.		
	Centro Femenil de Readaptación Social		Santa Martha Acatitla
			Tepepan
	Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (CEVAREPSI)		
	Centro Varonil de Readaptación Social (CERESOVA)		
	Penitenciaría para Sentenciados Ejecutoriados		
	Centros de Ejecución de Sanciones Penales		Varonil Norte
			Varonil Oriente
	Centros Preventivos Varoniles		Reclusorio Norte
			Reclusorio Oriente
			Reclusorio Sur
	En calidad de detenidos (no procesados).		

SERVICIO EN EL SE ORIGINÓ LA QUEJA			
	Urgencias		Cirugía Plástica y Reconstructiva
	Traumatología y Ortopedia		Gineco-Obstetricia
	Cirugía General		Imagenología
	Medicina Interna		Consulta externa
	Neurocirugía		No se especifica

PROMOVENTE DE LA QUEJA			
	Paciente		
	Familiar	Especificar:	
	Otro	Especificar:	

(Reverso)

MOTIVO DE LA QUEJA			
	Quejas relacionadas con el traslado hacia el hospital		Demora en el traslado hacia el hospital
			Deficiencia en el traslado
	Quejas relacionadas con la atención médica		Retraso en la atención médica
			Mala praxis.
			Secundaria a la aparición de eventos adversos.
			Secundaria a riesgo inherentes de la práctica médica.
			Deficiencia en la relación médico-paciente
			Resultados de la atención médica
			Relacionadas con el alta médica (ejem. Alta precipitada)
	Quejas NO relacionadas con la atención médica		Instalaciones
			Equipo médico de diagnóstico y tratamiento
			Insumos (material médico y medicamentos)
			Material de osteosíntesis
	Quejas relacionadas con el equipo de salud	Especificar:	
	Otras	Especificar:	

Especificar en cualquiera de los casos:

PROCESO PARA LA RESOLUCIÓN DE LA QUEJA			
	Conciliación inmediata por vía telefónica.		Requirió la Intervención de un visitador de la CDHDF
	Requirió un Informe expedido por el hospital.		Se emitieron recomendaciones por parte de la CDHDF
	Se emitieron "medidas precautorias" propuestas por la CDHDF		

Especificar en cualquiera de los casos:

RESOLUCIÓN DE LA QUEJA					
	Se resolvió (concluida)		No se resolvió		Está en proceso

Especificar en cualquiera de los casos:

ANEXO IV. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory

El cuestionario Maslach de 1986 que es el instrumento más utilizado en todo el mundo, esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

Mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout: cansancio emocional (consta de 9 preguntas, valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo), despersonalización (está formada por 5 ítems, valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento) y realización personal (se compone de 8 ítems, evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo). La escala mide la frecuencia en que se presentan los síntomas. Se consideran que las puntuaciones del test son bajas entre 1 y 33; puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

Se señala la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia(0= nunca. 1= pocas veces al año o menos, 2= una vez al mes o menos, 3= unas pocas veces al mes, 4= una vez a la semana, 5= pocas veces a la semana y 6= todos los días) con que siente los enunciados:

- 1) Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
- 2) Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.
- 3) Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.
- 4) Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.
- 5) Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.

- 6) Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
- 7) Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.
- 8) Siento que mi trabajo me está desgastando.
- 9) Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.
- 10) Siento que me he hecho más duro con la gente.
- 11) Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
- 12) Me siento con mucha energía en mi trabajo.
- 13) Me siento frustrado en mi trabajo.
- 14) Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
- 15) Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.
- 16) Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
- 17) Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.
- 18) Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.
- 19) Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
- 20) Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
- 21) Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
- 22) Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

ASPECTO EVALUADO	PREGUNTAS A EVALUAR	VALOR TOTAL
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20	
Despersonalización	5-10-11-15-22	
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21	

ANEXO V. Cuestionario para el personal de salud.

(Anverso)

TIPO Y FUNDAMENTACIÓN DE LAS QUEJAS DE LOS PACIENTES PRIVADOS DE SU LIBERTAD EN EL HOSPITAL GENERAL DE XOCO

El presente estudio tiene como objetivo evaluar el tipo y fundamento de las quejas presentadas ante la Comisión Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), por parte de los pacientes privados de la libertad, en el Hospital General de Xoco, así como el impacto que éstas pueden causar en el personal de salud involucrado. Por lo que cual, se le solicita de la manera más atenta que llene el siguiente cuestionario:

1. Servicio médico en el cuál usted labora: _____
2. Edad: _____, sexo: _____
3. Dentro de su práctica médica, ¿ha atendido pacientes privados de la libertad y/o detenidos? SI _____ NO _____
4. En algún momento de su actuar médico, ¿ha recibido quejas a través de la CDHDF? SI _____ NO _____

(En caso de haber contestado que sí, pase a la siguiente pregunta)

5. La(s) queja(s) médica(s) que ha recibido a través de la CDHDF, ¿ha estado relacionada(s) con la atención médica ofrecida a pacientes en condición de privación de su libertad y/o detenido? SI _____ NO _____ *(En caso de haber contestado que sí, pase a la siguiente pregunta)*
6. Esto ocurrió en los últimos dos años? SI _____ NO _____
7. En su opinión, ¿cómo califica el actuar de la CDHDF en el trámite de conciliación de las quejas de los pacientes privados de su libertad? *(marque con una "x" la respuesta que usted considere correcta)*

EXCELENTE _____, BUENA _____, REGULAR _____, MALA _____.

¿Por qué?

8. En su opinión, ¿considera que el creciente uso de las quejas por los pacientes ante instituciones como la CDHDF, han repercutido en SU PRÁCTICA MÉDICA? SI _____ NO _____ ,

¿Por qué?

(Reverso)

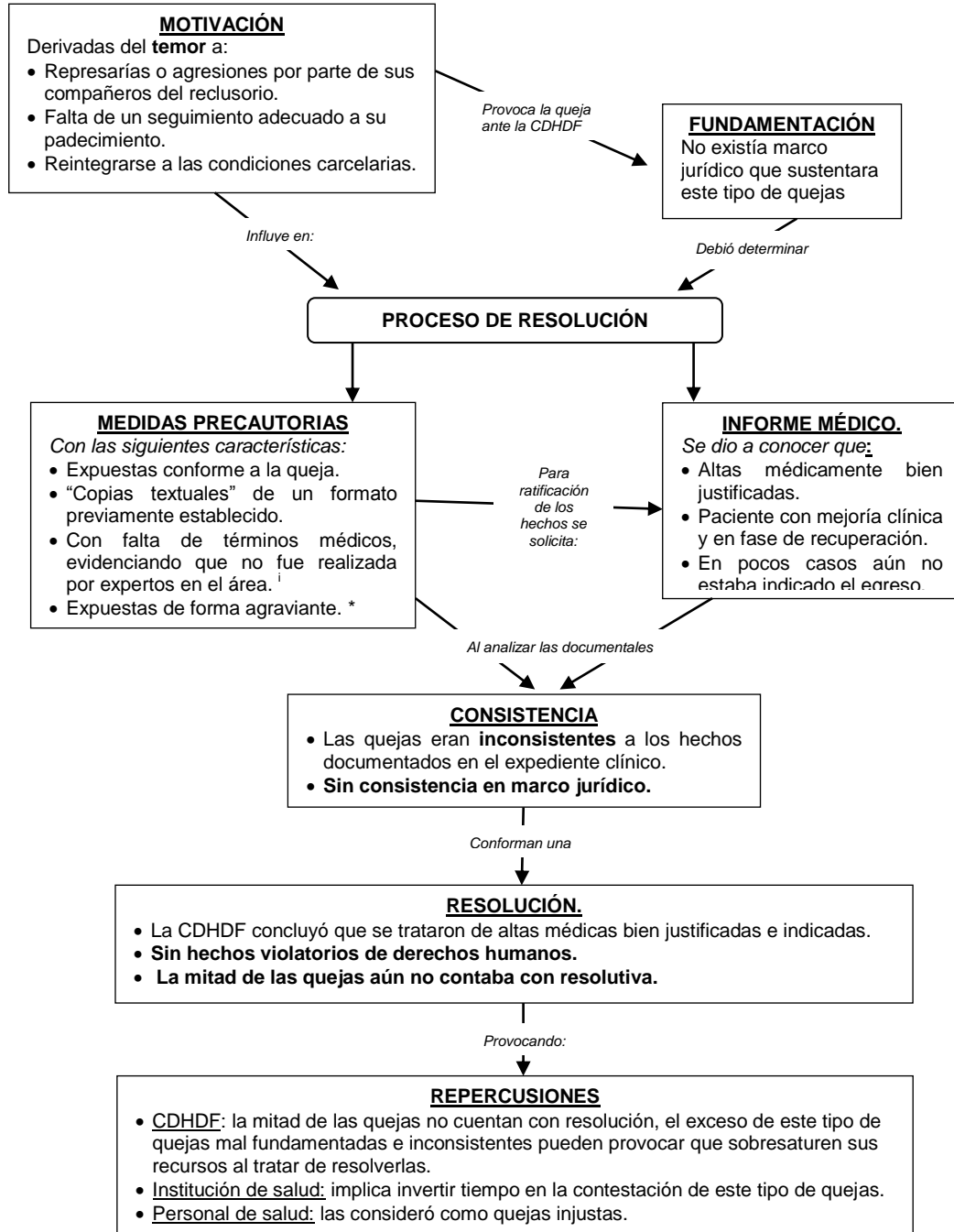
A continuación, señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia (en número de 0 al 6) con que ha sentido las manifestaciones de los siguientes enunciados

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| 0 = NUNCA | 4 = UNA VEZ A LA SEMANA |
| 1 = POCAS VECES AL AÑO O MENOS | 5 = POCAS VECES A LA SEMANA |
| 2 = UNA VEZ AL MES O MENOS | 6 = TODOS LOS DÍAS. |
| 3 = UNAS POCAS VECES AL MES | |

	SINTOMATOLOGÍA	FRECUENCIA
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando.	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente.	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.	
13	Me siento frustrado en mi trabajo.	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.	

Anexo VI.

Consecuencias de las quejas de los pacientes privados de la libertad, relacionadas con el alta médica.

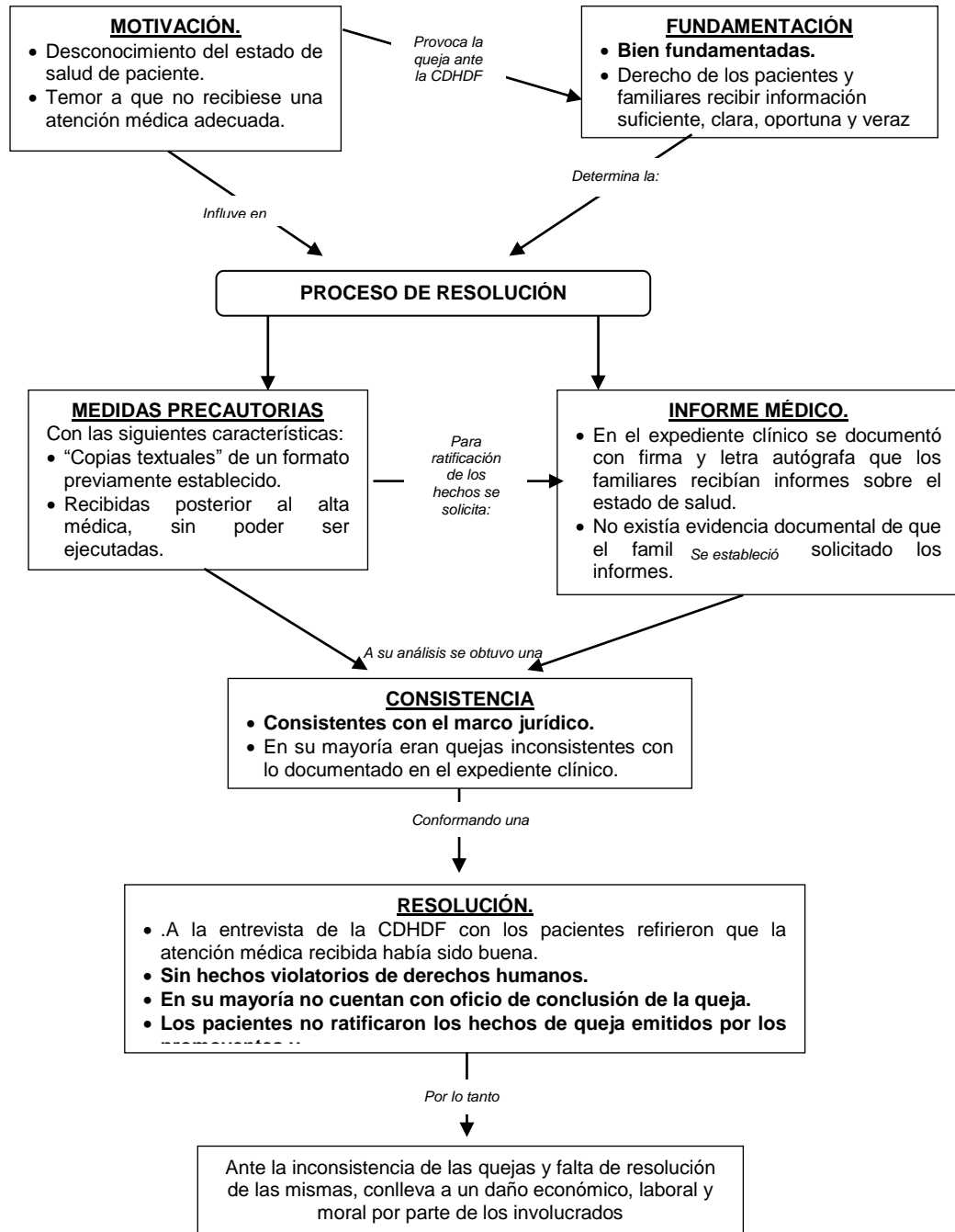


ⁱ"a efecto de que se abstenga de cometer cualquier acto de molestia ilegal e indebido en su agravio y de la peticionaria... debiendo brindar únicamente los servicios que constitucionalmente tienen encomendados con legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, profesionalismo, eficiencia, eficacia y máxima diligencia" (sic).

^{**} "es de mencionar que los médicos y personal paramédico que laboramos en el servicio de Medicina Interna hemos tratado con legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, profesionalismo, eficiencia, eficacia, máxima diligencia y sobre todo respeto al enfermo y a su familiar, y me parece injusto que se nos pongan quejas de este tipo" (sic).

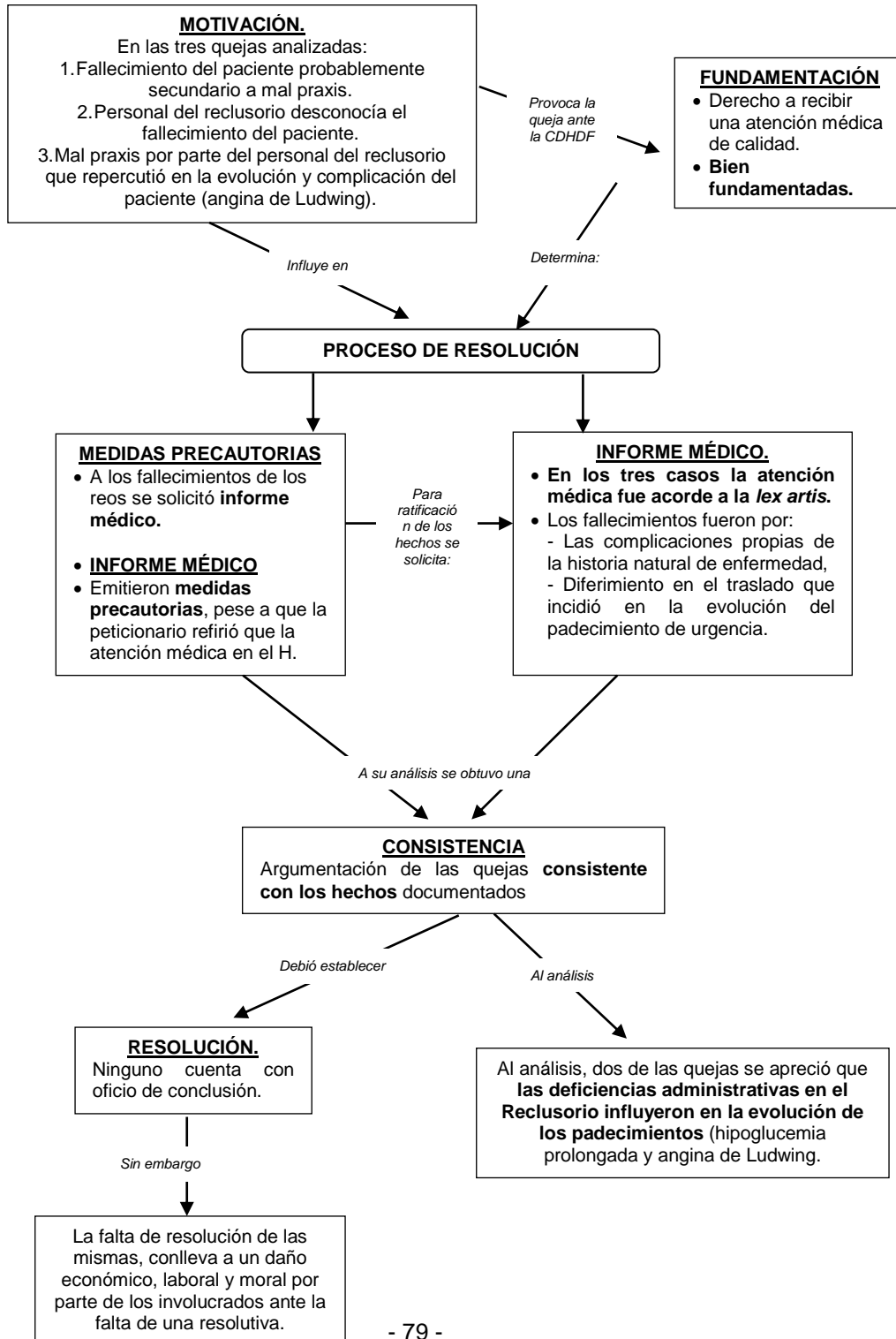
Anexo VII.

Consecuencias de las quejas de los pacientes privados de la libertad relacionadas con la deficiencia en la relación médico-



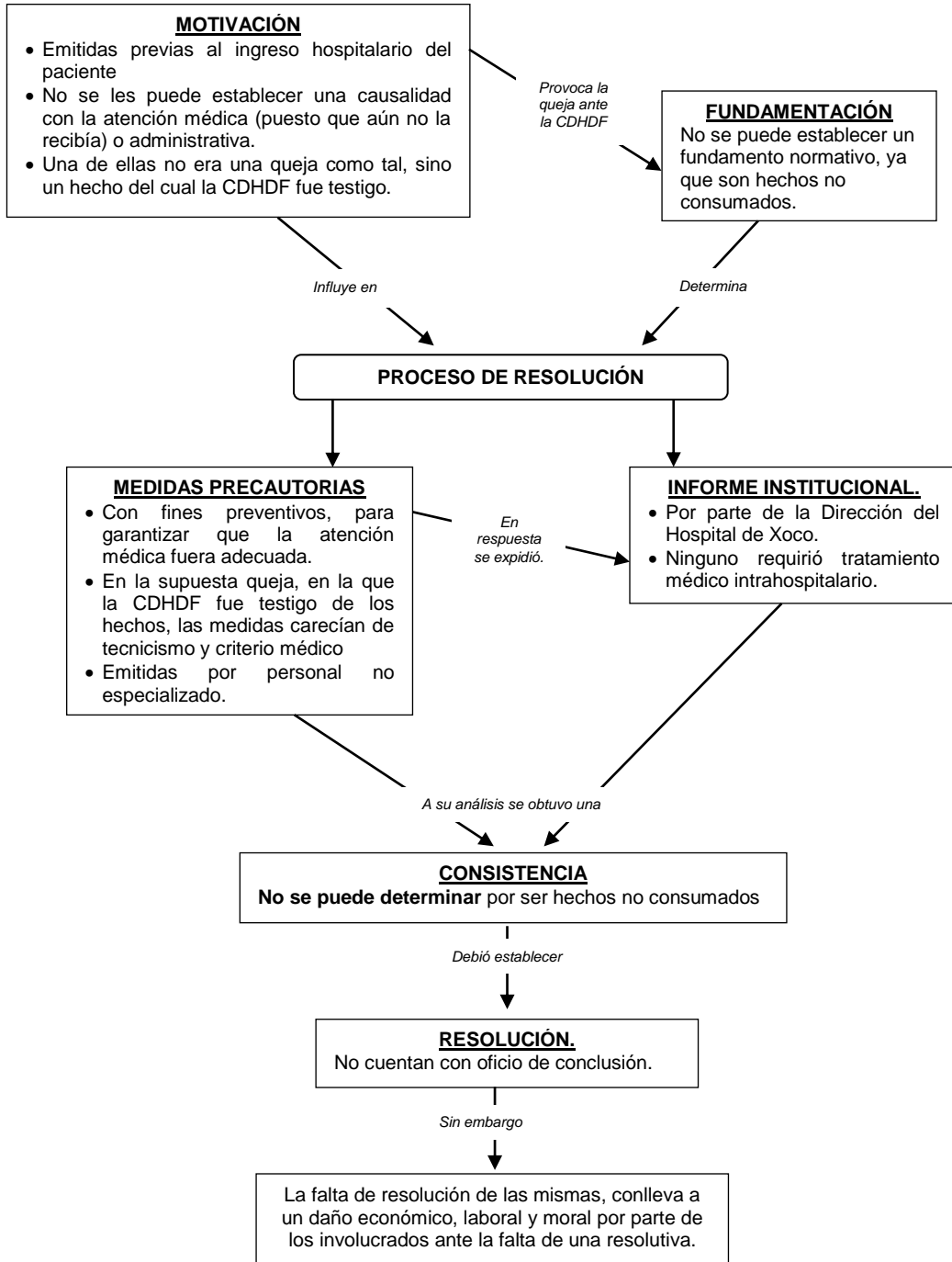
Anexo VIII.

Consecuencias de las quejas de los pacientes privados de la libertad relacionadas con la mal praxis.

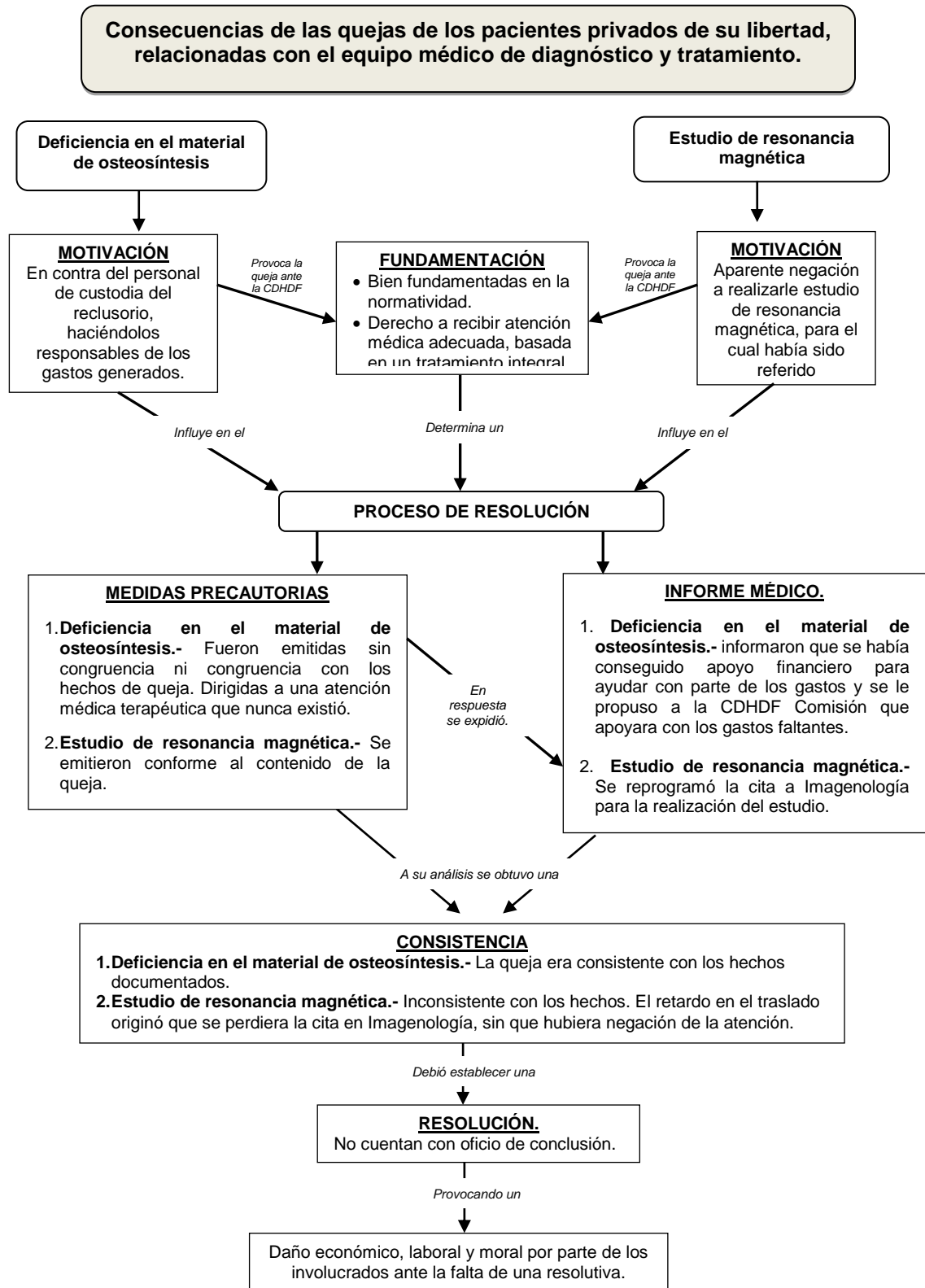


Anexo IX.

Consecuencias de las quejas de los pacientes privados de la libertad emitidas previo al ingreso hospitalario

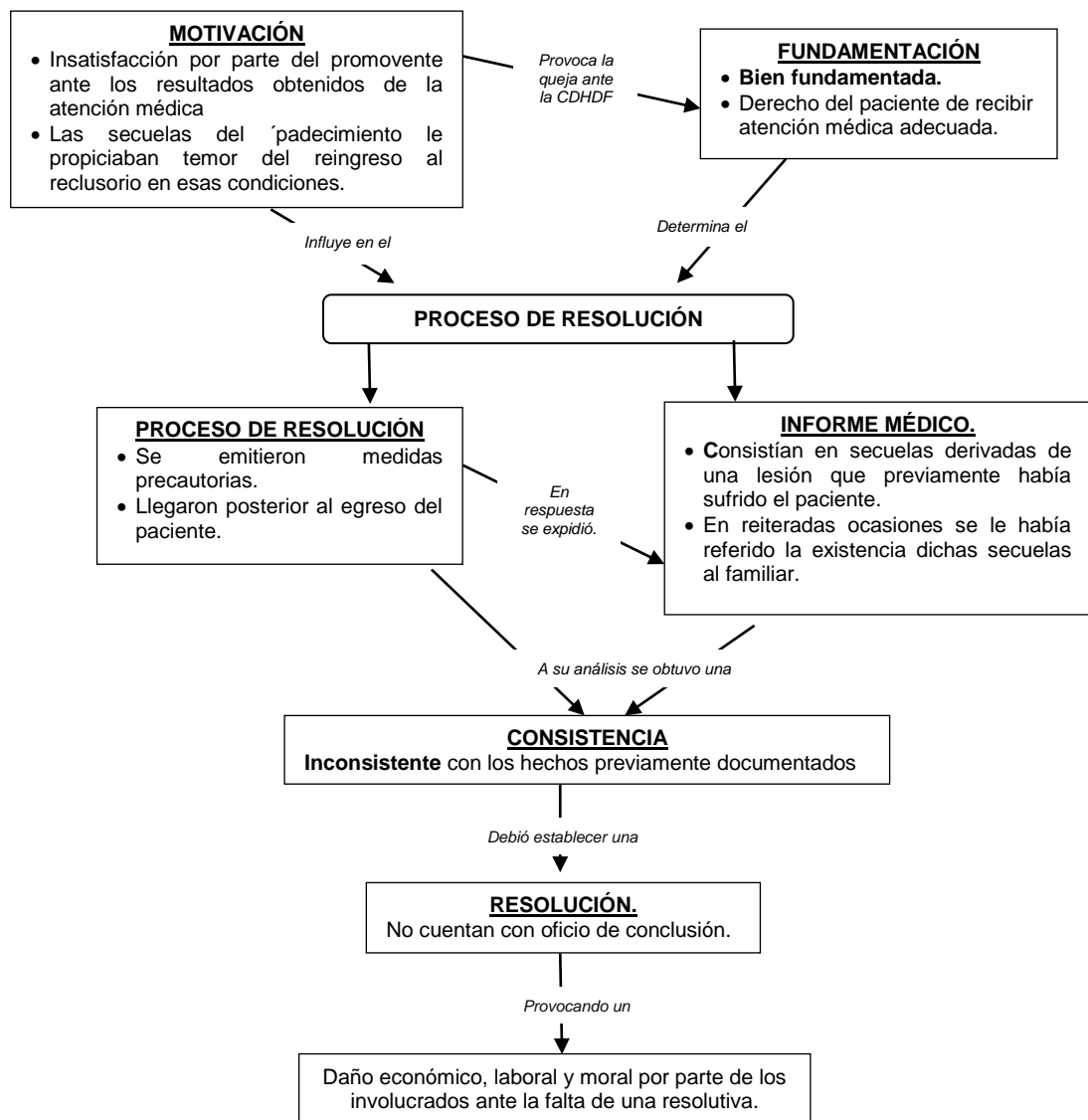


Anexo X.



Anexo XI.

Consecuencias de la queja del paciente privado de su libertad, relacionada con los resultados de la atención médica.



Anexo XII.

Consecuencias de la queja del paciente privado de la libertad, relacionada con la demora en el traslado atención

