



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

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSTARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA LEGAL

“LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE COMO GENERADOR
DE CONFLICTO MÉDICO”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA

PRESENTADO POR: DRA. GABRIELA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA LEGAL

DIRECTOR DE TESIS: DR. ALBERTO EUGENIO LUGO PÉREZ



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.

LA RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE COMO GENERADOR DE CONFLICTO MÉDICO

Autor: Dra. Gabriela Sánchez Sánchez

Vo. Bo.



Dr. Víctor Hugo Soto Flores
Profesor titular del Curso de Especialización en Medicina Legal

Vo. Bo.

Dr. Antonio Fraga Mouret



Director de Educación e Investigación



**DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

Ver. Bo.



Dra. Lucina Ramírez Sánchez
Directora de Coordinación Pericial CONAMED

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

No me queda más que agradecer a todas y cada una de las personas que de alguna u otra forma me han apoyado en este largo camino, no sólo en mi licenciatura y ahora también en mi posgrado, sino también en mi vida.

Sé que este pequeño libro es símbolo de infinidad de cosas, cosas que hasta el día en que muera recordaré, pequeños parpadeos que me trasladarán al pasado y podré revivir con alegría y nostalgia los bellos momentos que conformaron esta etapa, mi residencia médica, que definitivamente es ¡la mejor especialidad del mundo! La Medicina Legal!

*Al abrir este pequeño libro siéntanse parte de él, porque siempre están en mi mente, siempre los llevo conmigo, ustedes siempre brindándome su apoyo incondicional, siempre echándome porras, recordándome no sólo lo importantes que son para mí, sino también recordándome lo dichosa que soy al tenerlos en mi vida, **Rosa, Marcos, Erika, Lillian y mis amados Chobby y Toy.** ¡Familia los AMO!! Y eso lo saben!*

A mis tías Silvia y Susana por siempre darme ánimos y apoyarme en todo momento.

A todos mis amigos mil gracias también por el apoyo, por compartir esta etapa de mi vida conmigo, por siempre estar ahí cuando los necesito.

A mis compañeros, amigos de la Residencia Médica, la poderosa y más bella generación 26!!, a mis patitos, residentes de segundo año de Anatomía Patológica del Hospital General de México, jamás olvidaré tantas cosas vividas, tantos momentos, tantas tonterías y claro tanto bullying ja ja claro, porque sin bullying no hay amistad!

Gracias a todas las personas que estuvieron presentes en mi formación, médicos adscritos, profesores, compañeros residentes, técnicos forenses, secretarías y a cada uno de los que formaron parte de esta bella etapa de mi vida en mis diferentes rotaciones y un especial agradecimiento a los doctores: Dra. Lucina Sánchez Ramírez, Dr. José Antonio Rosiles Exkiws y Dr. Jorge Alberto Moreno Rosales por el apoyo brindado.

MIL GRACIAS A TODOS USTÉDES POR SER PARTE DE ESTE LOGRO, DE ESTE HERMOSO E INOLVIDABLE SUEÑO... ¡LOS AMO!

MEDICINA LEGAL ¡TE AMO!

ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	1
INTRODUCCIÓN	5
Planteamiento del problema	14
Justificación	16
Hipótesis de trabajo	18
Objetivos:	18
General:	18
Específicos:.....	18
MATERIAL Y MÉTODOS	19
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN.....	36

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Palabras clave: relación médico-paciente, queja médica, satisfacción, conflicto médico

Ya que las quejas médicas son indicador de una inadecuada atención sanitaria es de suma importancia conocer que fue lo que motivo al usuario a presentarla. El número de quejas a lo largo de los últimos cinco años ha aumentado de manera significativa; al estudiarse dichas quejas un buen porcentaje tuvo como motivo una inadecuada relación médico-paciente, es decir; el caso a estudiar no presentaba datos de mala práctica médica.

Si bien es cierto que se sabe que la relación médico-paciente ha ido decayendo a lo largo del tiempo, no se conocen de forma específica cuales son los motivos que originan el que un usuario de un servicio de salud presente una queja con las autoridades, a pesar de que fue bien diagnosticado y se le brindo el tratamiento adecuado.

Objetivos: Evaluar la relación entre el grado de satisfacción del usuario y la generación de conflicto, en el contexto de la relación médico-paciente.

Hipótesis: A mayor grado de insatisfacción en la relación médico-paciente, mayor será la motivación del usuario para presentar una queja médica.

Material y método: Se aplicó un instrumento validado “Cuestionario de opinión de la calidad de la atención” de la Secretaría de Salud del Distrito Federal a todos aquellos pacientes o familiares que acudían al módulo de atención ciudadana del Hospital General Xoco con alguna inconformidad sobre el servicio de salud otorgado. Este instrumento permitió calificar de forma implícita la opinión del paciente en cuanto a la *calidad de la atención*, la *satisfacción* y los componentes de ambos constructos, en un rango de 0 a 100 puntos.

Resultados: De la población estudiada; 65% se refirió como pacientes que consultaban de primera vez mientras el resto acudió como subsecuente.

Poco menos de la mitad de los entrevistados acudió al servicio de cirugía general, una tercera parte a medicina interna, 20% a traumatología y ortopedia y 5% a neurocirugía.

En relación con el tratamiento indicado, la mitad de los pacientes lo refirió como bueno, 30% como regular y 20% muy bueno. Para 69.2% de los pacientes que acudían por primera vez les pareció bueno, mientras que para 85.7% de los pacientes subsecuentes el tratamiento les pareció regular.

70% de los pacientes refirió haber entendido la explicación del médico acerca de su diagnóstico, mientras que para el 30% esta explicación no fue clara. 30% de los pacientes si entendieron la explicación acerca de su tratamiento, mientras que para 70% la explicación no fue la adecuada.

La calificación final que los usuarios de primera vez asignaron a la atención recibida fue de 78.3, con rango de 69.8 a 86.9

En relación a los componentes de satisfacción, el apartado que obtuvo mayor calificación fue el impacto, que reportó una media de 92.3, en segundo lugar se observó la atención orientada, que reportó una media de 92.2 y la calificación más baja fue para la dinámica, la cual obtuvo un amplio rango de calificación, siendo la media de 76.5.

En los usuarios subsecuentes La calificación total alcanzó una media de 77.9 con un rango de 71.6 a 84.2. En cuanto a la satisfacción y los componentes de la misma, la calificación más alta fue para la atención orientada con una media de 69.4, por otra parte las calificaciones más bajas fueron para el impacto y la dinámica (medias de 32.1 y 58.5 respectivamente).

Conclusiones:

Las quejas conforman indicadores de satisfacción con respecto a la atención recibida pero tal y como es percibida, interpretada y expresada por los usuarios mismos, es decir; las quejas médicas son un reflejo de la calidad de la atención, pero vista y definida desde el punto de vista del paciente.

Las características y dificultades de los pacientes que afectan sus interpretaciones fueron: la falta de información del sujeto acerca de la propia

enfermedad tal como la etiología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, añadiendo también las características de la atención médica recibida.

Uno de los factores que llevan a la presentación de alguna inconformidad, son las expectativas de los pacientes sobre la atención recibida por parte de sus médicos.

De manera relevante se observó que, el hecho de desconocer qué sucedió o que está sucediendo con el estado de salud del usuario es un poderoso motivo para activar la presentación de la queja, pues ésta constituye una manera de obtener la información requerida que no fue explicada o la manera en la que se hizo no fue la adecuada.

Esta situación apunta a una necesidad insatisfecha, que se expresa como un serio problema de comunicación en la relación médico – paciente.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

En los últimos cinco años, según estadísticas de CONAMED el motivo de queja asociado a una inadecuada relación médico paciente ha ido a la alza. Tan sólo en el periodo de enero a junio de 2013 en CONAMED se recibieron un total de 6,865 asuntos, de los cuales; 3,801 fueron orientación, 1,443 asesoría especializada, 929 quejas y 555 casos de gestión inmediata.⁽¹⁾

Las quejas concluidas por las instituciones de atención médica alcanzaron un total de 914; 35 casos referidos a los Servicios Estatales de la Secretaria de Salud, entre los que se incluyen los servicios médicos del gobierno del Distrito Federal, dentro de los cinco primeros motivos de quejas se encuentra la relación médico - paciente.⁽¹⁾

Los datos de mala práctica en las quejas atendidas, pueden traducir - de manera indirecta - que 73% de las atenciones se proporcionaron de acuerdo a lo que indica la “lex artis”, ya que no se encontró evidencia de mala práctica médica. Este dato amerita una investigación específica orientada a determinar las razones por las que los pacientes, aún sin haber existido mala práctica médica, acuden a la CONAMED a presentar una queja. Si bien se pueden inferir problemas de comunicación y relación médico paciente, tal inferencia debe ser confirmada mediante la investigación.⁽¹⁰⁾

En México, para dar atención especializada a las quejas por irregularidades en la atención médica, el Sistema Nacional de Salud integró a su estructura organizacional la “Comisión Nacional de Arbitraje Médico” (CONAMED) en 1996, como organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud de México con el propósito de proporcionar un mecanismo alternativo que, sin perjuicio de la actuación de otras instancias, pueda llevar a cabo la investigación de presuntas irregularidades en la atención médica, para contribuir a solucionar las quejas médicas mediante una vía no judicial (conciliatoria). En esta instancia se han identificado desde problemas en el acto u omisión injustificada al otorgar atención al paciente, hasta errores médicos involuntarios y efectos o eventos adversos.⁽²⁾

De acuerdo con las atribuciones conferidas a la CONAMED, esta institución debe promover la calidad de los servicios de atención para la salud, lo que lleva a cabo a través de recomendaciones que emite para mejorar la práctica médica, las cuales resultan de la identificación de fallas u omisiones que se identifican durante la investigación y análisis de las quejas que atiende.
(10)

La metodología de atención de quejas de la CONAMED enlaza 11 elementos: 1) Oportunidad de la atención, 2) Principios científicos, 3) Legitimidad del acto médico, 4) Justificación de las decisiones médicas, 5) Respeto a los principios éticos, 6) Consentimiento informado, 7) Obligaciones de medios, 8) Obligaciones de seguridad, 9) Obligaciones de resultados, 10)

Satisfacción de la atención y 11) Evaluación de los beneficios respecto a los riesgos.⁽¹⁰⁾

Dado que la salud es un derecho ciudadano consagrado en la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, las instituciones aseguradoras y los responsables de dirigir los sistemas de salud, recomiendan a las instituciones prestadoras de servicios de salud, dar especial atención a las quejas de los pacientes, por considerarse indicadores negativos de la calidad de atención y debido a ello se les relaciona con un mala práctica médica con las consecuencias y alcances legales que tienen. Por ello, su atención es una obligación institucional.

Una queja o controversia sobre atención a la salud debe ser objetopreciado para mejorar la calidad y eficiencia en los servicios de salud y sobretodo el eco y llamado a la satisfacción de los propios usuarios de estos servicios.

Por analogía, las quejas médicas pueden analizarse de acuerdo con el enfoque sistémico propuesto por Avedis Donabedian para evaluar la calidad de la atención médica. Según este enfoque, algunas quejas pueden asociarse con factores estructurales y otras con el proceso de atención. Dada su naturaleza, su análisis es necesario y útil para formular recomendaciones que tengan el propósito tanto de prevenirlas como de mejorar la atención médica.⁽⁴⁾

La queja medica se conceptualizo como “Instrumento indispensable para la mejora de la calidad de la atención de los servicios de salud” y de forma operativa se define como una “petición a través de la cual una persona física,

por su propio interés o en defensa del derecho de un tercero, solicita la intervención de la CONAMED para impugnar la negativa de servicio médico o la irregularidad en su prestación”. Su valor radica en la información que se genera a partir de un análisis profundo realizado por especialistas, que se constituye en insumo, que crea conocimiento y contribuye a mejorar la calidad de atención a la salud. Las quejas medicas han sido útiles como auténticos indicadores de la calidad de los servicios de salud que se otorgan y son “verdaderos rastreadores” en la búsqueda de causas-raíz, que permiten conocer lo ocurrido, identificar eventos adversos e indicar acciones concretas de mejora de los sistemas de salud; es por ello que la queja es una contribución potencial a la calidad de atención y puede ir más allá de una simple recomendación.

El origen de las quejas médicas se ubica en la controversia que se suscita entre los usuarios y los prestadores, es decir, se puede originar tanto por razones del contenido como del estado en el que se suscita la relación, en este caso, entre el paciente y el médico por lo que el marco referencial para analizar la queja medica se puede integrar con tres modelos: el modelo de arbitraje médico –análisis individual, desde el modelo de atención a la salud análisis organizacional- y desde un modelo epidemiológico –como problema y análisis de la salud pública. Los tres son oportunos y han contribuido a reflexionar sobre el marco conceptual y metodológico que desempeña la queja médica en la mejora continua de los servicios de salud.

La satisfacción del paciente es un indicador de su nivel de utilización de los servicios sanitarios y de su adecuado cumplimiento con las prescripciones médicas.

Los primeros en afirmar que la satisfacción del paciente es, ante todo, "una medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente", fueron Koos y Donabedian: La satisfacción aparece como resultado de la confirmación de las expectativas o de la desconfirmación positiva de las mismas, afirmándose que la satisfacción será mayor cuando la expectativa sobre los cuidados a recibir se vea superada por lo que ocurra; mientras que la insatisfacción se producirá cuando los cuidados y atenciones queden por debajo de las expectativas.

Seclen-Palacin y Darras, refieren que existen varios factores que influyen en la satisfacción de los usuarios de servicios de salud, entre los que encontramos: a) factores individuales como la edad y el género; sociales como el estado marital, grupo social, nivel educacional, dinámica organizacional de la comunidad, redes de participación social, económicos, expectativas, concepciones culturales sobre el proceso salud-riesgo-enfermedad y experiencia con el contacto previo entre usuario y servicio; b) factores familiares/sociales como experiencias con el servicio de parte de amigos, familiares, de la red social circundante, conducta y concepción del entorno familiar sobre el proceso salud-enfermedad y c) factores del servicio de salud como la accesibilidad geográfica, comunicación interpersonal, resolución del servicio, tiempo de espera para la atención, eficacia de las acciones, trato y

cordialidad del personal, disponibilidad de medicamentos, confort y privacidad, entre otros.

En resumen, la satisfacción es un concepto multidimensional cuyos componentes varían en función del tipo de prestación de que se trate (consulta según tipo de padecimiento; agudos, crónicos, urgencias, etc.) y más directamente relacionada con el componente afectivo de la actitud hacia el sistema sanitario o cualquiera de sus componentes (consultas o profesionales). Conceptualmente puede explicarse por la confrontación de expectativas, donde la diferencia entre expectativas y percepciones es el elemento clave.

Parecería que bajo cualquier circunstancia, el médico tiene la obligación de decir la verdad a su paciente, por más catastrófica y de mal pronóstico que fuese. Sin embargo hay varias formas de decir la verdad, hay momentos adecuados e inadecuados; hay diferentes sensibilidades de los pacientes, hay lugares apropiados e inapropiados. En ese sentido, No es raro que los usuarios de servicios de salud se quejen de no haber comprendido la explicación del médico. Quizá la explicación puede estar bastante bien fundamentada en principios científicos; sin embargo, el médico no detecta el nivel de información y educación del paciente o no percibe la cultura o la subcultura a la que pertenece, es por ello que la base para el análisis de la satisfacción es la relación médico paciente.⁽¹¹⁾

La relación médico paciente es esencial para la atención sanitaria y ha sido profusamente investigada, pero los estudios se han enfocado poco acerca de los conocimientos, percepciones y actitudes que los médicos poseen sobre

ella. Una buena relación médico paciente viene definida por la existencia de confianza, la confianza que existe cuando el paciente está dispuesto a exponer sus problemas, la actitud del médico de mostrar interés y garantizar la confidencialidad, facilita esta confianza que es necesaria para que el paciente exponga sus problemas, aunque en la medicina actual hay elementos que no estimulan la confianza, ejemplo de ello es que a nivel institucional el paciente va con el médico que la organización señala, mismo que frecuentemente cambia en el curso del tratamiento.

El médico debe expresar interés y disposición a ayudar al paciente y para eso se requiere que transmita al paciente que le va a dedicar tiempo y atención y que será respetado, asumiendo los problemas del paciente y ayudándole a resolverlos teniendo en cuenta sus deseos y expectativas.

Una genuina relación médico paciente es capaz de generar una atmósfera de confianza, de fe, de comprensión y de respeto, que permite al paciente revelar sus más íntimos pensamientos y sentimientos, cuyo conocimiento puede aportar la clave del diagnóstico. Los elementos que la facilitan son: conocimientos médicos sólidos, autoconfianza fundada en la competencia, control emocional, cordialidad, empatía y flexibilidad. Se comienza a hablar de la relación médico-paciente cuando se empieza a sentir con alarma que se está perdiendo. Las quejas se deben en gran parte a la pérdida de esta relación, ¿Por qué? porque hay elementos interruptores de esta relación.

En los últimos años se ha producido un cambio importante en la relación médico-paciente. Uno de sus efectos es que el resultado de la asistencia

sanitaria se mide hoy en términos de efectividad, eficiencia, percepción por el paciente de su dolor o de su autonomía, su sensación de bienestar físico y mental y, también, por su satisfacción con el resultado alcanzado.

En concordancia con la expectativa, hoy explícita de los pacientes derivado de los notables cambios en el rol que desempeñan, ahora desean que se observen sus preferencias en el momento de tomar una decisión sobre su salud o un tratamiento determinado y la resistencia o poco observancia del equipo de salud en ello, se han definido múltiples modelos para explicar los diferentes estilos de interacción que se presentan en la relación médico paciente. Cabe mencionar que la comunicación humana en el acto médico debe considerarse como una variedad específica ya que está relacionada con la forma en como las personas manejan las situaciones que tienen que ver con su salud.

El médico tratante puede, con una simple actitud corporal (no verbal), desaprobando la afirmación o la conducta verbalizada por un paciente, sin que el primero perciba esto como una desautorización. La actitud del médico puede derivar en una queja por parte del paciente por haberle despertado un sentimiento de alarma dada la actitud de sorpresa y angustia que el médico le ha transmitido.⁽¹¹⁾

El médico deberá estar atento a los fenómenos emocionales, para que con sensibilidad y empatía pueda y sepa distinguir la negación como un fenómeno humano, y encontrar entonces formas más gentiles y convincentes de transmitir

noticias malas o impresionantes, tales como la presencia de un cáncer o una enfermedad degenerativa incurable. ⁽¹¹⁾

Si se apega a aquellos postulados teóricos, se diría que la expectativa del paciente cuando acude a consulta, abarca una constelación de posibilidades que va desde la aclaración de un grupo de dudas alrededor de su padecimiento (que mitigará su elevada incertidumbre y por ende, angustia), hasta la búsqueda de palabras de consuelo que mitigarán el sufrimiento que experimenta alrededor de su padecimiento. Sin importar que exista o no un diagnóstico específico, la actitud de escucha atenta, empatía franca (sentir lo mismo que el paciente; una forma simplista de definirlo es “ponerse en los zapatos del otro”) hacia las emociones, y la comprensión de sus problemas por parte del médico tratante, son elementos centrales que deben existir en esta relación. El hecho de ver a los ojos al paciente, en un clima de silencio y armonía, que permita desahogar sus emociones y sentimientos, que afloran alrededor de una posible enfermedad, es algo que por sí solo resulta terapéutico.

La paciencia del médico para comprender las fantasías, prejuicios, hipótesis e intuiciones, entre otros fenómenos del pensamiento humano, cuando se habla de una enfermedad delicada y de consecuencias graves, debe ser entendida y aceptada por el facultativo. Las descalificaciones tajantes y peyorativas hacia los pensamientos del paciente pueden lastimar sus sentimientos, y desde luego, desencadenar una queja por la atención médica obtenida. ⁽¹¹⁾

Planteamiento del problema

Ya que las quejas médicas son indicador de una inadecuada atención sanitaria es de suma importancia conocer que fue lo que motivo al usuario a presentarla. Según datos de la CONAMED el número de quejas a lo largo de los últimos cinco años ha aumentado de manera significativa, pero lo que más llama la atención es que al estudiarse dichas quejas un buen porcentaje tuvo como motivo una inadecuada relación médico-paciente, es decir; el caso a estudiar no presentaba datos de mala práctica médica que pudieran poner en tela de juicio tanto el conocimiento como la práctica del médico tratante de ese paciente. Si bien es cierto que se sabe que la relación médico-paciente ha ido decayendo a lo largo del tiempo, no se conocen de forma específica cuales son los motivos que originan el que un usuario de un servicio de salud presente una queja con las autoridades, a pesar de que fue bien diagnosticado y se le brindo el tratamiento terapéutico adecuado. Debido a esto surge la interrogante del porque a pesar de no haber existido una “mal praxis” el paciente presenta esta queja, ¿qué es entonces lo que está fallando en la relación médico-paciente; que es lo que le hace falta, y es incluso cuando se puede hablar de que el médico puede otorgar un tratamiento incorrecto o no hacer uso de los medios suficientes para un diagnóstico y de manera general caer en una mala práctica médica pero si la relación con su paciente es excelente, es difícil que este último presentase alguna queja. Y es que además de la confianza -que es una parte primordial de esta relación-, también hay que tomar en cuenta la forma de

dirigirse al paciente; el trato que se le brinda, la forma de actuar, de comunicarse, el ver a los ojos al paciente, la empatía etc, todo ello que en conjunto hacen una adecuada relación médico paciente y por ende, sería improbable que existiera en ella algún conflicto.

Si bien es cierto que las quejas puede ser solamente presentadas ante el área jurídica del hospital, puede llegar a otras instancias como la CONAMED y a partir de esto se activa un proceso que conlleva recursos económicos, humanos y un gasto importante de energía tanto del usuario como del médico tratante.

Es por ello importante conocer que tan satisfecho sale el paciente de su consulta, que tan conforme sale de la atención que se le brindó para generar información confiable que apunte a mejorar la atención médica y evitar el surgimiento de un conflicto médico que sólo lleve de fondo una inadecuada relación y no una trascendental mala práctica médica.

En ese sentido, los datos de CONAMED relativos a “mala práctica” en las quejas atendidas, traducen de manera indirecta que siete de cada diez atenciones se proporcionaron de acuerdo a lo que indica la “lex artis”, ya que no se encontró evidencia de mala práctica médica. Este dato amerita una investigación específica orientada a determinar las razones por las que los pacientes, aún sin haber existido mala práctica médica acuden a la CONAMED a presentar una queja. Si bien se pueden inferir problemas de comunicación y relación médico paciente, tal inferencia debe ser confirmada mediante la investigación. Por lo anterior, resulta relevante conocer:

¿Cómo se relaciona el grado de satisfacción que presenta el paciente en la consulta externa, con los motivos para la presentación de una queja?

Justificación

Al compararse con las cifras de cinco años atrás (2009) se aprecia que sólo una de cada 100 de las quejas tenía como motivo la inadecuada relación médico paciente, en cambio se observa que tan sólo en el periodo de enero a junio del año 2013, poco más de una cuarta parte tuvo como origen la mala relación médico paciente. Estas cifras por sí solas hablan del empeoramiento tan importante que se ha venido presentando en la relación médico-paciente tan sólo en este corto periodo de tiempo. Es decir, se encontró que dichas quejas al ser estudiadas por medio de documentales no conllevan una “mal praxis” por parte de los médicos que atendieron a tales pacientes y dicho en otra forma el punto principal y el origen de dicha queja fue el que la relación entre el paciente y el médico no era adecuada, lo que llevo al paciente a un nivel tal de insatisfacción sobre su atención médica, que originara el quejarse ante las autoridades.

Debido al aumento de quejas con motivo de la relación médico paciente es crucial saber el grado de satisfacción del usuario del servicio de salud respecto a su médico tratante.

Es sabido que esta relación se ha ido modificando a través de los años debido tanto a factores propios del acto médico como a factores externos al mismo. Al identificar dicho grado de insatisfacción de los usuarios del servicio de salud se podrán tomar medidas y realizar recomendaciones para que dicha satisfacción sea óptima y con ello mejore la relación que el médico tiene con su paciente para así disminuir el número de conflictos que originan quejas que se presentan ante autoridades y que en gran porcentaje es debido a que esta relación se ha ido perdiendo.

Tales quejas como se ha mencionado sólo son la expresión de una inadecuada relación médico-paciente y no existe de fondo una mal praxis por parte del médico, por lo que se ahorraría dicho proceso de la queja en tal caso que se presentara ante la CONAMED y con ello todo un largo procedimiento de conciliación y arbitraje médico que conlleva recursos humanos, económicos, tiempo. Teniendo también presente que permanece como centro de atención el re-nombre de un médico, con todo lo que ello rodea tanto a nivel psicológico, social, laboral, familiar etc.

Motivo por el cual es relevante conocer a través del presente estudio el grado de satisfacción que presenta el usuario de los servicios de salud con su médico tratante y con esto poder tomar medidas y mejorar en nuestro acto médico dicha relación, para poder evitar así posibles quejas por parte del usuario.

Hipótesis de trabajo

A mayor grado de insatisfacción en la relación médico – paciente, mayor será la motivación del usuario para presentar una queja médica.

Objetivos:

General:

Evaluar la relación entre el grado de satisfacción del usuario de consulta externa y la generación de conflicto, en el contexto de la relación médico-paciente.

Específicos:

1. Evaluar el grado de satisfacción de la población objetivo, como resultado de la relación con su médico tratante.
2. Contrastar el nivel de satisfacción, en relación con la motivación para presentar una queja médica.
3. Identificar y evaluar el impacto que tienen las variables de contexto, sobre el grado de satisfacción del usuario.
4. Evaluar la relación entre el motivo de las quejas médicas y el grado de satisfacción del usuario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se aplicó un instrumento validado llamado “Cuestionario de opinión de la calidad de la atención” de la Secretaría de Salud del Distrito Federal a todos aquellos pacientes o familiares que acudían al módulo de atención ciudadana del Hospital General Xoco con alguna inconformidad sobre el servicio de salud otorgado; posterior a presentar su inconformidad se les aplicaba el cuestionario. Se incluyeron en el presente estudio pacientes de 18 a 70 años de edad, que decidieran participar y que se encontraran en condiciones óptimas para responder el cuestionario. Este instrumento permitió calificar de forma implícita la opinión del paciente en cuanto a la calidad de la atención y la satisfacción. Las variables a estudiar fueron: la satisfacción del usuario, expectativas culturales, el motivo de la queja médica y variables de contexto tales como edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, diagnóstico y especialidad médica que atendió a dicho paciente.

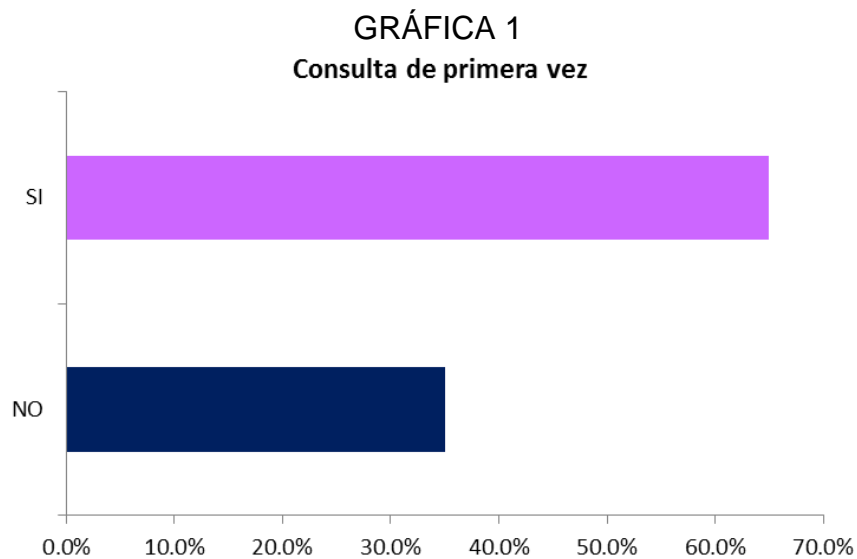
El cuestionario da una puntuación de 60 puntos a la calidad de la atención y 40 a la satisfacción, ésta última analiza tanto las expectativas culturales (valor de 30 puntos) como las inducidas (valor de 70 puntos); dentro de las culturales se analizan las relaciones interpersonales, atención orientada e impacto y en las inducidas la dinámica de la relación. Las preguntas que analizan la satisfacción tienen valor de 100 o 0 puntos si la respuesta es si o no respectivamente y de 0, 25, 75 y 100 puntos si las respuestas son malo, regular, bueno o muy bueno

respectivamente. Se capturaron los datos obtenidos del instrumento en tablas de programa Excel y finalmente se creó una base de datos en el programa estadístico Epi-Info que alojó los resultados finales del estudio. Tales resultados obtenidos se dividieron en pacientes que acudían por primera vez al servicio de salud y a los pacientes subsecuentes. De éstos se obtuvo una calificación final total, que tenía como componentes: la calidad de la atención, satisfacción, eficiencia, atención orientada, dinámica y expectativas culturales; todas ellas valoradas por diferentes preguntas que integraban el instrumento.

RESULTADOS

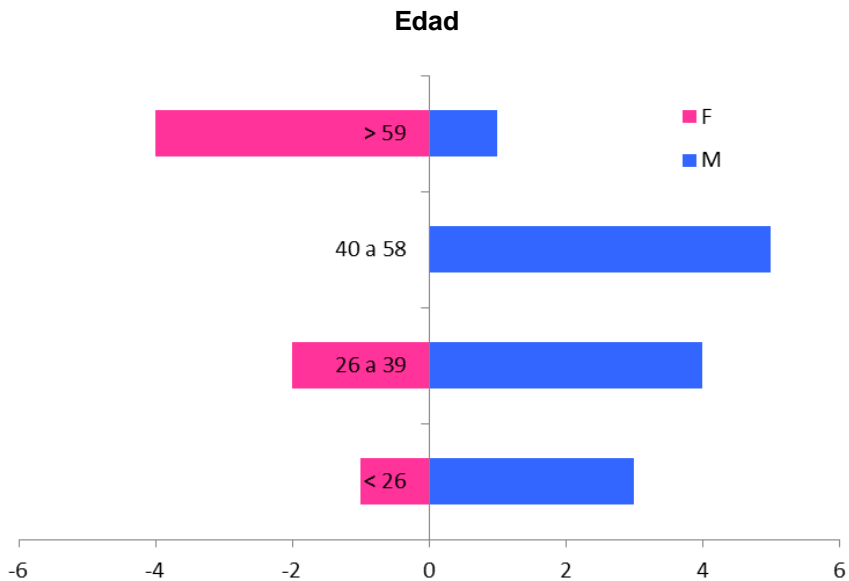
INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA:

De la población de estudio 65% se refirió como pacientes que consultaban de primera vez mientras que el resto mencionó ser pacientes subsecuentes (gráfica 1).



La edad de los pacientes reportó una media de 42.9 con una desviación estándar de 17. Los pacientes que consultaban de primera vez obtuvieron una media de 34.3 con una desviación estándar de 13.8, mientras que los pacientes subsecuentes una media de 59 y una desviación estándar de 8.3 (gráfica 2)

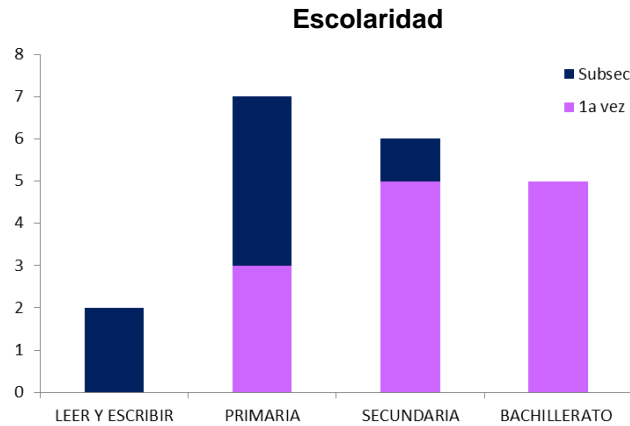
GRÁFICA 2



La escolaridad del total de los pacientes fue; en 35% - educación primaria, 30% - secundaria, una cuarta parte contaba refirió bachillerato y sólo 10% mencionó sólo saber leer y escribir.

En cuanto a los pacientes de primera vez 38.5% contaba con nivel bachillerato, 38.5% con secundaria y 23.1% con educación primaria. De los pacientes subsecuentes poco más de la mitad refirió educación primaria, 28.6% mencionó que sólo sabía leer y escribir y 14.3% reportó nivel secundaria (gráfica 3).

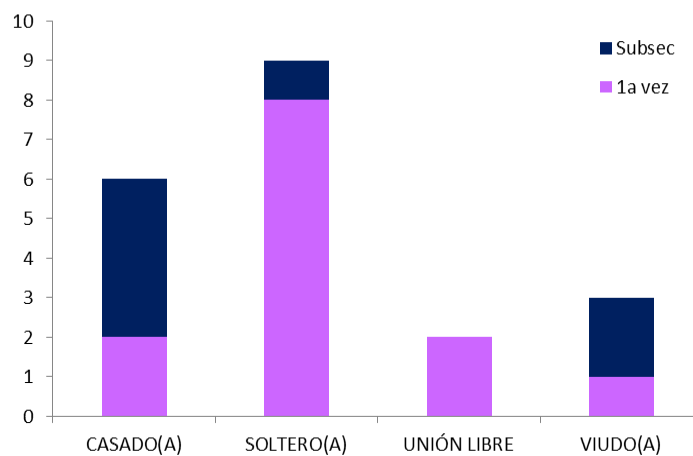
GRÁFICA 3



45% de la población en estudio refirió ser soltero(a), una tercera parte casado(a), 15% viudo(a) y 10% mencionó vivir en unión libre.

De los pacientes de primera vez 61.5% refirió ser soltero(a), mientras que 15.4% se refirió casado(a) y en unión libre respectivamente y sólo 7.7% dijo ser viudo(a). 57.1% de los pacientes subsecuentes mencionó ser casado(a), 28.6% viudo(a) y 14.3% soltero(a) (gráfica 4).

GRÁFICA 4
Estado civil

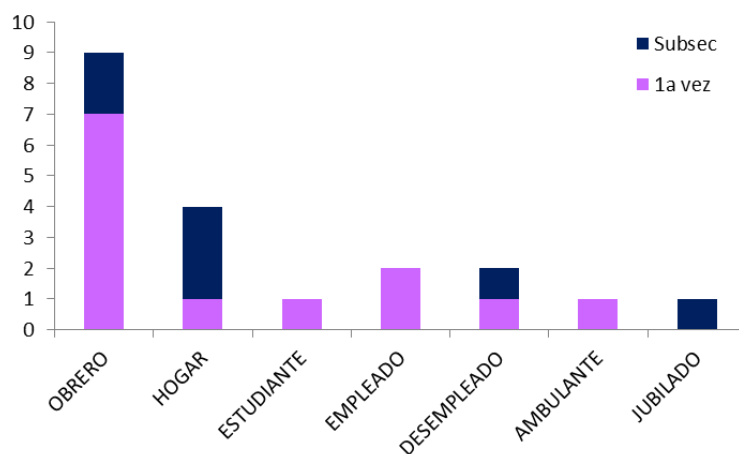


En relación a la ocupación de los pacientes un 45% mencionó ser obrero(a), 20% dedicarse al hogar, 10% se refirió como empleado y desempleado respectivamente, 5% dedicarse al comercio ambulante y otro 5% mencionó ser jubilado.

De los pacientes de primera vez un 53.8% era obrero, 15.4% se refirió como empleado(a) y como vendedor ambulante, desempleado, estudiante y se dedicarse al hogar en un 7.7% respectivamente. 42.9% de los pacientes subsecuentes mencionó dedicarse al hogar, 28.6% refirió ser obrero y 14.3% desempleado y jubilado respectivamente (gráfica 5).

GRÁFICA 5

Ocupación

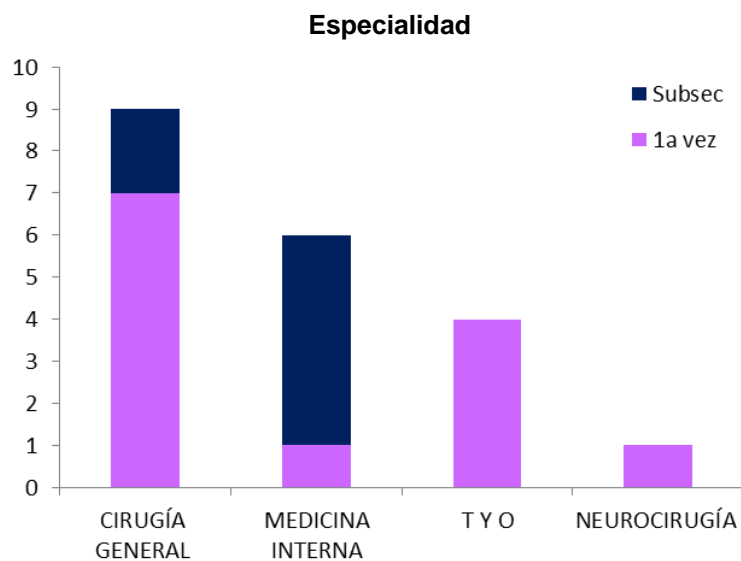


ASPECTOS DE LA ATENCIÓN:

Poco menos de la mitad de la totalidad de los pacientes acudió al servicio de cirugía general, una tercera parte a medicina interna, 20% a traumatología y ortopedia y 5% a neurocirugía.

53.8% de los pacientes de primera vez pertenecía al servicio de cirugía general, 30.8% al servicio de traumatología y ortopedia y 7.7% a medicina interna y neurocirugía respectivamente. Para los pacientes subsecuentes 71.4% pertenecía a medicina interna y 28.6% a cirugía general (gráfica 6)

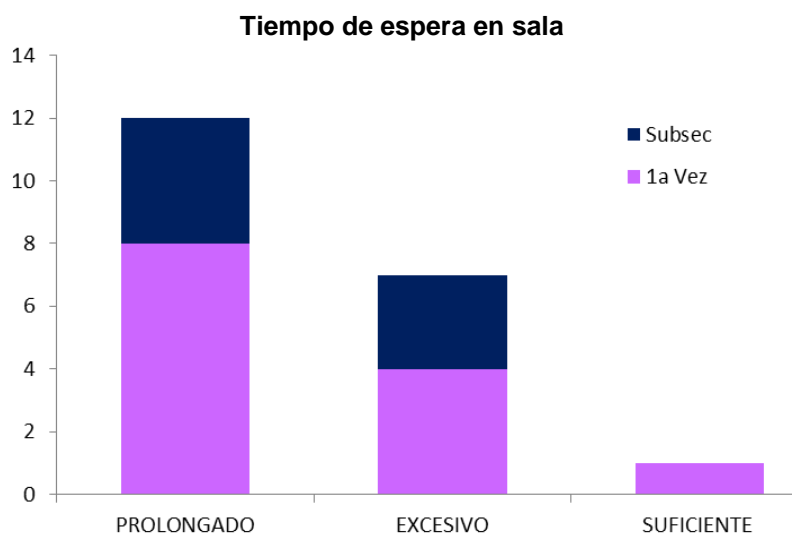
GRÁFICA 6



60% de los pacientes refirió que el tiempo de espera en sala fue prolongado. Para 35% fue excesivo y sólo para 5% fue suficiente. Los pacientes de primera vez mencionaron que el tiempo de espera en sala fue prolongado en un 61.5%, poco más de la tercera parte refirió que fue excesivo y sólo para 7.7%

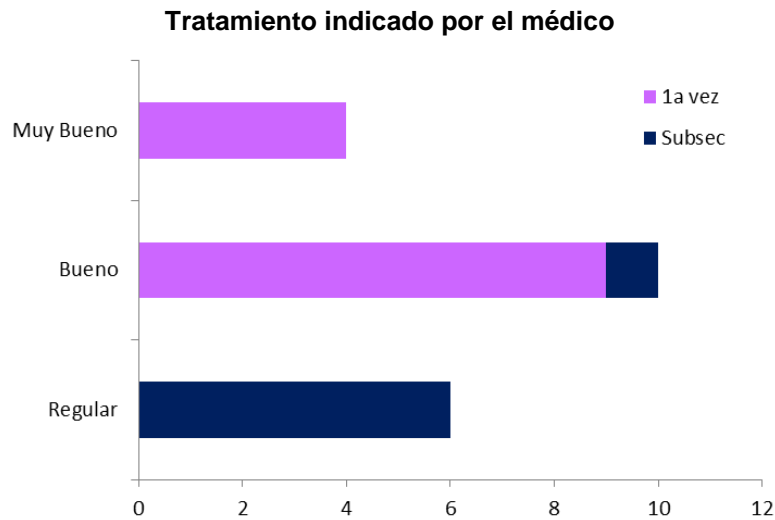
suficiente. Finalmente, 57% de los pacientes subsecuentes mencionó que el tiempo de espera fue prolongado y mientras que para 42.9% fue excesivo (gráfica 7).

GRÁFICA 7



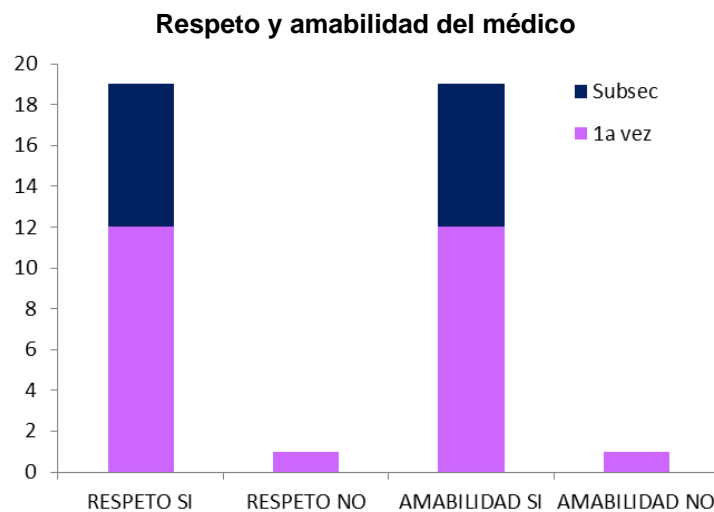
En relación con el tratamiento indicado por su médico la mitad de los pacientes lo refirió como bueno, 30% como regular y un 20% muy bueno. Para 69.2% de los pacientes que acudían por primera vez les pareció bueno, mientras que para 30.8% fue muy bueno. Para 85.7% de los pacientes subsecuentes el tratamiento les pareció regular y sólo para 14.3% les pareció bueno (gráfica 8).

GRÁFICA 8



95% de los pacientes mencionó que el médico fue amable y respetuoso, mientras que sólo el 5% refirió lo contrario. Los pacientes de primera vez refirieron que el médico fue respetuoso y amable en un 92.3% y sólo 7.7% mencionó lo contrario. Mientras que para la totalidad de los pacientes subsecuentes el médico si tuvo estas dos características (gráfica 9).

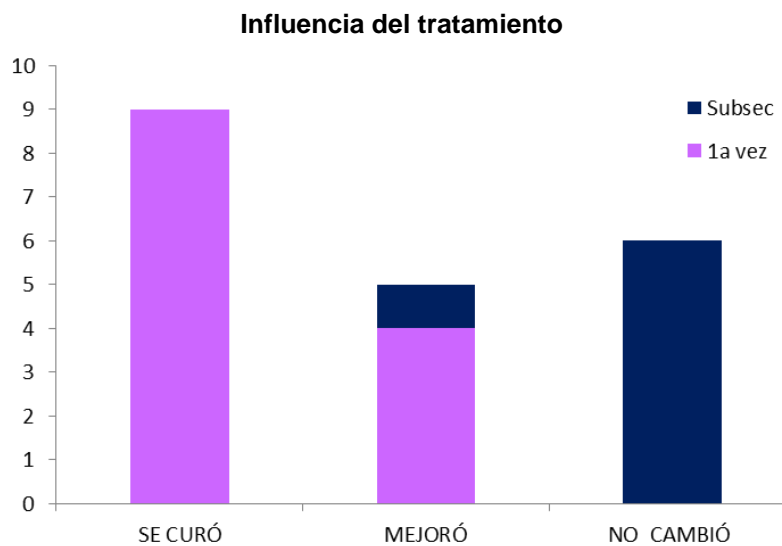
GRÁFICA 9



En cuanto a cómo influyó el tratamiento en su padecimiento, 45% refirió que se curó, 25% reportó mejoría y 30% refirió no haberse curado.

69.2% de los pacientes que acudían por primera vez refirieron haberse curado con el tratamiento indicado y poco más de la tercera parte refirió mejoría. Para los pacientes subsecuentes su estado de salud no cambió en 85.7% de los casos y 14.3% reportó mejoría (gráfica 10).

GRÁFICO 10

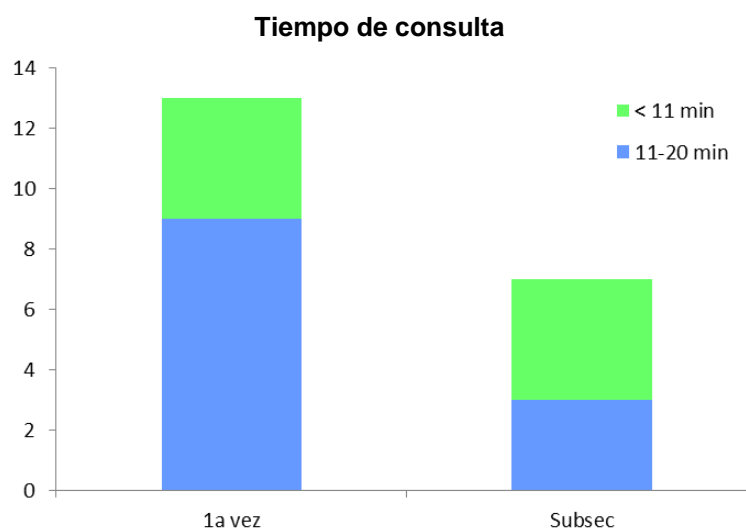


Los pacientes refirieron que el tiempo de duración de su consulta fue de aproximadamente 11 a 20 minutos en un 60% y menor a 11 minutos en un 40%.

El tiempo de atención en consulta fue de 11 a 20 minutos en 69.2% de los pacientes de primera vez; y fue menor a 11 minutos en poco más de la tercera parte. Los pacientes subsecuentes mencionaron que la duración de su consulta

fue menor de 11 minutos en un 57.1% y para un 42.9% fue de 11 a 20 minutos (gráfica 11).

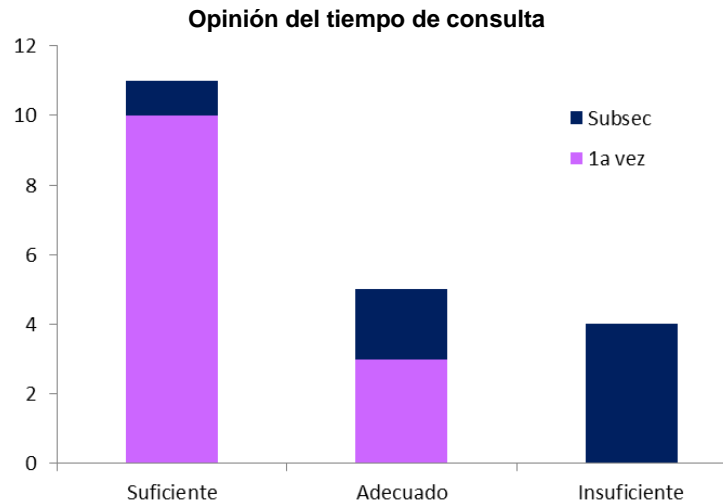
GRÁFICA 11



Los pacientes mencionaron que el tiempo que el médico le dedicó a su consulta les pareció suficiente en 55%, adecuado en 25% e insuficiente en 20%

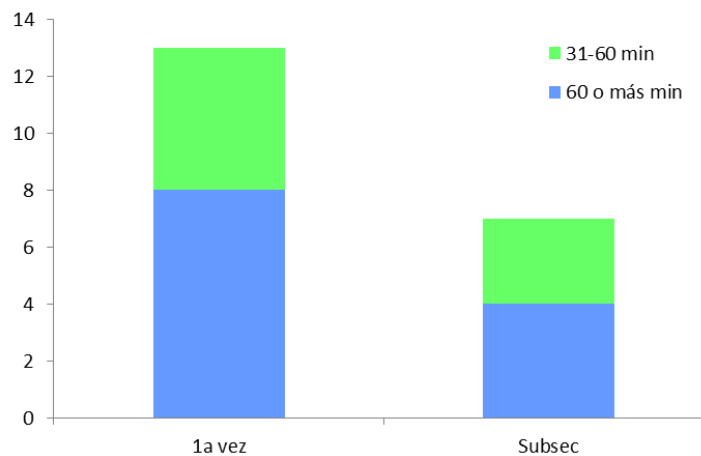
76.9% de los pacientes que acudían por primera vez refirieron que el tiempo de duración de su consulta les pareció suficiente y para 23.1% fue adecuado. Fue insuficiente en 57.1% de los pacientes subsecuentes y adecuado e insuficiente en un 28.6% y 14.3% respectivamente (gráfica 12).

GRÁFICA 12



El tiempo que esperaron los pacientes para entrar a consulta fue mayor a 60 minutos en un 60% y de 31 a 60 minutos en 40%. 61.5% de los pacientes de primera vez refirieron que el tiempo de espera en sala fue mayor a 60 minutos y 38.5% mencionó que la espera fue de entre 31 a 60 minutos. Mientras que para 57.1% de los pacientes subsecuentes fue mayor de 60 minutos y para 42.9% fue de 31 a 60 minutos (gráfica 13).

GRÁFICA 13
Tiempo de espera para ingreso a consulta



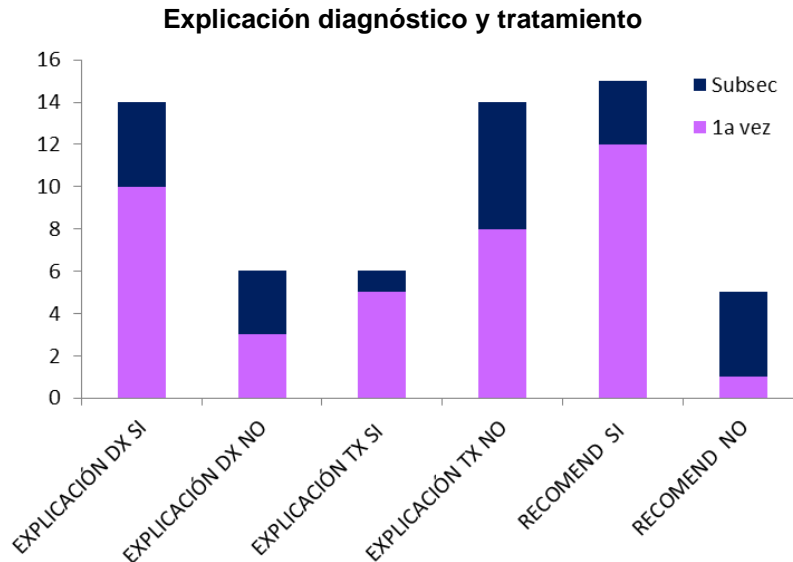
70% de los pacientes refirió haber entendido la explicación del médico acerca de su diagnóstico, mientras que para el 30% esta explicación no fue clara. 30% de los pacientes si entendieron la explicación acerca de su tratamiento, mientras que para 70% la explicación no fue la adecuada.

75% de los pacientes recomendarían al médico que los atendió y el resto (25%) no lo haría.

Para 76.9% de la población que acudía por primera vez, la explicación de su diagnóstico por parte del médico fue la adecuada, mientras que para 23.1% no lo fue. 61.5% de esta población refirió no haber entendido claramente la explicación de su tratamiento y para 38.5% esta explicación si fue la adecuada. Mencionaron además que si recomendarían a su médico un 92.3% y sólo 7.7% de estos refirió que no lo haría.

57.1% de los pacientes subsecuentes mencionó el haber entendido la explicación de su diagnóstico y 42.9% refirió no haberla entendido. 85.7% de estos pacientes refirió no haber entendido adecuadamente la explicación que le dio el médico acerca de su tratamiento, mientras que para 14.3% la explicación si fue entendible. Mientras que 57.1% de los pacientes subsecuentes refirieron no recomendar a su médico un 42.9% mencionó que sí (gráfica 14).

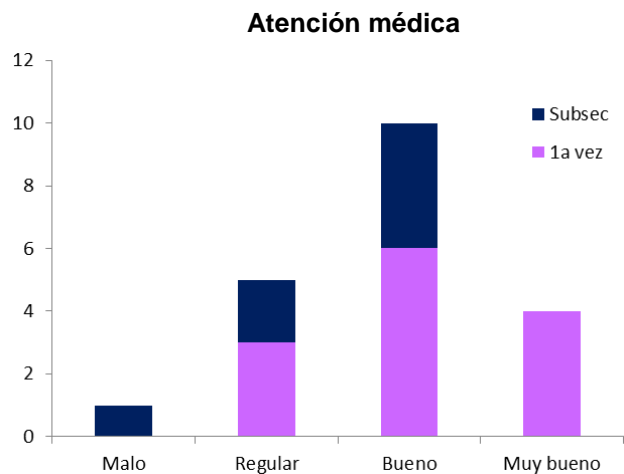
GRÁFICA 14



La atención médica recibida la refirieron como buena 50%; regular 25%, muy buena 20% y mala 5%. En cuanto a los pacientes de primera vez refirieron que les pareció buena en 46.15%, muy buena en 30.76% y regular en 23.7%.

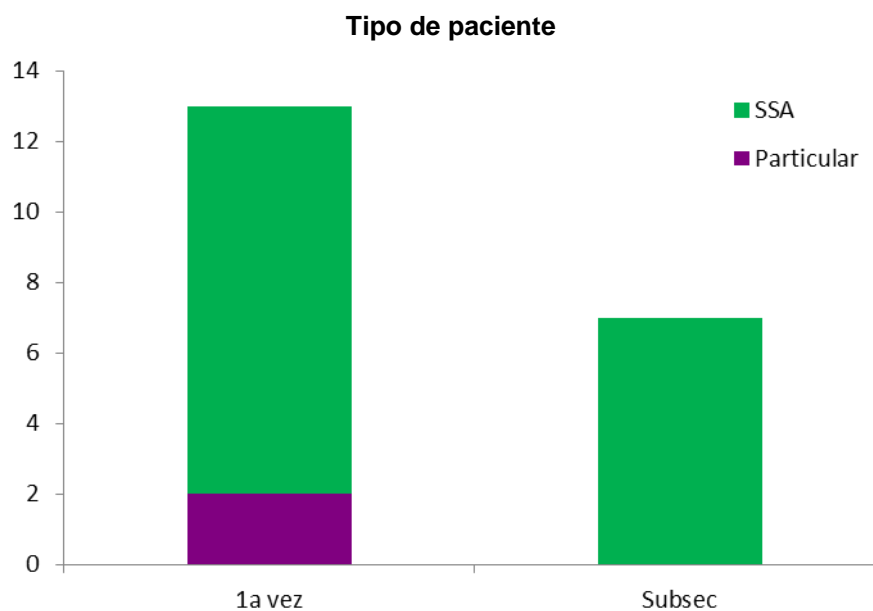
Mientras que para 57.14% de los pacientes subsecuentes la atención fue buena, regular en un 28.57% y mala en 14.28% (gráfica 15).

GRÁFICA 15



90% de los pacientes mencionó que acudía anteriormente a servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y sólo 10% a servicio particular. De estos 84.6% de los pacientes de primera vez acudían regularmente a servicios de la Secretaria de Salud del Distrito Federal y sólo 15.4% acudía a servicio particular. La totalidad de los pacientes subsecuentes acudía anteriormente a servicios pertenecientes a la Secretaria de Salud (gráfica 16).

GRÁFICA 16



OPINIÓN DE LOS USUARIOS RESPECTO A LA ATENCIÓN RECIBIDA:

PACIENTES DE PRIMERA VEZ

	Media	DS	Rango
Calificación global	78.3	8.6	69.8 - 86.9
Calidad de la Atención	77.8	10.9	67.0 - 88.7
Satisfacción	79.2	7.7	71.6 - 87.0
Atención orientada	70.4	28.0	42.4 - 98.4
Dinámica	69.7	13.9	55.8 - 83.7
Expectativas culturales	79.2	7.7	71.6 - 86.9

La calificación final que se obtuvo de los pacientes que acudían por primera vez fue de 78.3, con rango de 69.8 a 86.9

En relación con la calidad de la atención otorgada a estos pacientes fue de 77.8 \pm 10.9, por otra parte la satisfacción que los pacientes refirieron fue de 79.2 presentando un rango de 71.6 a 87.0.

En cuanto a la atención orientada ésta se reportó con una media de 70.4 \pm 28.0, lo que se ve reflejado al observarse un amplio rango de 42.3 a 98.4.

La dinámica obtuvo una media de 69.7 con un rango de 55.8 a 83.7. En tanto, a las expectativas culturales se obtuvo una media de 79.2 \pm 7.7.

SATISFACCIÓN

	Media	DS	Rango
Atención orientada	92.2	5.4	86.8 - 97.6
Impacto	92.3	2.8	89.5 - 95.1
Dinámica	76.5	7.5	69.1 - 84.0

En relación a los componentes de satisfacción, se observó que el apartado que obtuvo mayor calificación fue el impacto, el cual reportó una media de 92.3 con un rango de 89.5 a 95.1. En segundo lugar se observó la atención orientada otorgada, que reportó una media de 92.2 \pm 5.5. Por último, la calificación más baja fue para la dinámica, la cual obtuvo un amplio rango de calificación, siendo lo más bajo 69.1 y el valor más alto 84.0 con una media de 76.5.

PACIENTES SUBSECUENTES

	Media	DS	Rango
Calificación	77.9	6.2	71.6 - 84.2
Calidad de la Atención	81.3	5.5	75.8 - 86.9
Satisfacción	71.6	8.4	63.1 - 80.1
Eficiencia	68.9	9.2	59.7- 78.2
Atención orientada	55.0	26.4	28.5 - 81.4
Dinámica	49.1	16.7	32.4 -65.8
Expectativas culturales	71.6	8.4	63.1 - 80.1

La calificación total final que se obtuvo de los pacientes subsecuentes se reportó con una media de 77.9 y con rango de 71.6 a 84.2. La calificación más alta fue para la calidad de la atención presentando una media de 81.3 con una desviación estándar de 5.5. La media tanto para la satisfacción y las expectativas culturales fue de 71.6 observándose un rango de 63.1 a 80.1; al igual que las expectativas culturales. La eficiencia reportó un muy amplio rango de 59.7 a 78.2, presentando una media de 68.9. Mientras que la dinámica y la atención orientada fueron las variables que menor calificación obtuvieron, en primer lugar se encontró la dinámica, ya que ésta se observó con una media de 49.1 \pm 16.5, seguida de ésta la atención orientada que presentó una media 55.0 con un rango desde 28.5 a 81.4; por lo anterior llama la atención el muy amplio rango de la calificación, así como el valor máximo bajo en la que estas dos variables se encontraron, ya que son calificaciones que se encuentran muy por debajo de la aprobatoria.

SATISFACCIÓN

	Media	DS	Rango
Atención orientada	69.4	8.5	61.0 – 78.0
Impacto	32.1	12.5	19.6 - 44.6
Dinámica	58.5	21.9	36.6 - 80.5

En relación a la satisfacción y los componentes de la misma, la calificación más alta según la desviación estándar fue para la atención orientada que se encontró con una media de 69.4, que apenas logra ser aprobatoria con un rango de 60.9 a 77.9. por otra parte las calificaciones más bajas fueron para el impacto y la dinámica en la relación médico-paciente. En primer lugar el impacto tuvo una media de 32.1 \pm 12.5 presentando un rango 19.6 a 44.6, en segundo lugar la dinámica con una media de 58.5 y un rango final que va desde 36.6 a 80.5. Como puede observarse rangos demasiado amplios sobre todo para la dinámica, por otro lado, si bien el máximo valor para la variable impacto no es aprobatoria su valor mínimo apenas es existente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La población entrevistada fue seleccionada por presentar alguna inconformidad en el módulo de atención ciudadana y a pesar de ello, en el cuestionario el grado de satisfacción de los pacientes inconformes puede considerarse regular.

Llama la atención que, aunque la satisfacción obtuvo un valor más alto en la población que acudía por primera vez, éstos fueron los que en mayor número externaron alguna inconformidad.

Habría que estudiar cuales son los motivos por los que los pacientes subsecuentes, a pesar de referir un nivel más bajo de satisfacción en la atención médica recibida, fueron los que menor número de inconformidades presentaron o bien, considerar que tal vez manifestaron su inconformidad en niveles anteriores al Módulo de Atención Ciudadana.

Otra situación a estudiar es: porqué el número de pacientes inconformes subsecuentes, fue menor que los de primera vez y aquí cabe tomar en cuenta que más de la mitad de estos pacientes sólo contaba con estudios de educación primaria, lo que sugiere que las probables razones para que los usuarios con menor grado de escolaridad no presentaran alguna inconformidad pueden estar relacionadas con un mayor desconocimiento de estos usuarios sobre cómo y dónde presentar alguna inconformidad o bien, tienen una mayor confianza en los servicios de salud y en su médico tratante o bien que para estos pacientes, este es el servicio promedio y al recibir de forma continua dicha atención, no cuentan con un parámetro para la comparación de la misma (expectativas culturales bajas).

El grupo con mayor número de inconformidades presentadas cursaban un padecimiento agudo que requería tratamiento quirúrgico y que además de sorprender a los familiares de los pacientes, crea alrededor de éste, un ambiente propicio para la incertidumbre, dudas y sobretodo desconocimiento no sólo de la enfermedad (etiología, diagnóstico, tratamiento), sino también de los

servicios de salud y el funcionamiento de los mismos. Es decir: tanto el paciente como el familiar se ven obligados a adentrarse de manera abrupta en un ambiente con el cual no están familiarizados.

Lo contrario sucede con los pacientes subsecuentes y sus familiares, pues la realización de visitas hospitalarias, horarios rutinarios, ambiente hospitalario y todo lo que rodea a los servicios de salud, para ellos ya es cotidiano ya que son pacientes con padecimientos de larga evolución en donde tanto el paciente como el familiar presentan desgaste físico y psicológico. Lo anterior se ve reflejado en que el tratamiento indicado y la influencia del mismo les pareció regular y refirieron no haberse curado con dicho tratamiento; en contraste con los pacientes de primera vez, los cuales señalaron haberse curado.

Si bien, la mayoría de los usuarios refirieron que la explicación que le brindó su médico tratante acerca de su diagnóstico fue clara; llama la atención que éste mismo porcentaje de pacientes refirieron no haber entendido la explicación acerca del tratamiento que se le estaba indicando, es decir, existe una contradicción en el usuario en cuanto a la forma en cómo recibió dicha información, ya sea porque no hubo una adecuada explicación por parte del médico o por considerar que tal explicación fue clara pero no fue entendida del todo por parte del usuario.

Aunque hay que tomar en cuenta que si bien la mayoría de los médicos se esfuerza en tratar de brindar la mejor explicación sobre la etiología, diagnóstico y tratamiento del padecimiento, para un mayor entendimiento del paciente, es mucho más sencillo abordar ésta si se trata de un padecimiento agudo en una persona que acude por primera vez, en comparación con un usuario subsecuente con varios días de internamiento y múltiples enfermedades y tratamientos.

Los resultados reportaron que aunque la relación médico – paciente es adecuada aún en pacientes que presentaron alguna inconformidad, el grado de satisfacción apenas es aprobatorio (70 puntos) y las calificaciones más bajas fueron para el entendimiento de su tratamiento, la atención médica recibida y el tiempo que el médico le dedicó a su consulta.

Todo lo anterior sugiere que aunque la relación médico - paciente sea la adecuada, sino se le brinda al paciente la suficiente información acerca de su padecimiento, es decir; una buena atención orientada, atención médica y un correcto tiempo de consulta para que el paciente se considere no solamente verdaderamente estudiado por el médico sino también sentirse tomado en cuenta; sentir que se le escucha, que las decisiones acerca de su salud no son automáticas y que si no entiende algo claramente puede externar sus dudas para recibir explicaciones más claras acerca de su padecimiento. Al no existir lo anterior tanto el paciente como sus familiares se inundan de dudas acerca de

su estado de salud, lo que motivaría externar su inconformidad en instancias cada vez más elevadas.

Lo que muestra el análisis de las quejas, desde un enfoque social, es el modo en que la población experimenta la atención médica y cómo es que enfrenta las dificultades y obstáculos que ahí encuentra. Lo que no toleran es que no se les informe que está pasando o que sucedió; el problema fundamental de las quejas en la interacción médico – paciente es la comunicación.

En un contexto cada vez más complejo, rebasado, desgastado y lleno de procedimientos administrativos que reducen el tiempo del que el médico dispone para interactuar con su paciente, aunado a la gran carga de trabajo que cada médico tiene por día.

Se puede decir que los pacientes hacen su evaluación a partir de algún estándar de atención o expectativa, o ambas cosas.

De manera que la insatisfacción se puede interpretar como una falta de congruencia entre las expectativas y los resultados de la atención médica recibida.

De acuerdo a los resultados obtenidos uno de los factores que llevan a la presentación de alguna inconformidad son las expectativas no cumplidas sobre la atención recibida (confianza en sus médicos).

De manera importante se observó que el hecho de desconocer qué sucedió o que está sucediendo con el estado de salud del usuario es un poderoso motivo para activar la presentación de la queja, pues ésta constituye una manera de obtener la información requerida que no fue explicada o la manera en la que se hizo no fue la adecuada.

Recomendaciones:

Se debe considerar el nivel académico tanto del paciente como de su familiar para poder otorgar una mejor explicación acerca de su padecimiento, desde la etiología, el diagnóstico y el tratamiento.

Por otra parte no hay que dar por hecho que el paciente o sus familiares tengan un conocimiento empírico acerca de sus padecimientos, en cambio hay que explicar con suficiencia el estado de salud y satisfacer las dudas, que pueden aparecer de un instante a otro, sobretodo en pacientes subsecuentes con múltiples enfermedades crónicas, donde el tratamiento y pronóstico está lleno de incertidumbre y donde una buena comunicación entre el médico y el paciente dejaría más satisfecho al usuario.

Es necesario buscar la comprensión de lo que es la queja médica desde el punto de vista de los pacientes; el aprendizaje de las quejas debe consistir en identificar aquello que los enfermos están manifestando en ellas, aquello que la población define y experimenta como irregularidades en la atención.

Las quejas médicas se deben entender como un fenómeno social a través del cual los pacientes expresan sus expectativas no cumplidas y las características

de la atención médica que desearían tener, es por ello que no se le debe tener temor a las mismas. Sin embargo, la reacción tanto del médico como del usuario ante éstas debe basarse en el estudio de lo que son y lo que reflejan y no en la creencia común de que están determinadas por errores y negligencia médica.

Tradicionalmente la relación médico-paciente constituye una relación de poder, donde el médico tiene el poder y el paciente debe cumplir con sus indicaciones; ante esta situación desigual, es necesario que el médico rompa este paradigma y busque el entendimiento integral de la problemática de los pacientes y que se les brinde explicaciones claras sobre sus trastornos de salud y se llegue a un acuerdo acerca de cómo atenderlos. La importancia de la comunicación va mucho más allá que sólo informar, es ponerse de acuerdo, conversar para poder así encontrar un punto de acuerdo.

Por lo tanto si se le otorga al paciente tiempo suficiente para la completa explicación de su padecimiento en palabras sencillas, la comprensión de éste se incrementa de manera notable y con ello se reduce la probabilidad de una inconformidad.

Los médicos atienden lo que dicen los pacientes, pero están entrenados para dirigir el diálogo hacia el diagnóstico y hacen lo necesario para llegar a éste: interrumpir al sujeto, cortar sus frases, evadir las digresiones, ignorar información, etc. Por lo que se puede concluir con un diagnóstico y tratamiento

correctos, pero no necesariamente cumplirá con la respuesta a la motivación del paciente que ha buscado la consulta.

Por último cabe añadir que se necesitan realizar más estudios en este tema; ya sea analizar las quejas que se presenten durante un largo periodo de tiempo, además de considerar los diversos sitios o personal dentro del hospital a los cuales se podría acudir para la presentación de la misma.

Bibliografía:

1. Dirección de informática de CONAMED disponible en Web: <http://www.conamed.gob.mx/estadistica/index.php?seccion=83>
2. Decreto de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED): México. **Diario Oficial de la Federación** del 03 de junio, 1996.
3. Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la CONAMED: México. **Diario Oficial de la Federación** del 25 de julio, 2006.
4. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care.1966;44:166-206
5. Hamui S. Liz, Fuentes G. Ruth, Aguirre H. Rebeca et al. La satisfacción/insatisfacción de los usuarios del sistema de salud con la atención desde sus expectativas y experiencias en México. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de salud y de alta especialidad, 2013, 21-187.
6. Merkouris A, Andreadou A, Athini E, Hatzimbalasi M et al. Assessment of patient satisfaction in public hospitals in Cyprus: a descriptive study. **Health Science Journal**. 2013; 7 (1): 28-40
7. Aguirre G. Hector. Evaluación de la calidad de la atención médica ¿Una tarea para médicos? Cir. Ciruj, 2007, No. 3, Vol. 75 mayo-junio 2007
8. Ware, JE, Snyder, MK, and Wright, WR Development and Validation of Scales to Measure Patient Satisfaction with Medical Care Services. Vol I, Part A: **Review of Literature**, Overview of Methods and Results Regarding Construction of Scales. (NTIS Publication No. PB 288-329). Springfield, VA. (1976)
9. Donabedian A. Los siete pilares de la Calidad. **Revista Calidad Asistencial** 2001; 17: 96-100.
10. College of physicians and surgeons of Ontario. Ending the physician-patient relationship. June 2013.
11. Seclen-Palacin J et al. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemograficos y de accesibilidad asociados. **Anales Facultad de Medicina Lima** 2005; 66(2), pp.128-129.
12. Bleich N. Sara, Ozaltin E., Murray J. Christopher. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?. **Bull World Health** 2009; 87: 271-278.
13. Hernández T. Francisco Queja Médica y calidad de la atención en salud. **Revista CONAMED**, Vol 14, jul-sept 2009
14. Hernández T. Francisco, Aguilar R. Ma. Teresa, Alcántara B. Martha Alicia et al. Evaluación sistémica de la atención médica, a través del análisis de quejas de la CONAMED. **Revista CONAMED**, vol. 16, núm.3, julio-septiembre, 2011.
15. Camarena R. Enrique, Hernández T. Francisco, Fajardo D. Germán. La comunicación humana y su relación con la queja médica. **Revista CONAMED**, vol.16, núm. 3. julio-septiembre, 2011.