



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

---

## FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20

***PRINCIPAL MOTIVO DE QUEJA EN LA ATENCIÓN MÉDICA  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
No. 20 DEL IMSS EN EL 2012.***

TESIS  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:  
DR. JOSE LUIS SANCHEZ GARCIA

TUTORA:  
DRA. SANTA VEGA MENDOZA

GENERACION 2011-2014  
MEXICO D.F. MARZO 2014





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.

**TUTORA**

**Vo.Bo.**

---

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACION  
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN  
MEDICINA FAMILIAR UMF 20**

**Vo.Bo.**

---

**DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA**  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
**MAESTRA EN TERAPIA FAMILIAR**  
**PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION**  
**EN MEDICINA FAMILIAR UMF 20**

**Vo. Bo.**

---

**DR. MAXIMO ALEJANDRO GARCIA FLORES**  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
**COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN**  
**SALUD DE LA UMF 20**

## DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

### A JEHOVA:

Por darme la fuerza y virtud de seguir adelante día a día.

### A MI SOBRINO:

Luis Antonio Corona Sánchez (Que en paz descanse)

Mi motivo de permanecer firme, y con la esperanza de algún día volvernos a encontrar, para estrecharte entre mis brazos y disfrutar con alegría de ese nuevo orden. Te quiero mucho “mi sol hermoso”.

### A MIS PADRES

Por estar conmigo en todo momento y hacer de mi una persona de provecho. Por sus consejos y enseñanzas. “Te adoro mamá Rosa, te amo papá Luis.”

### A MIS HERMANAS Y SOBRINOS

Rocio y Lupita, por esa niñez compartida que han hecho de mi, un buen recuerdo en la vida, porque de viejo harán de mí, el alimento para seguir despierto.

A Oscarín y Melani, que son mis mejores medicinas para la tristeza. Gracias por esos abrazos, besos, y momentos que me hicieron el mejor guerrero para salir del fango.

### A MIS AMIGOS

Adriana Mejía, Atenea Torres, Karina Cabrera, Yolanda Salazar, Mara Tamayo, Jesús Isidro, Claudia Cuesta, Edith Andrade, Georgina Sierra, Gustavo Martínez, Francisco Santiago, Israel Quevedo, Melannie Osorno, Eduardo González, Ana Martínez, Yolanda Díaz y a toda la familia García que me han dado su apoyo, cariño, y elementos útiles para cumplir con esta etapa académica, e iniciar ahora la mejor empresa de mi vida.....”yo mismo, cueste lo que cueste”. 4444.

## INDICE

• MARCO TEORICO	1
• JUSTIFICACION	10
• PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
• HIPOTESIS	12
• OBJETIVOS	13
• SUJETOS, MATERIAL Y METODOS	14
• RESULTADOS	20
• DISCUSION	25
• CONCLUSIONES	28
• RECOMENDACIONES	29
• BIBLIOGRAFIA	30
• ANEXOS	32

## “PRINCIPAL MOTIVO DE QUEJA EN LA ATENCION MEDICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 DEL IMSS EN EL 2012”

SANCHEZ GARCÍA-JOSE LUIS<sup>1</sup>, VEGA –MENDOZA SANTA<sup>2</sup>.

1. MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO EN MEDICINA FAMILIAR, UMF 20, IMSS.
2. MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, UMF 20 IMSS.

La mala atención médica que se brinda a los derechohabientes por parte de estos servicios, conlleva a un aumento en el número de quejas cada año e incremento de pérdidas económicas por parte de la institución médica de salud y del prestador de estos servicios dentro de la misma. **OBJETIVO:** Determinar el principal motivo de queja médica en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del IMSS. **MATERIAL Y MÉTODOS:** estudio descriptivo de quejas emitidas por usuarios de la UMF 20 del IMSS, enero-diciembre del año 2012; legibles y completas. Previo consentimiento y autorización del personal administrativo. Análisis descriptivo. **RESULTADOS:** La queja más frecuente fue de tipo interpersonal 91.9%(79), principal motivo: la mala atención 23.3%(20) y agresión verbal 18.6%(16), los usuarios de tipo trabajador con más quejas 40.7%(35), los servicios a los que se dirigían es consulta externa 37.2%(32) y asistentes médicas 25.6%(22). Los pacientes sugieren se les brinde un “buen trato” 20.9%(18) y cambio de consultorio 9.3%(8). **CONCLUSIONES:** las quejas siguen siendo el personal de primer contacto, médicos familiares y asistentes médicas, por lo que se requiere capacitar en la comunicación para llevar a cabo una buena relación médico, asistente-paciente y así mejorar la atención que se brinda a los derechohabientes.

**PALABRAS CLAVES:** queja, atención médica, derechohabiente, motivos de queja.

## **“PRINCIPAL MOTIVE OF COMPLAINT IN THE ATTENTION MEDICATES OF THE UNIT OF FAMILIAR MEDICINE No. 20 OF THE IMSS IN 2012”**

SANCHEZ GARCÍA-JOSE LUIS<sup>1</sup>, VEGA –MENDOZA SANTA<sup>2</sup>.

1. RESIDENT DOCTOR GIVES THE THIRD YEAR IN FAMILIAR MEDICINE, UMF 20, IMSS.
2. MEDICATE SPECIALIST IN FAMILIAR MEDICINE, UMF 20 IMSS.

The bad medical attention that is offered to the rightful claimants on the part of these services, carries to an increase in the number of complaints every year and increase of economic losses on the part of the medical institution of health and of the lender of these services inside the same one. **TARGET:** To determine the principal motive of medical complaint in the Unit of Familiar Medicine No. 20 of the IMSS. **MATERIAL AND METHODS:** descriptive study of complaints issued by users of the UMF 20 of the IMSS, on January - December, 2012; legible and complete. Previous assent and authorization of the clerical staff. Descriptive analysis. **RESULTS:** The most frequent complaint was of interpersonal type 91.9 % (79), principal motive: the bad attention 23.3 % (20) and verbal aggression 18.6 % (16), the users of hard-working type with more complaints 40.7 % (35), the services to which they were going is an external consultation 37.2 % (32) and medical assistants 25.6 % (22). The patients suggest there offers to them a "good treatment" 20.9 % (18) and I change doctor's office 9.3 % (8). **CONCLUSIONS:** the complaints continue being the personnel of the first contact, familiar doctors and medical assistants, by what it is needed to qualify in the communication to carry out a good relation doctor, assistant-patient and this way to improve the attention that is offered to the rightful claimants.

**KEY WORDS:** complaint, medical attention, rightful claimant, motives of complaint.

## MARCO TEORICO

A partir de la publicación del informe del Instituto de Medicina de Estados Unidos en 1999 en el que se mostró que entre 44 mil y 98 mil americanos mueren cada año por errores prevenibles en la atención médica, ha surgido una reflexión sobre la calidad de la atención médica otorgada por parte de los sistemas de salud. Dicha reflexión se ha extendido mundialmente al ver cómo varios países incluyendo Estados Unidos, Inglaterra, Australia, Canadá, Dinamarca, han ido incorporando iniciativas en materia de seguridad del paciente dentro de sus políticas nacionales. México no es la excepción: la seguridad del paciente está considerada dentro de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, que tiene como objetivos fundamentales promover un trato digno y adecuado para los enfermos y sus familiares, así Mediante las reclamaciones y sugerencias los usuarios del Servicio Galego de Saúde ejercen el derecho a manifestar su opinión acerca del funcionamiento, estructura, recursos, organización, trato, asistencia u otras cuestiones análogas relativas a los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos de Galicia. (1)

Desde la constitución de la Comisión Nacional de arbitraje Médico (CONAMED) se tiene un registro más detallado y confiable de las inconformidades que presentan los usuarios de los servicios de salud por la atención recibida en las instituciones de salud, tanto pública como privada. Los reportes de quejas interpuestas ante dicho organismo muestran un incremento sostenido desde 1996 hasta 2002. Como brindar en todas las instituciones de salud servicios más efectivos y seguros.

Las quejas presentadas ante la CONAMED en el Distrito Federal en los años 1997 y 1998 están relacionadas principalmente con el tratamiento médico y quirúrgico, seguidas de los procedimientos de diagnóstico.

La estructura y el proceso de la atención son el principal motivo de queja por parte de los usuarios hacia las instituciones de salud pública, en tanto que las instituciones privadas el principal motivo es el resultado de la atención recibida.

Estudios en otros países han hallado que la presencia de eventos adversos durante la atención médica, debidos o no a mala práctica, no siempre se asocian a quejas o demanda de pago contra el personal médico, y que un

gran número de estas demandas son archivadas por ausencia de negligencia médica. (2)

Uno de los factores más importantes relacionados con la calidad asistencial es la satisfacción del paciente con los servicios prestados, y por tanto, cualquier organización que pretenda mejorar su calidad debe orientar sus servicios hacia la satisfacción de sus clientes.

En una encuesta nacional de satisfacción de derechohabientes usuarios de servicios médicos de IMSS en noviembre del 2011. Se recabo la siguiente información en relación a la atención médica: 78% de los derechohabientes usuarios está muy satisfecho o algo satisfecho con el servicio médico recibido. Primer nivel 78% Segundo nivel: 45%, tercer nivel 81%.

En los últimos seis meses en cuanto a la disposición por parte del personal que labora en las unidades medicas del IMSS 46% de los derechohabientes usuarios han notado una mejor disposición por parte del personal para atenderles. Primer nivel: 46%, Segundo nivel: 45%, Tercer nivel 47%.

El conocimiento de la percepción de los usuarios es fundamental para detectar oportunidades de mejora y aplicar los cambios necesarios para corregir las deficiencias de funcionamiento detectadas y conseguir, así, una mayor calidad de la asistencia y un mayor grado de satisfacción con el servicio que se presta.

La interposición de quejas contra los médicos en los servicios públicos y privados de salud, los juicios por negligencia o mala práctica médica y el reclamo para el reembolso de gastos efectuados por los pacientes inconformes con la atención recibida, han sido una práctica común en los países industrializados, y en México comienzan a observarse cada vez con mayor frecuencia. La percepción que el usuario tiene sobre la calidad de la atención médica recibida es un elemento que se ha medido en sociedades con características diferentes, en donde el cumplimiento de las necesidades personales de seguridad en la institución de salud que atiende a los derechohabientes se ha asociado a la presentación de quejas por baja satisfacción.

En el sector de la salud, la calidad del servicio ha cobrado un especial protagonismo. De hecho, el Ministerio de Salud en Chile, ha incorporado dentro de los objetivos principales de su gestión, la promoción de una atención de salud comprometida, acogedora y participativa. Esta iniciativa, sumado el hecho, que los pacientes son cada vez más exigentes, ha motivado a las instituciones de salud pública, a implementar estrategias para ofrecer un mejor servicio a sus pacientes,

basado en las expectativas y en una gestión más eficiente de cada uno de los factores que forman parte de la calidad del servicio.

Entre estas instituciones, se encuentran los centros de atención secundaria de de salud, que son los encargados de ofrecer programas y prestaciones de salud especializados a los usuarios. Para que los pacientes sean atendidos por un médico especialista en la atención secundaria, éstos deben ser derivados por medio de una interconsulta, que el médico del consultorio o centro de salud primario emite al centro de atención secundaria. Propuesta de una escala para medir la calidad del servicio.

A pesar de la importancia que tiene esta iniciativa, los centros de atención secundaria de salud, aún no han desarrollado escalas válidas, fiables y dimensionales que permitan medir los factores claves de la calidad del servicio que ofrecen a sus pacientes. De hecho, actualmente no tienen una escala de medida que cumpla estas condiciones esenciales, ya sea para tomar decisiones respecto a la situación actual del centro (en cuanto al proceso de atención al paciente), así como para gestionar los elementos claves que permitan lograr su posterior satisfacción.

Donabedian describió la calidad de la atención en tres dimensiones: la técnica, la interpersonal y la de las comodidades. La primera entendida como la aplicación de la ciencia y la tecnología a la solución del problema de salud del paciente. La segunda se expresa en la relación que se establece entre prestadores y receptores de los servicios. Por último, las comodidades son todos los elementos del ambiente físico que rodean el proceso de atención. Consideró seis dimensiones en la medición de la calidad del servicio (información, fiabilidad, capacidad de respuesta, accesibilidad, empatía y cuidados).

A fines de esa década, Jun, Peterson y Zsidisin (1998) identificaron 11 dimensiones que definen la calidad del cuidado del paciente y su satisfacción, tanto desde la perspectiva médica como desde el punto de vista de la administración (tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, competencia, cortesía, información, accesibilidad, cuidados, resultados, empatía y continuidad).

Posteriormente, a partir de la escala Servqual, Gea et al. (2001) desarrollaron el instrumento Sercal, para medir la calidad del servicio de un centro médico-quirúrgico perteneciente a un hospital. Este instrumento, incluyó las dimensiones, accesibilidad al servicio, confort, personalización, garantía y fidelidad. Ese mismo año, Mira et al. (2001) presentaron la escala Servqhos de calidad de la asistencia hospitalaria percibida por el paciente. Esta escala fue aplicada a dos hospitales públicos a lo largo de un período superior a dos años.

Esta escala medió los factores amabilidad, capacidad de respuesta, confianza en los profesionales, trato de enfermería, tiempo de espera, estado de la habitación, informaciones, capacidad de resolver los problemas, puntualidad, rapidez de respuesta, interés, facilidad para acudir al centro, preparación profesional, tecnología biomédica y trato al paciente.

Por último, Chang et al. (2006) realizaron un estudio para determinar cómo los encuentros del servicio afectan la satisfacción de los pacientes. Identificaron que los que en mayor medida afectan la satisfacción con los tratamientos médicos, son los encuentros del paciente con: los profesionales médicos, los profesionales encargados del cuidado, con el personal de servicio, y con los espacios e instalaciones. (3)

Cuando se asume la responsabilidad de analizar información planteada originalmente como quejas, hay que ser conscientes de las cinco acepciones aceptadas para ese término: 1) expresión de dolor; 2) manifestación de disconformidad, disgusto o descontento; 3) motivo de queja; 4) recurso a interponer por la parte interesada en contra de algo y 5) querrela. Lo anterior implica que el investigador adopte una postura ética, que lo lleve a sentir respeto por las partes involucradas en cada caso; el manejo responsable de la información disponible, y sobre todo, la intención de mostrar con los resultados de su estudio los problemas subyacentes, de manera tal que al identificarlos se eviten situaciones futuras que causen daños a más personas. Todo esto cobra mayor relevancia cuando se trata de quejas que se originaron en los servicios médicos.

Se acepta que la satisfacción de los usuarios constituye una medición útil de la calidad de las consultas y de la relación médico-paciente. Asimismo, las estimaciones basadas en la satisfacción de los pacientes son un indicador de la ejecución del sistema y permiten diseñar diferentes estrategias alternativas para ofrecer los servicios. La valoración de la calidad de los servicios a partir de las quejas de los usuarios de servicios médicos, es coherente dentro del modelo de la discrepancia de Williams, donde se le concede a las expectativas del paciente un papel fundamental para explicar la satisfacción o insatisfacción reportada. Los estudios sobre calidad enfrentan el problema de la ambigüedad del concepto. Una de las definiciones más aceptadas, aplicada específicamente a los servicios de salud, es la propuesta por Avedís Donabedian.

La calidad de atención, según el Diccionario de la Real Academia define calidad como “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”. Como vemos, ya la definición lleva implícito el concepto de evaluación, pues evaluar es comparar. En general, cuando intentamos definir la calidad de atención, nos

referimos a la capacidad de los servicios de dar respuestas aptas, adecuadas y en correspondencia con las expectativas, las necesidades y las demandas de salud.

“La calidad de la atención a la salud es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. Sin embargo, como las consecuencias de la atención se manifiestan en un futuro que frecuentemente resulta difícil de conocer, lo que se juzgan son las expectativas de resultado que se podrían atribuir a la atención en el presente.”

Este trabajo se apoya en la concepción de Donabedian, quien señaló que independiente de la amplitud de la definición de calidad, en cualquier programa o servicio se pueden evaluar la estructura, el proceso y los resultados.

Por lo general, la cuestión técnica predomina en las valoraciones de los prestadores, mientras que los usuarios conceden más atención a la relación interpersonal y las comodidades. Los resultados de Hall y colaboradores confirman esta discrepancia.

El interés por conocer la satisfacción de los usuarios responde a la concepción del receptor de los servicios como el árbitro final de la calidad. Si bien lo anterior comenzó en sistemas de salud distintos a los latinoamericanos, incluido el mexicano, por supuesto, más recientemente la idea de que la garantía de la atención está dada por la satisfacción del cliente. Tradicionalmente se ha reconocido como importante la opinión de los pacientes, sin embargo, en los estudios realizados, predomina la de los profesionales de la salud. Lo anterior está muy marcado por la idea de que los pacientes son incapaces de emitir un juicio imparcial y, por tanto, su criterio es subjetivo. En general, a las investigaciones diseñadas para estudiar la satisfacción de los pacientes con la calidad de la atención recibida, se les señala que sus resultados están influenciados por el método de recolección de la información y los instrumentos empleados, recomendándose cada vez más las aproximaciones cualitativas. No existe consenso sobre qué aspectos son los que evalúan las personas. (4)

En un reconocido estudio de meta-análisis, Hall y Dorman, revisaron 221 trabajos previos y reportan doce elementos-categoría referidos a las dimensiones de la satisfacción de los pacientes. Al preguntar a los usuarios por la calidad en general, se ha encontrado un elevado por ciento de satisfacción, sin embargo, con preguntas más específicas se encuentran evidencias de insatisfacción. Esto fue corroborado por Carr-Hill y colaboradores al preguntar sobre situaciones particulares como describir la última visita al médico. En general, las personas distinguen entre los aspectos operativos y los afectivos de la atención recibida, y

también se ha informado que las personas se muestran ambivalentes y escépticas ante los avances de la medicina moderna. (5)

Estudiar las quejas presentadas ante la CONAMED parece muy oportuno porque en México existe el antecedente de que la negligencia médica y la negativa de atención están anualmente entre las más frecuentes presuntas violaciones al derecho a la protección de la salud presentadas en la Comisión Nacional de Derechos Humanos, lo anterior sin considerar los casos en donde se involucra al sector privado.

La CONAMED es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud creado en junio de 1996, con plena autonomía técnica para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos. Su objeto es la resolución de conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de servicios de salud de carácter público, privado y social, así como contribuir a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios médicos en México.

Las quejas atendidas en la Comisión son exclusivamente aquellas en las cuales las partes involucradas coinciden en someter ante esta instancia su valoración. La población puede acudir voluntariamente a la CONAMED a plantear una queja por insatisfacción con la atención médica recibida. En la Comisión se solucionan controversias civiles por la vía de la asesoría e información, la conciliación y el arbitraje. Los casos deben argumentar y documentar suficientemente su queja para que sea aceptada y de inmediato la Comisión notifique a los prestadores involucrados. En todo el proceso siguiente, el análisis del expediente clínico desempeña un papel fundamental.

Una característica del trabajo de la CONAMED es la inclusión de la perspectiva del usuario en la descripción de los hechos y el planteamiento de pretensiones, es decir, lo que la persona pide a manera de solución (cuyo análisis ya hemos publicado). Esto permite que se cuente con una descripción espontánea de los problemas que los usuarios reportan como deficiencias de la calidad del servicio médico recibido. Otro rasgo distintivo es que la información se recoge fuera de un ambiente médico, gracias a ello las personas se pueden sentir libres para expresar sus inconformidades.

La población que acude a la CONAMED siempre plantea situaciones en las que presumiblemente se cometió algún tipo de negligencia, o la parte quejosa considera que el comportamiento y desempeño de los prestadores de servicios médicos involucrados es cuestionable. Por lo anterior, todos los casos plantean esencialmente insatisfacción e, implícitamente, en sus asuntos se identifican elementos de la calidad de la atención recibida. Esta información es valiosa por la

manera espontánea en que es expresada originalmente, y por lo tanto, a través de ella se puede saber quiénes se quejan, de qué se queja la población y qué instituciones están involucradas y por qué. Uno de los factores más importantes relacionados con la calidad asistencial es la satisfacción del paciente/usuario con los servicios prestados, y por tanto, cualquier organización que pretenda mejorar su calidad debe orientar sus servicios hacia la satisfacción de sus clientes. En la CONAMED el medio o los métodos más frecuentemente utilizados para recoger las opiniones de los usuarios son el análisis de las quejas presentadas y la realización de encuestas de satisfacción.

Las reclamaciones constituyen un instrumento fundamental para conocer las expectativas de los pacientes, al tiempo que constituyen una garantía de los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Sanitario y sirven como indicador de la calidad percibida y del grado de satisfacción de los mismos.

El conocimiento de la percepción de los usuarios es fundamental para detectar oportunidades de mejora y aplicar los cambios necesarios para corregir las deficiencias de funcionamiento detectadas y conseguir, así, una mayor calidad de la asistencia y un mayor grado de satisfacción con el servicio que se presta.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Una de sus funciones ha sido planear, desarrollar y operar la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud; la Cruzada favorece que la atención médica sea efectiva (fomenta el logro de los resultados clínicos esperados de los servicios de salud), eficiente (propicia el uso óptimo de los recursos), ética (se apega a los valores socialmente aceptados) y segura (impulsa la protección de los pacientes contra riesgos innecesarios).

Ante la inquietud sobre el tema de seguridad del paciente, surgió el trabajo conjunto entre la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la Subsecretaría de Innovación y Calidad, con la finalidad de conocer la relación entre las inconformidades presentadas ante la CONAMED y la frecuencia de eventos adversos dentro de ellas. Si bien los casos presentados ante la CONAMED no constituyen la totalidad en los que se podrían haber presentado eventos adversos en los diferentes niveles de atención, sino sólo los casos donde los usuarios de los servicios de salud decidieron inconformarse, resulta el universo más asequible para explorar cuántos eventos ocurren y con qué se relacionan, para evitar en lo posible repetir errores que causen daño a los pacientes.

No hay referencias estadísticas oficiales sobre cómo se procesan los casos de negligencia médica en los tribunales, y aun cuando se han realizado peticiones del acceso a la información a través del Instituto Federal de Acceso a la Información,

dentro del sistema mexicano judicial no existe la infraestructura estadística que permita obtenerla. (6)

La seguridad del paciente es un tema que ocupa un lugar de vital importancia en numerosos sistemas de salud, no sólo por las cifras alarmantes de los eventos adversos reportados (se estima que en Europa, 10 % de los pacientes hospitalizados sufren algún tipo de evento adverso; y en Australia, 16.6 %) sino también por el gasto generado por el daño causado al paciente como pudiera ser la estancia hospitalaria prolongada, o el incremento de utilización de antibióticos de nuevas generaciones, o la incapacidad generada al paciente que limita su reincorporación al sector productivo del país. Por otro lado, están el desgaste institucional por la falta de credibilidad de los sistemas de salud por parte de los usuarios del sistema, así como la frustración en quien o quienes cometieron en la línea frontal el error que se tradujo en un evento adverso. De ahí la importancia de cubrir todos los ángulos para contribuir a incrementar la seguridad de los pacientes en nuestros sistemas de salud. La mayoría de los interesados en el tema conoce la máxima “primero no dañar”. (7)

Los profesionales de la salud deben reconocer que la seguridad es central en la atención de la salud, por lo tanto es indispensable evitar riesgos innecesarios para los pacientes a causa de errores. La atención que el personal de salud otorga en las instituciones está orientada a beneficiar a los pacientes, sin embargo, en ocasiones puede causar daño. Aunque en la actualidad existen sistemas más modernos de prestación de servicios y la tecnología adecuada para proporcionar un diagnóstico preciso a los usuarios de los servicios de salud, esto no exime de los riesgos de que ocurra un error. Un estudio en torno a la práctica médica realizado de Harvard concluyó que 4 % de los pacientes sufre algún tipo de daño cuando está en el hospital, 70 % sobrelleva algún tipo de incapacidad temporal y 14 % de los incidentes son mortales. (8)

Los errores pueden ser provocados por cualquier integrante del equipo de salud y las fallas pueden encontrarse a lo largo del proceso de atención médica, por lo que está involucrado todo el sistema de salud. Se han definido varios tipos de errores: el error por acción, que ocurre como resultado de una acción tomada; el error por omisión, acontecido por una acción no tomada; el error activo, que acontece en el nivel de la primera línea de quien se encuentra en contacto directo con el paciente y sus efectos pueden ser identificados inmediatamente. Pueden ser causados por un defecto en el proceso de la atención del paciente. Además, existen situaciones de riesgo denominadas “cuasi errores”, en los cuales el sistema hospitalario logra evitar el daño, ejemplo: de dos pacientes programadas para histerectomía, la paciente A es alérgica a xilocaína y la paciente B no; durante el traslado a las salas de quirófano, se confunden los expedientes y la

paciente A entra con el expediente de la paciente B. El anestesiólogo, basado en el expediente, decide realizar un bloqueo peridural con xilocaína. Por procedimiento, reinterroga a la paciente, se percata del cambio de expediente y ella le informa de su alergia. En ese momento, el anestesiólogo modifica su plan anestésico y evita usar xilocaína. Se impide un evento adverso –probable reacción anafiláctica al medicamento– gracias al sistema redundante aplicado por el anestesiólogo. (9)

Una de las iniciativas de la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, ha sido la creación del Sistema Nacional de Registro y Aprendizaje de Eventos Centinela, con la finalidad de que los prestadores de servicios de salud puedan tener un espacio para compartir eventos adversos, eventos centinela o cuasi fallas, en los que de alguna manera han sido testigos, y poder analizar los puntos vulnerables dentro de la cadena de la atención médica para tomar las medidas necesarias y prevenir que dichos eventos vuelvan a presentarse en otras unidades y evitar daño a los pacientes. De igual manera, CONAMED ha desarrollado el Reporte de Error Resultado del Acto Médico. Por otro lado, la Subsecretaría de Innovación y Calidad también ha desarrollado un curso taller en seguridad del paciente; la finalidad es lograr un cambio organizacional que fomente la seguridad del paciente como un valor fundamental. Hasta este momento ha habido una respuesta favorable en la mayoría de las unidades participantes. Además, la Subsecretaría de Innovación y Calidad ha desarrollado 10 acciones básicas para la seguridad de los pacientes.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, interesada por mejorar la calidad de la atención que brindan los profesionales de la salud, formuló recomendaciones al alcance de cualquier profesional de la salud, sugeridas para contribuir en la seguridad del paciente y a la prevención de un error, un conflicto o una demanda. Estas recomendaciones se han emitido para diferentes especialidades como anestesiología, ortopedia, obstetricia, radiología, oncología, pediatría y para los profesionales de enfermería y odontología. De esta forma, ambas instituciones coinciden en el compromiso para fomentar la seguridad del paciente. El objetivo es identificar la proporción de eventos adversos que se presentan en las inconformidades recibidas en CONAMED con el objetivo de identificar las fallas del sistema de salud que propician riesgos para la seguridad de los pacientes. (10)

## JUSTIFICACIÓN

El número de reclamaciones, en México, presenta una tendencia ascendente, de tal forma que en 2008 éste prácticamente se duplicó con respecto al 2007, lo que tiene relación con un aumento tanto de la exigencia de los usuarios como de la existencia de una mejor información sobre las reclamaciones y de la confianza en su utilidad. (10)

Observamos que los meses con mayor número de quejas coinciden con el cuarto trimestre del año lo que se corresponde con una mayor actividad asistencial en los centros de salud. Nuestra TIR es de 4,4 reclamaciones por mil usuarios y año (3,6 en 2007 y 5,3 en 2008), algo más elevada que la encontrada en otras comunidades autónomas. (10)

La interposición de quejas contra los médicos en los servicios públicos y privados de salud, por negligencia o mala práctica por pacientes inconformes con la atención recibida, han sido una práctica común en los países industrializados, y en México comienzan a observarse cada vez con mayor frecuencia.

En el 2010 en México, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) recibió 1652 quejas de usuarios insatisfechos por los servicios médicos o que consideran hubo actos de negligencia médica, cien más que las que atiende la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) en promedio, de acuerdo con información estadística de la Secretaría de Salud (SSA). En años anteriores el número de quejas no fue menor. Por ejemplo, entre 2005 y 2008 las quejas sumaron 2346 expedientes tramitados en la CONAMED. (10)

Podemos disminuir esta cifra, mejorando la calidad en la atención médica que se les brinda a los derechohabientes de las UMF al conocer los aspectos básicos para la atención médica hacia los derechohabientes, retroalimentar la calidad de atención logrando una mejor disposición en la forma de atención.

Una buena comunicación y una adecuada relación entre el médico tratante y el paciente son elementos que en diversos estudios se han considerado fundamentales para incrementar la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud y disminuir la frecuencia de quejas y de procedimientos de reembolso, pago por daños o percepción de atención médica deficiente o inadecuada.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La dirección de Consultoría Médica de la CONAMED, mencionó que el Seguro Social es la Institución de las que más quejas se reciben. Y justifica: del IMSS recibimos muchas inconformidades, más que de ninguna otra, pero también son sus hospitales y clínicas las que atienden a un mayor número de pacientes". (10)

De enero a marzo la Comisión recibe hasta 344 inconformidades contra este instituto, lo que representa caso el 60 por ciento del total de denuncias. De 2002 a 2006, fueron alrededor de 4 mil inconformidades donde se acusa de negligencia médica a esta institución. Sin embargo, la CONAMED sólo confirmó 914 quejas de mala práctica médica por parte de personal del Seguro Social, y donde este tuvo que pagar un laudo a los quejosos.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) también reciben quejas que involucran al IMSS, en donde los afiliados denuncian posibles transgresiones a sus derechos humanos. De 1990 a 2007 la comisión ha emitido 79 recomendaciones por violación a los derechos de los beneficiarios por parte del personal.(10)

Por tal motivo es de suma importancia que la unidades de primer nivel de atención médica, tengan conocimiento de dichas quejas emitidas por los usuarios para retroalimentar al personal y mejorar las condiciones de atención de los usuarios y brindar mejor calidad de atención.

Esto sólo se puede lograr conociendo las quejas emitidas por los usuarios y darlas a conocer al personal trabajador de la UMF 20 y disminuir la tasa de quejas en la atención que se le otorga al derechohabiente.

## **HIPOTESIS**

NO REQUIERE POR SER ESTUDIO DESCRIPTIVO

## **OBJETIVO GENERAL**

Identificar el principal motivo de queja médica en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del IMSS.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar la frecuencia de cada tipo de queja de atención médica (técnica, interpersonal y ambiental).
- Identificar al usuario que determina la queja (trabajador, beneficiario, o familiares).
- Identificar el seguimiento de la queja medica.
- Identificar qué tipo de queja es la que conlleva mayor riesgo de convertirse en demanda médica.
- Identificar los servicios de la UMF # 20 del IMSS con mayor queja por parte de sus derechohabientes.

## **SUJETOS MATERIAL Y METODOS**

Estudio descriptivo, que se llevó a cabo mediante el registro de las quejas que emiten los derechohabientes de la UMF número 20 del IMSS de la ciudad de México, unidad de salud de primer nivel de atención médica ubicada en calzada Vallejo, 675 colonia Magdalena de las Salinas, donde se brinda atención de primer nivel en atención, durante ambos turnos.

La presente fue investigación descriptiva, observacional, transversal y retrospectiva, en la que se analizaron todas las quejas emitidas por el derechohabiente y/o familiar en relación a las prestaciones recibidas en la UMF 20.

Se incluyeron todas las quejas recibidas en el período de enero del 2012 a diciembre del 2012 que se relacionaron con los usuarios de la UMF 20.

Se excluyeron quejas con letra ilegible para recolectar los datos.

Se eliminaron aquellas quejas médicas que no estuvieron completas en base al formato de la UMF 20.

El tamaño de la muestra fue considerado por el total de quejas que se reportaron durante el período de estudio enero del 2012 a diciembre del 2012, cumpliendo los criterios de inclusión.

## DEFINICION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	Escala de medición
Queja de atención	La queja es una expresión de dolor, pena, descontento o enfado, muestra de disconformidad, oposición o protesta por alguna cosa, o situación durante el proceso de atención en los servicios de salud de la UMF 20	Se obtendrán los datos de los principales motivos que llevaron a la queja ( expresado por el paciente en forma escrita) y comprende: a)tratamiento b)diagnóstico c)ambiental d)interpersonal	Politómica
Queja técnica (Tratamiento)	Conjunto de medios que se utiliza para tratar para aliviar o curar una enfermedad, llegar a la esencia de aquello que se desconoce o transformar algo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Dicotómica
Queja técnica (Diagnóstico)	Proceso de asignación de determinados atributos clínicos, o de pacientes que manifiestan dichos atributos, a una categoría del sistema de clasificación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Correcto</li> <li>• Incorrecto</li> </ul>	Dicotómica
Queja ambiental (Inmobiliario)	De los bienes inmuebles o relativo a ellos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado</li> <li>• Descuidado</li> </ul>	Dicotómica
Queja interpersonal (Personal trabajador)	Persona que ejerce algún tipo de trabajo o actividad remunerada. En sentido general para designar a una	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demora</li> <li>• Maltrato</li> <li>• Información inadecuada</li> </ul>	Politómica

	persona que está realizando algún trabajo en específico independientemente de si esta oficialmente empleado o no		
Sugerencia	Idea que se sugiere o se propone a una persona para que la tenga en consideración o piense en ella a la hora de hacer algo.	Se captarán todas las respuestas emitidas por el derechohabiente y/o familiares para la mejora del servicio en queja	Politómica
Edad	Esta referida al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad.	Se obtendrá del NSS o del expediente del usuario	Numérica
Sexo	Se refiere nada más que a la división del género humano en dos grupos: mujer o hombre. Cada individuo pertenece a uno de estos grupos, i.e. a uno de los dos sexos. La persona es o de sexo femenino o masculino.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>	Dicotómica
Usuario	Al individuo que utiliza o trabaja con algún objeto o dispositivo o que usa algún servicio en particular.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajador IMSS</li> <li>• Trabajador no IMSS</li> <li>• Beneficiario</li> <li>• Pensionado</li> <li>• Otro</li> </ul>	Politómica
Categoría De trabajador	Alude a la cualidad que se asigna a una cosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Director de unidad</li> <li>• Jefe de departamento clínico</li> </ul>	Politómica

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medico</li> <li>• Enfermera</li> <li>• Asistente medico</li> <li>• Residente</li> <li>• Médico pasante</li> <li>• Estudiante de medicina</li> <li>• Seguridad</li> <li>• intendencia</li> </ul>	
Turno de jornada laboral	Orden que permite organizar el desarrollo de una actividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matutino</li> <li>• Vespertino</li> </ul>	Dicotómica
Consultorio	Establecimiento donde se presta atención médica a enfermos.	Se tomará del formato de la queja emitida por el usuario	Cuantitativa
Servicio de atención	Comprende todos los servicios donde se brinda atención al usuario dentro de una Unidad de Medicina Familiar	<p>Se obtendrá del formato de buzón de queja</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultorio médico</li> <li>• Medicina del trabajo</li> <li>• Servicio dental</li> <li>• PREVENIMSS</li> <li>• Planificación familiar</li> <li>• Rayos X</li> <li>• Laboratorio</li> <li>• Farmacia</li> <li>• Archivo clínico</li> <li>• Jefatura de Departamento clínico</li> <li>• Enfermería Materno Infantil</li> <li>• Servicios básicos</li> <li>• T.A.O.D</li> <li>• Epidemiología</li> <li>• Curaciones</li> </ul>	Politómica

## DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se presentó protocolo de estudio a autoridades de la UMF 20 para tener la autorización de realizarlo, posteriormente bajo consentimiento informado del servicio de TAOD (Técnico en Atención y Orientación al Derechohabiente). Una vez recopilados los formatos correspondientes al mes de enero 2011 a diciembre del 2012 :

1. Se distribuyeron dependiendo el tipo de queja médica.
2. Después se detectó el servicio de la unidad que mayor demanda tuvo en este periodo de tiempo.
3. Posteriormente se introdujeron los datos en el SPSS.
4. Para finalmente analizar los resultados.

## **INSTRUMENTO**

Formato institucional IMSS (volante de buzón de quejas), que consta de 5 apartados:

- 1.-Fecha del día que se emite la queja y número progresivo.
- 2.-Reconocimiento: en donde menciona el servicio y la persona a la que felicita por la atención otorgada.
- 3.-Motivo de la queja medica: nombre de quien dio la atención, servicio, turno y número de consultorio.
- 4.-Sugerencia para que el IMSS mejore el servicio.
- 5.-Datos de quien emite la queja (nombre, número de seguridad social, dirección, ciudad, teléfono, correo electrónico).

## RESULTADOS

Los derechohabientes del IMSS, que más quejas emitieron contra la atención de la UMF 20, fueron del sexo femenino en un 82.6% (71), con una edad de 30 a 39 años que corresponde al 26.7% (23), seguido de 20 a 29 años con 20.9% (18), una media de 43.29 años, mediana de 39.50 ± 16.062 años. Tabla 1.

Siendo los trabajadores con mayor porcentaje de quejas en un 40.7% (35), seguidos de los beneficiarios 26.7% (23) y pensionados 22.1% (19). Tabla 1

Tabla 1. Datos generales de los usuarios que emiten queja.

<b>EDAD</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Menor de 20	2	2.3
20-29	18	20.9
30-39	23	26.7
40-49	13	15.1
50-59	16	18.6
60-69	10	11.6
80-89	4	4.7
<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	15	17.4
Femenino	71	82.6
<b>TIPO DE USUARIO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Trabajador	35	40.7
Beneficiario	23	26.7
Trabajador IMSS	1	1.2
Pensionado	19	22.1
Estudiante	3	3.5
Seguro facultativo	5	5.8

El tipo de queja interpersonal fue la que más se emitió con 91.9% (79), ambiental en un 5.8% (5) y de tratamiento en un 2.3%. (2). Por parte de los servicios de consulta externa con un 37.2% (32) y asistentes médicas el 25.5% (22) y del turno matutino hasta un 74.4% (64). Tabla 2

Tabla 2. Tipo de queja emitida por los usuarios a los diferentes servicios de la UMF 20.

<b>TIPO DE QUEJA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Interpersonal	79	91.9
Ambiental	5	5.8
Tratamiento	2	2.3
<b>SERVICIO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Asistente medica	22	25.6
Consultorio médico	32	37.2
Dental	3	3.5
Dirección	1	1.2
EMI	2	2.3
Farmacia	7	8.1
Laboratorio	3	3.5
Medicina del trabajo	1	1.2
Nutrición	2	2.3
Pensiones	2	2.3
Planificación	2	2.3
Prestaciones	4	4.7
Rayos x	4	4.7
Servicios básicos	1	1.2
<b>TURNO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Matutino	64	74.4
Vespertino	22	25.6

Los consultorios de mayor queja fueron el 2, 11, 15, 20 y 28 con 9.3% (3) cada uno respectivamente, Tabla 3

Tabla 3. Consultorio de asistencia médica con mayor queja.

<b>CONSULTORIO</b>	<b>N=32</b>	<b>%</b>
2	3	9.3
3	1	3.1
5	1	3.1
6	2	6.2
8	1	3.1
10	2	6.2
11	3	9.3
14	1	3.1
15	3	9.3
16	2	6.2
19	2	6.2
20	3	9.3
25	1	3.1
26	1	3.1
28	3	9.3
29	2	6.2
30	1	3.1

El 23.3% (20) de los usuarios refirieron mala atención, seguido de la agresión verbal 18.6% (16) y mal trato con un 14% (12). Tabla 4

Tabla 4. Causas de queja, por las cuales emiten sus inconformidades los usuarios de la UMF 20 Vallejo.

<b>CAUSA DE QUEJA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Agresión verbal	16	18.6
Ausentismo	9	10.5
Baño sucio	1	1.2
Demora en la atención	8	9.3
Demora en los trámites	2	2.3
Incumplimiento	2	2.3
Mala atención	20	23.3
Mal trato	12	14
Negación de la atención	7	8.1
No da diagnóstico	1	1.2
No hay medicamentos	2	2.3
No hay oxígeno	1	1.2
Perdió el expediente	1	1.2
Perdió los papeles	2	2.3
Revisión de laboratorios	1	1.2
Se fue antes de su horario	1	1.2

El 20.9 % (18) de los pacientes sugirieron un “buen trato” seguido de cambio de consultorio con 9.3% (8). Tabla 5

Tabla 5. Sugerencias de mejora por los usuarios que emiten quejas.

<b>SUGERENCIA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Agilidad de tramite	1	1.2
Asistencia medica	1	1.2
Atención oportuna	2	2.3
Buen trato	18	20.9
Cambio de consultorio	8	9.3
Cambio de hospital	1	1.2
Cambio de personal	5	5.8
Capacitar al personal	1	1.2
Compromiso	1	1.2
Coordinación	2	2.3
Haya médico	1	1.2
Información oportuna	1	1.2
Más limpieza	1	1.2
Mayor ética	1	1.2
Médico fijo	2	2.3
Ninguna	30	34.9
Nueva valoración	1	1.2
Organización	1	1.2
Puntualidad	1	1.2
Respetar horario	1	1.2
Respeto	2	2.3
Revisión de laboratorios	1	1.2
Sanción	2	2.3
Usar USB	1	1.2

## DISCUSIÓN

Mediante el presente estudio se determinó que más del 90 por ciento de los derechohabientes de la UMF 20, emitieron su queja por motivos interpersonales, siendo la causa más frecuente la mala atención, seguido de la agresión verbal.

La seguridad del paciente es un tema que ocupa un lugar de vital importancia no sólo por las cifras alarmantes de efectos adversos sino por el gasto generado por el daño causado al paciente. De ahí la importancia de cubrir todos los ángulos para contribuir a incrementar la seguridad de los pacientes en nuestros sistemas de salud.

Dentro de las 10 acciones básicas para mejorar la seguridad del paciente, entre estas las que más nos interesan son: La comunicación clara, en donde la falla de comunicación es un factor muy frecuente en la gestación de eventos adversos en toda actividad humana, esto depende de identificar claramente a la persona a quien se dirige la comunicación, si es un médico se podrá hablar de cierta manera y con ciertos términos; si es enfermera, con otros; y si es paciente dar las indicaciones verbales o resultados críticos de exámenes o del padecimiento en forma sencilla y clara de acuerdo al nivel educacional y cultural de éste para evitar malas interpretaciones, errores y posible daño. (11)

Observamos que estos aspectos son parte de la relación médico paciente (RMP), pues es a través de esta que se puede ver afectada la integridad de ambas partes.

El noventa por ciento de nuestros pacientes se quejaron de la relación interpersonal, donde se involucró principalmente en casi el sesenta por ciento al personal de primer contacto en la asistencia médica que fueron los médicos familiares y las asistentes médicas, concordando con lo mencionado por Rodríguez y Do Muiño, en su *“análisis de las reclamaciones de los usuarios de un área de Atención Primaria”*, mencionan que el mayor número de reclamaciones fueron dirigidas contra el médico de familia, seguida del personal administrativo. Así mismo Fajardo y cols. Al realizar el *“perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007”*, definen que la especialidad no quirúrgica de la que más quejas se reciben es medicina familiar en un 6.3% (12,13).

Es muy importante en este proceso conocer la habilidad de empatía del médico y la asistente medica para recibir y descodificar la comunicación afectiva de sus

pacientes, herramienta útil para entender los sentimientos de los mismos así como el “rapport” como estado de mutua confianza y respeto entre el médico-paciente o asistente medica-paciente y la resistencia en las relaciones del paciente en contra del médico-asistente médica (14). Los conocimientos de estos fenómenos psicológicos son básicos para que los médicos y las asistentes médicas puedan desarrollar una adecuada RMP en forma profesional y se pueda conseguir en consecuencia una disminución del número de quejas por parte de estas dos áreas.

Rodríguez y Do Muiño , en su estudio antes citado, mencionan que los motivos de queja más frecuentes fueron: el trato personal seguido de la falta de recursos humanos. (12). Tomando en cuenta que en nuestro estudio el principal motivo de quejas fue la mala atención en más del veinte porciento y seguida de la agresión verbal en una quinta parte de las encuestas, esto puede derivarse de muchos factores humanos que se conjugan en la consulta para dar un mal trato entre ellos; la carga excesiva de trabajo y el ambiente que los rodea en ese momento generando una mala relación médico-paciente. Por lo que los médicos y asistentes médicas deben saber detectar estos factores en forma oportuna.

Como mencionamos el factor ambiental tiene mucha relevancia para proporcionar tranquilidad, y por lo tanto una mejor condición para la recuperación del paciente. El practicar estas acciones nos facilitará el realizar nuestro trabajo cotidiano, conteniendo riesgos, alineando esfuerzos y potenciando el brindar una atención con calidad. En este punto, los miembros del equipo deben dar el ejemplo de conciencia y cuidado frente a las acciones de trabajo para constituir un clima de seguridad que, con el tiempo, será muy difícil de negar. (11)

Nuevamente Rodríguez y Do Muiño, refiere que en cuanto a la distribución por sexos se observó que reclamaron más las mujeres que los varones. De las quejas en relación con la variable persona, las de sexo femenino son las que más se documentan ante la CONAMED, ya que de 18 443 recibidas, 10705 corresponden a estas (58%), y 7738 a los varones (42%). Así mismo, se registró el mayor número de casos adversos en el turno matutino, representando el mayor registro que se tiene. (12,13) En nuestros usuarios concordamos con estas características mencionadas por los autores donde también el sexo femenino es el que más se quejó, con una edad comprendida de los 30 a 39 años, trabajadores hasta un cuarenta por ciento y con atención en el turno matutino; representando a los económicamente activos que exigen que la atención médica sea inmediata, concisa, y de calidad, por la pérdida de tiempo laboral.

Ruelas y cols. En su título *“Eventos adversos identificables en las quejas médicas”* menciona que la seguridad del paciente está considerada dentro de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, que tiene como objetivos fundamentales promover un trato digno y adecuado para los enfermos y sus familiares, así como brindar en todas las instituciones de salud servicios más efectivos y seguros. (15)

Como hemos visto, las reclamaciones constituyen un instrumento fundamental para conocer las expectativas de los pacientes, detectar oportunidades de mejora y aplicar los cambios necesarios para corregir las deficiencias de funcionamiento detectadas y conseguir así, una mayor calidad de la asistencia y un mayor grado de satisfacción con el servicio que se presta (15). Concordando con lo anterior, en este estudio los usuarios sugirieron un buen trato en un 20.9% seguido de cambio de consultorio en un 9.3%, lo que nos permite observar que las sugerencias de mejora son solamente una cuestión de actitud que no debe costar ningún trabajo a médicos y asistentes médicas, puesto que están capacitados para otorgar una buena relación, eficiente y de calidad para los usuarios de la unidad de salud.

Una de las finalidades de los estudios anteriores es no sólo resguardar la seguridad del paciente, sino la de disminuir el gasto generado por el daño causado a estos mismos. Por tal motivo, es fundamental distinguir qué tipo de queja es la que más se presenta para así disminuir la incidencia de estas y aminorar el gasto que estas repercuten en el IMSS.

Para aumentar la seguridad del paciente hay que prevenir los eventos adversos, sacarlos a la luz y mitigar sus efectos cuando se producen. Ello requiere más capacidad para aprender de los errores que se adquiere mejorando los sistemas de notificación y realizando una investigación competente de los incidentes y un intercambio responsable de datos, mas capacidad para anticipar los errores y rastrear las debilidades del sistema que pueden dar lugar a un evento adverso, la identificación de las fuentes de conocimiento existentes, dentro y fuera del sector de la salud, la introducción de mejoras en el propio sistema de prestación de atención sanitaria, para que se reconfiguren las estructuras, se reajusten los incentivos y la calidad ocupe un lugar central en el sistema. En general los programas nacionales se articulan en tomo a estos principios. (15)

## CONCLUSIONES

- La queja más frecuente por los usuarios fue de tipo interpersonal 91.9 %, ambiental del 5.8% y de tratamiento del 2.3%.
- Los trabajadores son los usuarios con mayor porcentaje de quejas emitidas con un 40.7% y beneficiario 26.7%.
- Cabe mencionar que en los formatos recabados de queja, no se tiene seguimiento del proceso, desconociendo el motivo.
- Los servicios de la UMF 20 que más quejas presentaron fueron: consulta externa y área de asistentes médicas; siendo los consultorios 2, 11, 15, 20 y 28 con 9.3% (3) cada uno respectivamente
- El principal motivo de queja fue la mala atención con un 23.3% (20), seguido de la agresión verbal 18.6% (16) y mal trato con un 14%.
- Por lo cual se sugirió por parte de los pacientes un “buen trato” en un 20.9% (18), seguido de cambio de consultorio 9.3% (8).

## RECOMENDACIONES

Se recomienda capacitar a los médicos y asistentes médicas sobre la forma de abordar al paciente, en referencia al trato y relación que se les brinda cuando solicitan nuestros servicios. Pues como vimos en este estudio, los médicos familiares y las asistentes médicas son los que presentaron el mayor número de quejas, de esta forma evitaremos el incremento de las inconformidades y mejoraremos la imagen de esta unidad de salud.

Considerando que el principal motivo de queja en este estudio fue la mala atención, seguido de la agresión verbal, se sugiere llevar a cabo una buena relación médico-paciente y asistente médica-paciente, que tenga la disposición de conocer las técnicas específicas de entrevista como herramienta terapéutica más eficaz.

Los factores humanos son un componente que por lo general, está presente en los incidentes y eventos adversos, por lo que debemos conocer y admitir nuestros límites y carencias para no afectar el funcionamiento de los sistemas de los cuales formamos parte. (11)

El cansancio, la prisa y otros factores humanos, no son por si mismos causa obligada de accidentes, pero no tomarlos en cuenta si lo es, debemos contener riesgos y para ello es preciso identificar los factores humanos y tomar medidas preventivas consecuentes.

Si un miembro del equipo no se encuentra en el ciento por ciento de sus facultades y capacidades (por cansancio, prisa o algún otro problema) debe externarlo y pedir ayuda. Si se tiene duda al respecto, antes que intentar procedimientos de riesgo, conviene consultar el especialista indicado. Debemos reconocer nuestra falibilidad y que, al ser humanos, podemos equivocarnos. Entender esto, nos facilita apoyar a nuestros compañeros de trabajo, en circunstancias en las que no pueden dar el rendimiento que están acostumbrados a dar. Esto a su vez, abre la posibilidad de que también nosotros podamos tener la confianza de solicitar este apoyo cuando lo necesitamos. Esta conducta fortalece muchas conductas deseables: el espíritu de equipo, la solidaridad, la calidad de la atención y, en última instancia, la mejora de todo el sistema de salud.

## BIBLIOGRAFIA

1. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Q* 1966; 44: 429-462.
2. Factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública Méx*, 2004; 46 (3): 153-159.
3. World Health Organization: Calidad de la Atención: Seguridad del Paciente. Punto 3.4 del orden del día de la 109° Reunión del Consejo Consultivo. Doc EB109/9 5 dic. 2001.
4. Encuesta nacional de satisfacción de derechohabientes usuarios de servicios médicos del IMSS Encuesta del mes de noviembre de 2011.
5. Rees LJ. Patient views on quality care in general practice: Literature review. *Soc Sci Med* 1994; 39(5):655-670
6. Gómez F, Pérez B, Fernández S, Sanchos JB, Zanon VC. Análisis de supervivencia y tiempos de respuesta de las reclamaciones en un hospital de agudos. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 10-14.
7. Tormo MJ, Pérez AG. Ética e investigación epidemiológica: principios, aplicaciones y casos prácticos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) sobre la revisión de los aspectos éticos de la investigación epidemiológica. Murcia: Sociedad Española de Epidemiología, 1998; 111: 587-591.
8. Bagozzi R. Evaluating structural equations models with unobservable variables and measurement error: a comment. *Journal of Marketing Research* 1981; 18: 375-381.
9. Fitz PR. Surveys of patient satisfaction: Important general considerations. *Br Med J*. 1991; 302: 887-889.
10. Revista contra línea junio 2da quincena 2007 año 5, No.81.
11. La seguridad del paciente en organizaciones hospitalarias. Ruelas E, Sarabia O, FCA UNAM, 2005.

12. Rodríguez AI, Do Muiño J. Análisis de las reclamaciones de los usuarios de un área de Atención Primaria. 2010; 7: 92-96.
13. Fajardo G y cols, Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 2009; 51: 2.
14. Greene MG, Adelman R, Charon R, Hoffman S. Ageism in the medical encounter; an exploratory study of the doctor-elderly patient relationship. *Lang Commun* 1986; 6; 113-24.
15. Ruelas E y cols. Eventos adversos identificables en las quejas médicas”. 2008; 76: 153-160.

# FORMATO INSTITUCIONAL IMSS (VOLANTE DE BUZÓN DE QUEJAS)

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Delegación o UMAE respectiva

## **VOLANTE DE BUZÓN**

Fecha \_\_\_\_\_

No. Progresivo \_\_\_\_\_

**¡TU OPINION CUENTA!  
REGALAME UN MOMENTO DE TU TIEMPO  
PARA SERVIRTE MEJOR**

### **RECONOCIMIENTO**

MENCIONE A QUIEN Y EL MOTIVO POR EL CUAL FELICITA AL PERSONAL/SERVICIO

---

---

---

### **QUEJA**

¿CUÁL ES EL MOTIVO DE SU QUEJA?

---

---

---

NOMBRE DE LA PERSONA \_\_\_\_\_

SERVICIO \_\_\_\_\_

TURNO \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CONSULTORIO: \_\_\_\_\_

### **SUGERENCIA**

MI SUGERENCIA O COMENTARIO PARA QUE EL IMSS MEJORE EL SERVICIO

---

---

---

*PARA DARLE RESPUESTA, POR FAVOR LLENA LOS SIGUIENTES DATOS*

NOMBRE: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

Los datos personales por usted proporcionados se encuentran protegidos en terminos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

**NOTA:** Volante para uso exclusivo de Buzón de Atención y Orientación al Derechohabiente. Si **NO** lo vas a utilizar **NO** lo destruyas o maltrates, le quitas la oportunidad a alguien de externar su opinión.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**  
**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**ADULTOS**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN  
 PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha	El estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar No. 20.  Distrito Federal, a ____ del mes ____ del 2013
Por medio de la presente autorizo	_____
Participar en el protocolo de investigación titulado	<b>“PRINCIPAL MOTIVO DE QUEJA EN LA ATENCION MEDICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 DEL IMSS EN EL 2012”</b>
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:	<b>3404</b>

**El objetivo del estudio es:** Identificar el principal motivo de queja médica en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del IMSS.

**Se me ha explicado que mi participación consistirá:** proporcionar las encuestas recabadas durante el período de enero a diciembre del 2012. Si usted acepta a participar ocurrirá lo siguiente:

1. Se me informará y pedirá el consentimiento informado para la realización de un estudio de investigación.
2. Se analizaran cada una de las quejas y se me informará sobre los resultados.

**Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes y beneficios derivados de mi participación en el estudio.**

Posibles beneficios que recibirá la institución: Mejorar la calidad en la atención médica que se les brinda a los usuarios de la unidad de salud.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento relacionado con los datos obtenidos con el estudio, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación (en su caso).

El investigador responsable me ha informado de que los datos de las encuestas serán tratados de manera confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio.

	<p><b>Dra. Santa Vega Mendoza Mat. 11660511</b></p> <p><b>NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE</b></p>
<p><b>NOMBRE Y FIRMA</b></p>	<p><b>Dr. José Luis Sánchez García R3 Medicina Familiar <u>Mat. 98382851</u></b></p> <p><b>NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBTUVO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p>

**Número (s) telefónico (s) al (los) cual (es) puede comunicarse en caso de presentarse emergencias, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 53331100 EXT. 15368 y 15320**

**Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmo este formato de consentimiento informado en mi presencia, de manera voluntaria.**

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1</p>	<p>LUGAR Y FECHA</p>
<p>NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2</p>	<p>LUGAR Y FECHA</p>