

La Queja Médica y los Sistemas de Salud

Medical Complaint and Health Systems

José Meljem-Moctezuma¹, Bertha L. Hernández-Valdés²,
 Sebastián García-Saisó³, Joaquín R. Narro-Lobo⁴, Germán Fajardo-Dolci⁵

RESUMEN

Introducción. La queja médica es un fenómeno tan antiguo como la propia atención médica. A partir de la prestación de un servicio médico, es natural que no siempre exista una satisfacción por parte del usuario en cuanto a los resultados obtenidos. Sin embargo y a pesar de su importancia, el estudio dedicado a la misma y su utilidad en la retroalimentación de los sistemas de salud ha sido mínimo. No obstante, la importancia de su estudio y atención es determinante para definir las fallas de un sistema de salud, así como determinar las acciones tendientes a la mejora en la calidad de los servicios prestados por el Estado y por particulares.

Material y Métodos. Este trabajo se orienta al estudio del origen y desarrollo de la queja médica, así como a las repercusiones de la misma en los sistemas de salud. Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrolectivo y analítico de la información sobre lo que el paciente y/o sus familiares declaran al momento en que se recibe la inconformidad.

Resultados. Fueron motivo de este estudio, 1352 inconformidades recibidas en el periodo de abril-sep-

tiembre de 2009. Se aprecia una marcada relación entre la insatisfacción y los resultados del tratamiento instituido, la información recibida por parte del profesional y el consentimiento informado. Destaca el alto nivel de diferimiento para recibir tratamiento y la presencia de complicaciones y secuelas.

Conclusiones. A partir del análisis del derecho a la protección de la salud como una garantía constitucional y de la calidad como componente fundamental en los servicios de salud, así como de la percepción que existe acerca del proceso de atención de la queja médica y los resultados obtenidos en cada una de sus etapas, el presente artículo presenta la importancia de la identificación de denominadores comunes en las quejas médicas con el fin de atender sus causas primeras. La queja médica no puede ser vista únicamente como el origen de un trámite burocrático, sino como la oportunidad de mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Palabras Clave: Queja Médica, Sistemas de Salud, Calidad de la Atención

¹ Subcomisión Médica de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, CONAMED.

² Dirección General de Orientación y Gestión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, CONAMED.

³ Dirección Proyectos Médicos Especiales de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, CONAMED.

⁴ Dirección de Coordinación de Control de Gestión y Seguimiento de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, CONAMED

⁵ Comisión Nacional de Arbitraje Médico, CONAMED.

Artículo Recibido: 20 de septiembre de 2010; Artículo Aceptado: 28 de septiembre de 2010

Correspondencia: Dr. José Meljem Moctezuma, Subcomisión Médica de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Mitla 250 esq. Eje 5 Sur Eugenia, Col. Vértiz Narvarte. Del. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. Correo electrónico: jmeljem@conamed.gob.mx.

ABSTRACT

Introduction. Medical complaint is a social phenomenon as old as medical care. Given the nature of health care provision, it is natural that obtained results may not always satisfy users' expectations. However, despite its importance, the study of medical complaint has been minimal. Its study and attention is a determining factor to establish the probable causes of health system's failures and to identify actions that may improve the quality of services provided by the State and private institutions.

Material and Methods. This work aims to study the origin and development of medical complaints, as well as the impact of the same in health systems. This is an observational, descriptive, transversal, retrolective and analytical study on what the patient and / or their relatives declare at the time of submitting a complaint.

Results. The subjects of this study were 1352 unconformities received during the period April to September

2009. A strong relationship between dissatisfaction and treatment outcomes was established, as well as information provided by the professional and informed consent. It is worth noting the high level of deferral for treatment and the presence of complications and sequelae.

Conclusions. From the analysis of the constitutional right to health and of quality as a fundamental component of health services, together with the process of medical complaint's attention and the results obtained in each of its stages, this article demonstrates the importance of identifying common indicators in medical complaints in order to address their immediate causes. Medical complaints can not be seen solely as the source of a bureaucratic process, but as an opportunity to improve the quality of health services in Mexico.

Key Words: Medical Complaint, Health Systems, Quality of Health Care

INTRODUCCIÓN

Las políticas públicas definen y dan dirección a los esfuerzos coordinados emprendidos por la sociedad. Es así como los gobiernos determinan las estrategias que harán frente a las demandas de la población, las cuales muchas veces representan las necesidades y expectativas sociales. En este sentido las políticas públicas en salud dan forma a las acciones del gobierno encaminadas a proteger y fortalecer la salud de su población, mientras los sistemas de salud son los responsables de implementarlas. Dentro de los mecanismos que orientan a la toma de decisiones e implementación de acciones en salud se encuentran los mecanismos de retroalimentación, tanto epidemiológica como demográfica y económica, además de elementos menos explorados como es la queja y las inconformidades en el marco de la atención a la salud.

El derecho a la protección de la salud, plasmado en la Constitución política del Estado mexicano, encabeza la dirección de las políticas públicas en salud en México y representa el compromiso del Estado para contribuir al bienestar de la sociedad; sin embargo, es claro que desde su conceptualización no resultaba posible definirlo completamente ni establecer sus alcances.¹

En principio podemos pensar que en varios aspectos está, por lo menos parcialmente atendido. Se han desarrollado programas universales de prevención de enfermedades y de control sanitario. En teoría, lo mismo ocurre con la atención médica. Una gran parte de la población puede recibir servicios de las instituciones de seguridad social; la otra, por los llamados servicios a población abierta y por los servicios de salud privados. Sus límites son la disponibilidad y la accesibilidad.

Si el acceso a los servicios de salud forma parte fundamental del derecho a la protección de la salud, resulta claro que la calidad con la que se ofrecen y la satisfacción de los usuarios están incluidos en el concepto.

Para intentar dar satisfacción a este concepto se establece un sistema de salud que, como todo sistema, debe tener un conjunto de reglas o principios enlazados entre sí que contribuyan a conseguirlo.²

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal es mejorar la salud; requiere disponer de recursos humanos, financieros y de suministros entre otros, pero básicamente de un rumbo claro.³

Así como el derecho a la protección de la salud es responsabilidad del Estado, también lo es el sistema de salud que es uno de sus ingredientes y que pretende mejorar la calidad de vida de la población a la que sirve.

El Sistema de Salud Mexicano

Existen diferentes modelos que estructuran a los sistemas de salud y definen sus funciones. México cuenta con un sistema de salud fragmentado en donde conviven instituciones privadas, públicas y de seguridad social. Esta fragmentación hace difícil concertar acciones y condiciona que los intereses generales de la sociedad no siempre estén representados en las acciones encaminadas a la atención y fortalecimiento de la salud.⁴

Así, el sistema de salud mexicano ofrece servicios a través de servicios privados, de seguridad social y a aquellos que careciendo de capacidad de pago para tener acceso

al primero, ni relación laboral que les permita ingresar al segundo, esto es, la llamada población abierta, reciben los servicios de la Secretaría de Salud y de otras instituciones, ya sean del sector público o de asociaciones civiles. Los grupos de población a los que sirven estos componentes no son permanentes; por ejemplo. Si una persona pierde su trabajo pasará a formar parte del grupo de población abierta o por el contrario, si una persona obtiene un empleo formal, se convierte en asegurado.⁵

Por otro lado, ocurre que un asegurado no necesariamente acude a los servicios a los que tiene derecho y utiliza los servicios privados o incluso los que se ofrecen a población abierta.

Hay también personas que tienen un empleo en el denominado sector privado y simultáneamente otro en el sector público, lo que les concede derecho a utilizar dos tipos de servicios de seguridad social.

De esta suerte, en el sistema de salud mexicano, potencialmente, hay personas o familias que dependiendo de sus condiciones laborales y de su capacidad económica pueden acudir a dos servicios de seguridad social, a los servicios privados e incluso a los de población abierta.

Creemos que no hay un sistema de salud perfecto y que los gobiernos están interesados en acercarse a ello; sin embargo, sus orígenes, varios resultado de luchas sociales, gremiales o de la búsqueda por ofrecer satisfactores a la población, o por sus características estructurales, jurídicas y administrativas dificultan, o de plano impiden un avance hacia un sistema armónico y funcionalmente adecuado.

Otra de las limitantes para tener un sistema de salud ideal es la falta de planeación y de visión a futuro. Muchas de las unidades médicas, particularmente las especializadas fueron creadas para dar satisfacción a necesidades propias del momento, sin considerar el dinamismo del comportamiento de la población y de sus características epidemiológicas, además de su ubicación para ofrecer un acceso relativamente fácil a los usuarios.

Diversos esfuerzos se han realizado para equilibrar al sistema de salud mexicano y fomentar la atención a las demandas sociales, muchas veces expresadas por las expectativas de la población en cuanto al acceso, a tratamiento de calidad y a su financiamiento.

En otra línea de pensamiento, hasta los años setentas del siglo pasado, los médicos eran la autoridad sobre el paciente, a él le correspondía determinar lo que era mejor para el enfermo, sin que éste interviniera en las decisiones. La premisa era que el que más sabe sobre la enfermedad es el médico. El paciente tenía un papel pasivo, sometido al conocimiento del médico.

Con el acceso universal a todo tipo de información sobre temas de salud, el conocimiento está a disposición no sólo del médico sino también del paciente, con la interpretación que éste mismo pueda darle, lo que ha pro-

ducido un rol más activo sobre las decisiones que han de tomarse en cuanto a su salud. También ha creado una mayor exigencia de los usuarios y elevadas expectativas en la capacidad resolutoria de los servicios de salud y en el beneficio potencial de los avances científicos, lo que abre espacios para que el paciente cuestione en muchas ocasiones el quehacer del médico.⁶

Por otro lado, en las últimas décadas se han desarrollado nuevos modelos con un enfoque de tipo gerencial, orientados básicamente a alcanzar una mayor productividad y calidad en la atención, así como a incrementar la eficiencia en el uso de los recursos.

Se ha vuelto entonces prioritario para los administradores de los sistemas de salud el costo de la atención. El paciente es visto en muchos casos en términos económicos y no en su condición de enfermo; además, con la aparición de intermediarios financieros, como las aseguradoras, cobró importancia el número de consultas a las que puede acceder el paciente y cuántos estudios es posible realizarle. Da la impresión de que el enfoque está en el costo y en hacer un uso racional de los servicios.

La Queja Médica y la Calidad de la Atención

Un ingrediente fundamental de los sistemas de salud debe ser la calidad en el servicio y en consecuencia la satisfacción de los usuarios.

La percepción de deficiencias en la calidad de la atención da lugar a reclamos y quejas por mala práctica y eventos adversos⁷. Los pacientes pueden presentar su inconformidad a través de mecanismos judiciales y no judiciales. Los primeros deterioran aún más la relación médico-paciente, por lo que se han vuelto relevantes los medios alternos de solución de controversias. Las quejas frecuentemente son el resultado de una serie de incidentes, que deben ser identificados para aprender de ellos y mejorar la calidad de los servicios de salud.

Lamentablemente dentro de la evaluación de la calidad de los servicios médicos, la queja no ha tenido un peso suficiente para conocer de qué forma se están prestando los servicios.

Buena parte de los esfuerzos en materia de calidad en la prestación de servicios de salud se orientan a la aplicación de normas y guías clínicas, además de otros ingredientes que influyen en el comportamiento de ambas, como son el equipamiento, las nuevas tecnologías y sus aplicaciones, la capacitación continua, las políticas de las instituciones de salud y su capacidad de respuesta entre otros.

En la atención médica participan profesionales de muchas disciplinas, a fin de proporcionar al individuo un conjunto de servicios orientados a proteger, promover y restaurar su salud. Aunque al frente del equipo por lo general está el médico, cada uno de los miembros

tiene responsabilidades específicas para ofrecer el mejor resultado.

La actuación de los profesionales de la salud debe contar con el respaldo de una adecuada infraestructura. Ésta la determina la complejidad de los problemas médicos para los que fue organizada la unidad médica, son los denominados niveles de atención que aplican en general a instituciones públicas y privadas. Las unidades deben contar con lo necesario según su nivel de responsabilidad.

Es también un compromiso institucional asegurar, entre otros, el abasto de medicamentos y su vigencia, los insumos y el equipamiento necesarios y con funcionamiento apropiado, el personal médico y de enfermería en el número y la competencia suficientes.

El análisis de la calidad de la atención en la práctica médica puede ser considerado desde tres enfoques: el del paciente que recibe los servicios, el del prestador que los otorga y el de la institución que provee de los medios para llevarlos a cabo.⁸

El enfoque del paciente que recibe los servicios se manifiesta a través del logro, básicamente de dos expectativas:

- la solución de sus problemas de salud y
- la satisfacción de sus expectativas, en cuanto al trato, instalaciones, personal capacitado y disponibilidad de los recursos para el logro de los resultados.

Con este complejo escenario resulta inevitable que de la prestación de los servicios de salud generen insatisfacciones, inconformidades y quejas.

La queja, es un viejo concepto que refleja insatisfacción; concepto que aparentemente no termina de dimensionarse y que se pierde en definiciones que poco explican sobre su origen y utilidad.

Cuando alguien se queja, debemos entender que se encuentra ante una situación que considera injusta o fuera de la normalidad. La queja ha acompañado al hombre desde sus inicios. Sin embargo, a esta distancia la queja no parece cobrar mayor importancia.⁹

En nuestra opinión, la queja médica no ha sido suficientemente estudiada; las administraciones de los servicios de salud han tomado elementos aislados para tratar de mejorar los servicios; tal es el caso de esfuerzos que han sido apoyados por organismos internacionales, que han generado corrientes que en alguna medida han ofrecido resultados, pero que, en algún momento se han convertido en modas o en elementos discursivos que no se han concretado en todos los casos y que su aplicación no ha sido ni suficiente ni consistente.

Una queja es resultado de una situación que genera inconformidad por ser considerada, legal, social o moralmente contraria a la normalidad. Esta situación afecta directa o indirectamente a una o varias personas.

La queja es una manifestación para llamar la atención de quienes pueden hacer algo para corregir aquello que le dio origen. En otro momento, el cual no siempre ocurre, las personas que conocen de la queja, hacen lo necesario para corregir esa situación particular y con ello satisfacer a los inconformes. Finalmente, el último momento en la vida de la queja debe consistir en identificar las causas que la generaron y crear los mecanismos para que no se repitan. La queja es entonces una expresión de inconformidad, pero también la oportunidad de corregir y de prevenir.⁶

Si bien todo mundo tiene la obligación de conocer y atender las quejas, en la mayoría de los casos la queja es vista con desdén y malestar. Poco preocupa lo que la originó y tampoco se busca identificar denominadores comunes que permitan la instrumentación de medidas preventivas.

Cuando esto se traslada al campo de la salud, las cosas no son muy diferentes. Las quejas que tienen que ver con la calidad en la prestación de servicios de salud encuentran los mismos obstáculos que una queja por la baja calidad de un producto o de un servicio comercial.

Con independencia de las consideraciones que la queja implica, es necesario tomar en cuenta al quejoso como un sujeto que enfrenta una situación compleja y ajena a la normalidad; de esta manera, al quejoso hay que verlo y atenderlo desde tres ópticas: primero, como una persona que padece una situación problemática que hay que resolver; segundo, como un sujeto al que no se le debe someter a nuevos y mayores conflictos por el hecho de haber presentado una queja, y tercero, como parte de una sociedad que debe generar las condiciones necesarias para que aquellas situaciones que dieron origen a la queja no se repitan.

Prácticamente siempre se han presentado conflictos entre los usuarios o sus familiares y los prestadores de servicios de salud. Los orígenes de los conflictos son múltiples, desde problemas de comunicación hasta resultados adversos o efectos desafortunados del acto médico, los que constantemente se ha buscado resolver a través de diferentes vías.

Una de ellas es el reclamo que el paciente o sus familiares hacen directamente al médico o a las instancias que las instituciones han establecido para atender estos problemas; mecanismos que ayudan pero que no han sido suficientemente exitosos.

En otro momento, solo existían las vías institucionales y las jurisdiccionales, sin embargo, no han ofrecido satisfacción a las partes, particularmente a los médicos, los que al enfrentar demandas de tipo civil o penal se han visto satanizados.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos desde su origen atendió estos reclamos, sin embargo, su competencia se reducía a las instituciones públicas.

Con la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, un órgano especializado en la atención de controversias entre médicos y pacientes se inicia una nueva etapa con la utilización de los medios alternos para la solución de conflictos.¹⁰

Las inconformidades que se presentan se atienden a través de diferentes mecanismos ya que no todos los casos se constituyen como quejas formales. Para la atención de estas inconformidades se dispone de varios servicios:

- La orientación, en donde después de conocer el asunto, se informa a los usuarios de que forma, cómo o quién puede ayudarle a resolver su problema.
- La asesoría especializada que se proporciona con la participación de médicos y/o abogados según se trate.
- La gestión inmediata, en donde, después de valorar técnicamente el caso se realizan trámites ante las instituciones públicas para dar solución al problema.
- Cuando la inconformidad tiene características de queja, se utiliza la conciliación a través de la cual se busca la avenencia de las partes, con la participación de un conciliador médico, auxiliado por un abogado, previo análisis técnico del caso, incluyendo una propuesta de arreglo.
- Cuando no fue posible la conciliación, con la voluntad de las partes, se propone el arbitraje, en donde, a través del análisis especializado del caso resuelve la controversia a través de un laudo.

La Comisión también apoya, a petición de parte, a los Órganos Internos de Control de las dependencias o a los propios órganos de procuración de justicia y a los jurisdiccionales con los denominados dictámenes médico institucionales, que son resultado del análisis detallado del caso en donde se identifica si el acto médico se realizó o no de acuerdo con los procedimientos y la literatura médica universalmente aceptada.

MATERIAL Y MÉTODOS

En la atención de inconformidades, la exploración debe relacionarse con los eventos que durante la atención se presentaron y que los inconformes, a través de su relato pueden percibir, lo que nos coloca en una situación sin precedentes para proporcionar a las instituciones de salud, información que permita elevar la calidad en su atención.

En el afán de la Comisión Nacional de estudiar todos los elementos intrínsecos de la queja, así como su significado y posible utilidad en la orientación de políticas públicas en salud, se realizó un estudio observacional,

descriptivo, transversal, retrolectivo y analítico de la información sobre lo que el paciente y/o sus familiares declaran al momento en que se recibe la inconformidad, así como, la percepción de los consultores en ese acto. Información que arroja datos interesantes y que en general, no habían sido explorados con un enfoque sistémico sobre la calidad.

Inicialmente se realizó una revisión bibliográfica de las dos áreas generales de interés, los sistemas de salud, con énfasis particular en el sistema de salud mexicano, y la queja como elemento de retroalimentación para la calidad de la atención médica. Información que posteriormente consolidó la metodología de análisis.

Con el fin de desarrollar el análisis de la queja se estableció una metodología para su exploración, orientada a las actividades que constituyen la práctica médica, relativa a los principios científicos, a la legitimidad del acto médico, a la justificación de las decisiones, a los consentimientos informados, a las obligaciones de medios, seguridad y en su caso, resultados y a los beneficios vs riesgo, todo desde la óptica del quejoso.

RESULTADOS

Fueron motivo de este estudio 1352 inconformidades recibidas en el periodo de abril-septiembre de 2009. Como criterio de inclusión se estableció que la forma de ingreso de las inconformidades fueran las modalidades de recepción por comparecencia y por correo postal, que se distribuyeron de la siguiente forma: 471 quejas fueron recibidas por comparecencia (34.8%) y 881 quejas se recibieron por correo postal. En cada una de estas inconformidades se aplicaron las nuevas metodologías que resultaron en 1514 servicios otorgados para las inconformidades recibidas.

Los datos corresponden a la atención inicial de las inconformidades, razón por la que deben interpretarse como percepciones del inconforme sobre el acto médico, todas las declaraciones y documentales sobre la atención médica, así como las percepciones del consultor sobre el perfil del quejoso, sin que esto prejuzgue sobre el análisis objetivo que se realizará en las etapas subsiguientes.

De las inconformidades atendidas, un porcentaje importante corresponde a instituciones públicas y de seguridad social (77%), sin embargo es de destacar que de las de los médicos o de las instituciones privadas (19%), rebasan el número de inconformidades en relación con algunas instituciones públicas.

Sobre las especialidades y servicios médicos más recurrentes en las inconformidades atendidas, destacan la cirugía general en 10.38%, urgencias médicas en 10.28%, ortopedia general en 9.55%, ginecología en 9.34%, gastroenterología 9.34%, medicina familiar 9.13%, traumatología 8.82% y oftalmología 8.41%. Con 2% se registraron

Administración (ambulancias, medicamentos, etcétera) y Neurología; con 1.76% Urología, Pediatría, Cirugía Neurológica y Cardiología. Otras especialidades mostraron porcentajes menores a 1%.

Sesenta por ciento de las personas que presentaron una inconformidad tenían una enfermedad previa, de los cuales 69% acudía de manera regular a control médico. No se aprecia como una práctica regular la realización de diagnósticos diferenciales. A 76% de los inconformes les fueron realizados diversos estudios, que no consideran excesivos, sin embargo, solo poco más de 50% consideran que en su caso particular el diagnóstico fue correcto.

Se aprecia una marcada relación entre la insatisfacción y los resultados del tratamiento instituido, la información recibida por parte del profesional y el consentimiento informado. Destaca el alto nivel de diferimiento para recibir tratamiento y la presencia de complicaciones y secuelas.

Como es de esperarse, la evolución hacia el deterioro, es una característica habitual de quien manifiesta una inconformidad, con un elevado porcentaje, 83% y muy bajo hacia la mejoría con apenas 4%.

Las inconformidades atendidas, tienen como principal pretensión la económica que se identifica con 67% de todas las declaradas; simultánea o independientemente manifiestan otros tipos de pretensión como son las médicas en 12.77%, que se refieren a solicitudes como la revaloración médica, adelantar fecha programada para la atención, la realización de estudios, la cirugía y la explicación médica. Las relacionadas con recibir información representan 11.34% y se orientan a pretensiones de tipo laboral, comercial y sobre requisitos para presentar una inconformidad. También es de destacar que 18% de las inconformidades se presentan sin tener una pretensión definida o bien es confusa.

En el caso de las pretensiones administrativas, destaca la necesidad sentida de los inconformes para solicitar adelantar las fechas programadas por la unidad médica de la que reciben atención para una consulta, un estudio o una cirugía en un 45%, seguida de la petición de cambio de médico o de unidad médica con un 18.18%.

Las pretensiones económicas constituyen el porcentaje más alto, correspondiendo 49.5% a reembolso, 50.2% a indemnización y 0.24% a solicitudes de condonación.

Las pretensiones médicas, se conforman por peticiones orientadas a la solicitud de atención médica especializada por parte del prestador de los servicios; destacan en este rubro, la solicitud de revaloración en 36.84% y con 21.71% las solicitudes para atención inmediata por problemas de diferimiento de cirugías.

Aún cuando los inconformes pueden manifestar diversos daños, corresponden a los mayormente indicados los daños físicos con 61.97% los económicos con 28.67% y los morales con 9.36%. Es de destacar que, de

los 1546 daños registrados, solo fueron reparados 127 y que dichos daños causaron secuelas en 525 casos.

Dentro de los daños físicos que se declaran en las inconformidades destacan los correspondientes a la alteración de una función en 63.25% y pérdida de un órgano o miembro en 24.75%.

Los principales motivos de queja se relacionan, en 41.04% de los casos con el tratamiento quirúrgico; 21.90% con el tratamiento y en 18.19% con el diagnóstico por omisión o por considerarlo erróneo. Con menor participación se señalan otros motivos con 6.2% para deficiencias administrativas; 5.9% para la relación médico paciente; 3.41% para la atención del parto o puerperio; 2.65% para accidentes e incidentes y 0.85% para auxiliares de diagnóstico.

Por lo que se refiere al tratamiento quirúrgico, los motivos principales de inconformidad se relacionan con el diferimiento de los procedimientos en 30.16% y las complicaciones postoperatorias en 11.25%.

En el tratamiento médico, los motivos principales de inconformidad se refieren a diferimiento de la atención en 51.95%; a tratamiento inadecuado 23.04% y a exceso terapéutico en 7.17%.

En la relación médico paciente, los motivos de inconformidad se centran fundamentalmente al maltrato por parte de personal médico en 36.8%, a la falta de información en 35.2% y a información errónea o incompleta en 28% de los casos.

Por lo que se refiere a las deficiencias administrativas, destaca la demora para obtener el servicio con 42.42%; la falta de personal, insumos y equipos con 30.30% y la negativa de la atención con 18.93%.

Por lo que hace a la percepción de los consultores médicos sobre el perfil del usuario, destaca que en 99% de los registros existe congruencia entre la información con que cuenta el usuario y su estado de salud; 85% conoce su diagnóstico y posibles complicaciones del padecimiento; 79% cuenta con familia y redes de apoyo sólidas; 60% cuenta con tratamiento para su padecimiento. En contraposición, solo 16% declararon conocer y haber firmado los consentimientos informados.

Contaban con buena salud antes del motivo de su inconformidad 14% y consideran tener una salud adecuada actualmente 19%. Estiman que los tiempos de atención en la unidad médica fue aceptable 9% y se adaptó con facilidad al área donde recibió la atención 3%.

DISCUSIÓN

La responsabilidad en la prestación de servicios médicos no recae exclusivamente en el médico; el análisis de la queja no debe orientarse únicamente al acto médico; sino a una valoración integral de la práctica médica, de los aspectos administrativos, de enfermería, de medicamentos

u otros relacionados con los servicios o bien si está referida a una política establecida por las instituciones y con la forma de administrarla.

La actuación de los profesionales para la salud debe contar con el respaldo de una adecuada infraestructura. Ésta la determina la complejidad de los problemas médicos para los que fue organizada la unidad médica. En muchas ocasiones esto no ocurre, sin embargo la responsabilidad se diluye al no concretarse en una persona. En estos casos estamos en presencia de lo que se puede denominar la responsabilidad institucional.

En este marco, el análisis de la queja médica tiene, en primer lugar que ofrecer atención apropiada al usuario, tenga o no razón para así permitir identificar denominadores comunes y estar en condiciones de retroalimentar al sistema y propiciar su mejora.

Los resultados señalan áreas particulares en las que el sistema debe ser retroalimentado más allá de las acciones particulares de los individuos. Indicando elementos sujetos a una intervención directa para lograr incrementar la calidad de los servicios de salud que se otorga a la población en el marco del sistema de salud mexicano.

Con base en este primer análisis y en forma general se puede llegar a retroalimentar al sistema de salud en los siguientes términos:

- Fomentar la medicina basada en evidencias y la realización de diagnósticos diferenciales que queden plasmados en los registros de la atención médica y sirvan como justificación de estudios realizados.
- Fomentar la relación médico-paciente y las habilidades de comunicación de los prestadores de servicios de salud, en particular en la comunicación del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los pacientes.
- Fomentar la obtención del consentimiento informado.
- Fortalecer la seguridad del paciente y el reporte de incidentes médicos.
- Revisar los procesos de asignación de fechas para consultas y procedimientos y en su caso agilizar dichos procesos.
- Fomentar la capacidad de elección y participación de los pacientes y sus familiares en el proceso de atención médica.

REFERENCIAS

1. Sánchez-Cordero O. El derecho constitucional a la protección de la salud. Simposio Internacional "Por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico paciente". Museo Nacional de Antropología e Historia. Ciudad de México. Octubre 9, 2000.
2. Kohn LT, Corrigan JM Donaldson MS (editors). To Err Is Human: Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. USA: National Academies Press; 2000. p. 312.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). ¿Qué es un Sistema de Salud? Preguntas y respuestas en línea. [actualizado 9-11-2005; acceso 13-09-2010] Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/index.html>.
4. Gill W. Health Policy. An Introduction to Process and Power. London: Zed Books; 2004. p.11-33.
5. García-Saisó S. Mexico's Health Sector Reform, are we Going in the Right Direction? En: Universidad Nacional Autónoma de México-Organización Panamericana de la Salud-Seminario Medicina y Salud. Memorias del 1er Congreso Internacional sobre Medicina y Salud: Hacia una Cobertura Universal en Salud; 2009 Abril 22-24; Ciudad de México. México: UNAM; 2009. p.375-406.
6. Hernández-Torres F, Aguilar-Romero MT, Santacruz-Varela J, Rodríguez-Martínez AI, Fajardo-Dolci GE. Queja médica y calidad de la atención en salud. Rev CONAMED. 2009; 14 (3): 26-34.
7. Fajardo Dolci GE. Calidad de la atención médica, evento adverso, error médico y autocuidado de la seguridad del paciente. Rev CONAMED. 2008; 13 (1): 3-5.
8. The Research priority Working Group. World Alliance for Patient Safety. Global priorities for research in patient safety. Ginebra: WHO; 2008. p. 1-28.
9. González-Illinares RM, Arrué-Aldanondo B, Pérez-Boillos MJ, Sánchez-González E, Ansótegui-Pérez JC, Letona-Aramburu J. La gestión de la información sobre quejas y reclamaciones en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Rev Calidad Asistencial. 2003;18 (7):591-7.
10. Narro-Lobo JR. El Derecho a la Protección de la Salud y el Arbitraje Médico en México. Revista Hechos y Derechos IJ-UNAM. [Internet]. [publicado 2010, Sep 14; acceso 8-11-2009]. Disponible en: http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/hd/art_009.htm.