

Queja médica y calidad de la atención en salud

Medical complaint and quality of health care

Dr. Francisco Hernández-Torres¹, T.E.S.P. María Teresa Aguilar-Romero², Dr. Javier Santacruz-Varela³, Dra. Antonia Indahita Rodríguez-Martínez⁴, Dr. Germán Fajardo-Dolci⁵

Resumen

Introducción. La satisfacción del usuario y la seguridad del paciente en la atención médica, se han retomado como directrices en la gerencia de salud en los últimos años. La queja médica, como descriptor de fallas, momentos críticos y oportunidades de mejora es un insumo indispensable para el desarrollo de planes de mejora.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y observacional, mediante el modelo de sistematización de la práctica y análisis de la experiencia de los últimos siete años de atención de la queja médica en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed).

Resultados. De 127,323 asuntos atendidos en la Conamed durante el periodo de 2002 a 2008, 89% se resolvió mediante orientación y gestión, 8% en la etapa conciliatoria y 3% en la etapa arbitral. Las quejas relacionadas con el tratamiento médico representan 70.3% y guardan una proporción de 4:1 con relación a las quejas asociadas al diagnóstico; el 29.7% corresponde a otros motivos.

Conclusiones. El motivo de la queja médica refleja las etapas críticas del proceso de atención de la salud, generando el potencial técnico que contribuye a mejorar la calidad de la atención y sobretodo a prevenir eventos adversos con alto impacto en la salud humana. La incorporación de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente propuesta por la Organización Mundial de la Salud en la codificación de las quejas, facilitará la homologación de criterios para evaluación de la práctica médica. *Rev. CONAMED. 2009; 14 (3): 26-34.*

Palabras clave: queja médica, calidad de la atención médica, arbitraje médico, Conamed, seguridad del paciente.

Summary

Introduction. User satisfaction and patient safety in health care has been taken as guidelines in the management of health in recent years. Complaint medical, as a descriptor of failures, critical moments and opportunities of improvement, is an essential input for the development of improvement plans.

Material and methods. A qualitative and quantitative research through techniques documentary analysis and observational, using the model of practice of systematization and analysis of the experience of the last seven years of medical care of the complaint at the National Commission of Medical Arbitration (Conamed).

Results. Of 127.323 cases attended by Conamed during the period 2002 to 2008, 89% were resolved by counseling and management, 8% in the conciliation stage and 3% in the arbitration stage. The complaints relating to medical treatment represent 70.3% and it keeps a proportion of 4 to 1 with complaints associated with the diagnosis.

Conclusions. The reason of medical complaint reflects the critical stages of the process of the health care, creating the potential techniques that help improve the quality of medical attention and overcoat to prevent adverse events with it high affect the human health. The incorporation of the International Classification for Patient Safety, suggested by the World Organization Health in the codification of the complaints, will facilitate the homologation of criteria for evaluation of the medical practice.

¹ Director General de Calidad e Informática, CONAMED.

² Subdirectora de Estadística, CONAMED.

³ Director de Calidad, CONAMED.

⁴ Subdirectora de Calidad, CONAMED.

⁵ Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

Correspondencia: Dr. Francisco Hernández Torres. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Mitla 250 esquina Eje 5 Sur Eugenia, Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez. C.P. 03020. México D.F. Correo electrónico: fhernandez@conamed.gob.mx.

Key words: medical complaints, quality of health care, medical arbitration, CONAMED, patient safety.

Fecha de Recibido: 4 de junio de 2009.

Aceptado para publicación: 29 de julio de 2009.

Introducción

La calidad es un término subjetivo del que cada persona tiene su propia definición; para la Real Academia Española significa: propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo que permiten juzgar su valor¹. Las preocupaciones actuales relacionadas con la calidad de los servicios de salud, se centran por una parte en los consumidores que desean saber si recibirán el cuidado que necesitan, si éste llegará en tiempo oportuno y si será el apropiado y no una causa de daño para su salud. En contraparte, los financieros de sistemas de salud están preocupados por saber si los servicios de salud, están dando valor al dinero que otorgan y si corresponden en calidad con el cual se les contrata.

Suñol R, y Bañeres J;² hacen referencia de diversos autores, que concuerdan en que la calidad es un concepto multidimensional. En este sentido Avedis Donabedian definió a la atención de calidad *“como el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes”*. Por su lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Europa ha definido que: *“una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”*.

La Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization, JCAHO) de Estados Unidos propone el concepto y las dimensiones de la calidad desde dos puntos de vista: *“hacer las cosas correctas y hacerlas correctamente”*. Adicionalmente, el Instituto de Medicina (IOM) de los Estados Unidos, propone como definición de la calidad de atención *“al grado en el que los servicios sanitarios para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistentes con el estado actual de los conocimientos científicos”*.

Donabedian, a través de proponer para el análisis de la calidad de la atención al enfoque en la Teoría de Sistemas y en particular la precisión de la estructura, proceso y resultado, refiere en su artículo sobre “Los Siete Pilares de la Calidad” los siguientes aspectos:³

- La calidad de la atención es un concepto con muchos elementos que pueden agruparse bajo siete títulos: eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad (accesibilidad, relación médico-paciente, confort, preferencias de los pacientes), legitimidad y equidad.
- La calidad de la atención se juzga por el cumplimiento de la serie de expectativas o estándares que tiene tres orígenes. a) la ciencia de atención sanitaria que determina la eficacia; b) los valores y expectativas individuales que determinan la aceptabilidad; y c) los valores y expectativas sociales que determinan la legitimidad.
- Como consecuencia de lo anterior, la calidad no puede juzgarse únicamente en términos técnicos, sólo por profesionales de salud; las preferencias particulares de los pacientes y de la sociedad en general también deben tenerse en consideración.

Estos elementos plantean un reto a la profesión médica en su misión de evaluar y garantizar la calidad de la asistencia médica. Con este propósito, la evaluación de la satisfacción del paciente es una de las medidas clásicas para evaluar el resultado de las intervenciones de salud, ya que de hecho es un predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes, que propicia la adhesión de estos al proveedor de servicios y sirve de instrumento para orientar las mejoras en las organizaciones de salud.

Los estudios sobre satisfacción de pacientes hace diez años eran muy escasos, sin embargo, en la actualidad se ha convertido el punto de vista del paciente como eje central de todos los procesos de atención y como uno de los patrones indispensables a la hora de examinar cualquier intervención o actuación médica. Basta mencionar la emergencia de múltiples asociaciones nacionales e internacionales de pacientes por la seguridad de los pacientes, como signo inequívoco de la participación social en salud.

Seclén-Palacin y Darras, refieren que existen varios factores que influyen en la satisfacción de los usuarios de servicios de salud, entre los que encontramos: a) factores individuales como la edad y el género; sociales como el estado marital, grupo social, nivel educacional, dinámica organizacional de la comunidad, redes de participación social, económicos, expectativas, concepciones culturales sobre el proceso salud-riesgo-enfermedad y experiencia con el contacto previo entre usuario y servicio; b) factores familiares/sociales como experiencias con el servicio de parte de amigos, familiares, de la red social circundante, conducta y concepción del entorno familiar sobre el proceso salud-enfermedad y, c) factores del servicio de salud como la accesibilidad geográfica, comunicación interpersonal, resolución del servicio, tiempo de espera para la atención, eficacia de las acciones, trato y cordialidad del personal, disponibilidad de medicamentos, confort local y privacidad, entre otros.⁴

Las formas de enfocar la evaluación llevan a determinar qué es lo que se debe evaluar⁵. Establecer cómo se define

la atención a la salud y nuestra responsabilidad acerca de ello, es lo primero; segundo, si la evaluación ha de ser sobre la actuación de los facultativos únicamente o también incluye a los pacientes y los del sistema de asistencia sanitaria; tercero, si las comodidades y la conducción del proceso interpersonal, se han de incluir junto a la asistencia técnica y por último delimitar lo que es óptimo para cada paciente o lo que es considerado socialmente óptimo.

En la estructura de evaluación de los sistemas de atención médica se ubican los campos de función y de responsabilidad; es decir el proceso de atención médica como una función con responsabilidad del equipo de atención. Si seleccionamos una cierta cantidad de diagnósticos o condiciones, que sean útiles como indicadores de la calidad de la atención en cada subdivisión, estos funcionan como *"rastreadores de la evaluación de la atención médica (tracers)"*. Este método de evaluación de la atención médica es utilizado cuando se analiza la queja médica, que define criterios de evaluación que incluyen estos rastreadores.

Las instituciones aseguradoras⁶ y los responsables de dirigir sistemas de salud, recomiendan a las instituciones prestadoras de servicios de salud, dar especial atención a las **quejas de los pacientes**, por derecho ciudadano consagrado en la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, por obligación institucional o por las consecuencias y alcances legales que tienen. Una queja o controversia sobre atención a la salud debe ser objeto preciado para mejorar la calidad y eficiencia en los servicios de salud y sobretodo el eco y llamado a la satisfacción de los propios usuarios de estos servicios. Muchos países han adaptado su legislación, para crear un homólogo a ombudsman de la salud, para darle curso a las quejas y evitar en lo posible, la judicialización de los asuntos como el caso norteamericano.

En México, para dar atención especializada a las quejas por irregularidades en la atención médica, se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed, 1996), donde se han identificado desde problemas en el acto u omisión injustificada de otorgar atención al paciente, hasta errores médicos involuntarios y efectos o eventos adversos.

En el Simposio de Conamed en 2007, la queja médica se conceptualizó como *"Instrumento indispensable para la mejora de la calidad de la atención de los servicios de salud"*. Su valor radica en la información que se genera a partir de un análisis profundo realizado por especialistas, que se constituye en insumo, que crea conocimiento y contribuye a mejorar la calidad de atención a la salud. Las quejas médicas han sido útiles como auténticos indicadores de la calidad de los servicios de salud que se otorgan y como se mencionó previamente, son *"verdaderos rastreadores"* en la búsqueda de causas-raíz, que permiten conocer lo ocurrido, identificar eventos adversos e indicar acciones concretas de mejora de los sistemas de salud. La queja es una contribución potencial a la calidad de atención y puede ir más allá de una simple recomendación.⁷ La Comisión Nacional de Arbitraje Médico

cuenta con la experiencia de 12 años en la atención de quejas por presunta irregularidad en la atención médica, en ese lapso ha atendido alrededor de 196,000 asuntos. El 87.6% de ellos han sido resueltos en forma inmediata, el 9.8% a través de la conciliación o el arbitraje y el 2.6% por dictamen.

Material y métodos

⇒ Descripción del modelo de investigación.

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional, que involucró 10,485 quejas atendidas en la Conamed durante el periodo comprendido entre los años 2002 y 2008 identificadas en su Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQOMED), fuente primaria de la estadística institucional.

Los objetivos del estudio fueron:

- Sistematizar la teoría de la queja médica como fenómeno social, así como la interrelación que se presenta en un contexto de la calidad de la atención, a través del análisis documental, de la experiencia empírica desarrollada en la Conamed y de los referentes teóricos.
- Analizar las quejas médicas, atendidas en la Conamed, durante el periodo citado, con énfasis en los eventos adversos, para contribuir a la reflexión, toma de decisiones y mejoramiento continuo.

⇒ En cuanto al componente cualitativo y sistematización de la práctica, como modelo de investigación social, que parte de la cotidianeidad hacia la teorización, de manera que se realicen propuestas transformadoras de la realidad, que estén sustentadas. Para éste caso, la sistematización deberá generar respaldo teórico-filosófico acerca del fenómeno social de la queja médica (también conocido como atención de controversias en salud). Para establecer esta sistematización, se utilizaron tres enfoques epistemológicos: histórico-dialéctico, deconstructivo y hermenéutico.^{8, 9, 10.}

El análisis se dividió en los siguientes apartados:

- Descripción de la relación queja médica y calidad de la atención en salud.
- Definiciones teóricas y descriptivas.
- Contexto y su relación con el ámbito del proyecto.
- Intencionalidad de la experiencia.
- Análisis de la experiencia (se incluye el componente cuantitativo para realizar el análisis de los asuntos atendidos entre 2002 y 2008).
- Reconceptualización de la práctica.
- Propuesta.

Componente cuantitativo. Para la descripción de la relación queja médica y calidad de la atención se analizaron los asuntos atendidos en la Conamed entre los años 2002 y 2008; se describieron a través de frecuencias simples y proporciones, se categorizaron por género del usuario, grupos de edad, nivel de atención, sectores e instituciones de atención médica, mala práctica y gravedad del daño.

Resultados

La literatura ha reportado que la forma en la cual se les da curso a las quejas y a la satisfacción de las personas, sobre los servicios que reciben, puede incrementar la lealtad hacia una institución determinada y mejorar la calidad de la atención médica, con énfasis en la reducción de fallas y de la mala práctica. Cuando la calidad de la atención médica se ve deteriorada por el cúmulo de errores que suceden durante su otorgamiento y el usuario lo percibe, generalmente al no tolerarlo experimenta la sensación de insatisfacción, que si decide romper con ello, el efecto en algunos casos es la manifestación de la queja.

De ahí, la relación que se conoce como queja médica y calidad de la atención en salud.

Como se muestra en la Figura 1, Usuario: es toda persona que requiera u obtenga servicios médicos (Reglamento de

Procedimientos para la Atención de Quejas en la Conamed). Las características del paciente son atributos o cualidades seleccionados de un paciente, tales como sus datos demográficos¹³ y biológicos: edad, sexo, lugar de residencia, ocupación, derechohabencia, estado civil y escolaridad. Si el usuario o paciente interpone una queja médica, en ese momento se transforma en “petición a través de la cual una persona física por su propio interés o en defensa del derecho de un tercero, solicita la intervención de la Conamed, en razón de impugnar la negativa de servicio médico o la irregularidad en su prestación”. Otros autores la definen como: la expresión manifiesta de la insatisfacción del paciente con la atención médica recibida¹¹; es decir, estamos hablando de expectativas no cumplidas en el sistema de atención a la salud, al cual sometió su confianza para su cura o tratamiento. El origen de las quejas médicas se ubica en la controversia que se suscita entre los usuarios y los prestadores, por lo que el marco referencial para analizar la queja médica se puede integrar con tres modelos: el modelo de arbitraje médico –análisis individual-, desde el modelo de atención a la salud –análisis organizacional- y desde un modelo epidemiológico –como problema y análisis de la salud pública-. Los tres son oportunos y han contribuido a reflexionar sobre el marco conceptual y metodológico que desempeña la queja médica en la mejora continua de los servicios de salud.

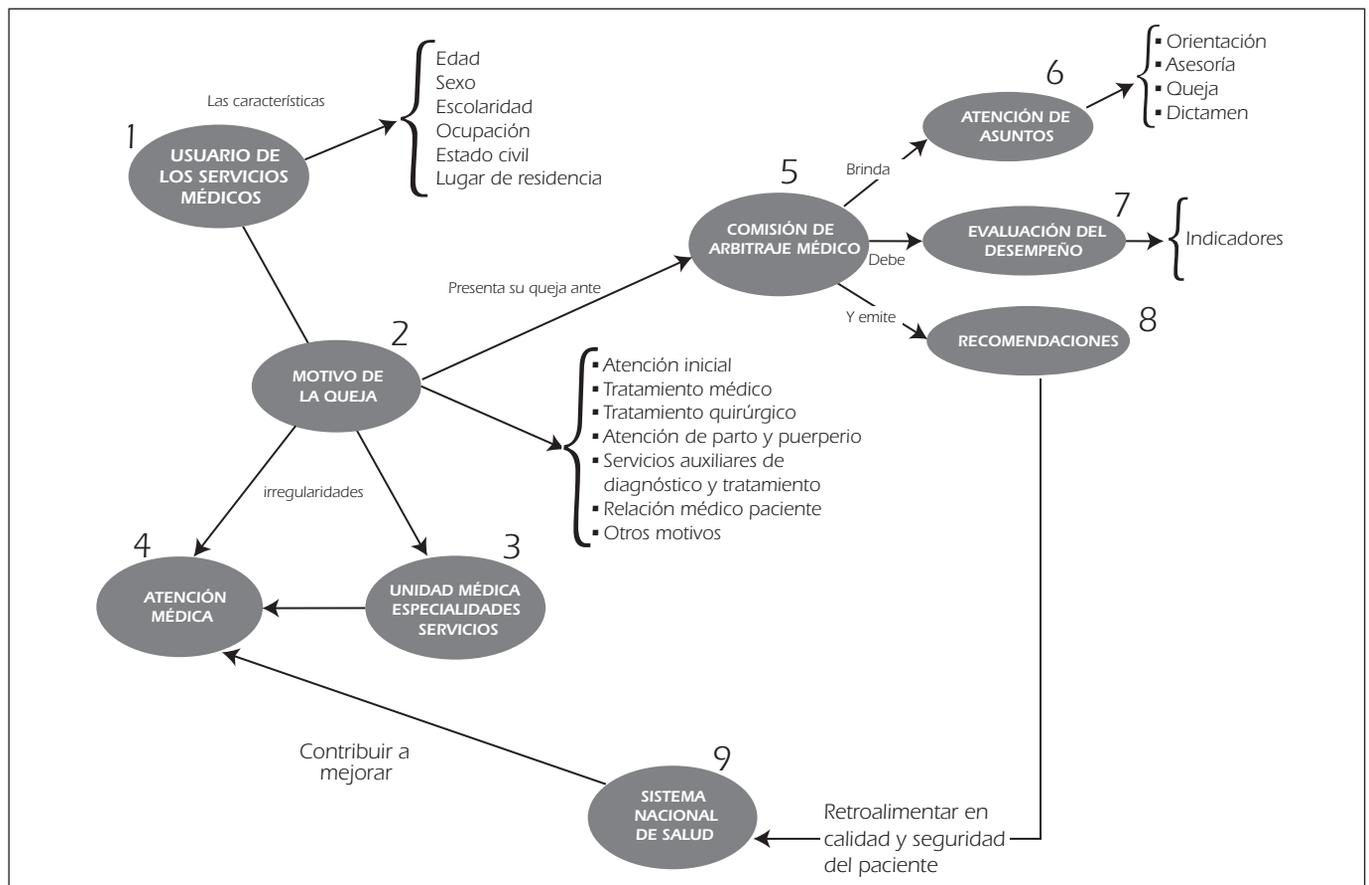


Figura 1. Relación queja médica y calidad de la atención en salud.

En cualquiera de estos tres modelos el *motivo de la queja médica*, entendido como la apreciación inicial del usuario que origina su insatisfacción con la prestación de los servicios médicos¹², se precisa al análisis de la exposición de hechos y evidencias documentales presentadas por los usuarios, los motivos de la queja en la Conamed, han sido caracterizados en diferentes momentos de la atención, dando lugar a las siguientes categorías (Figura 1):

- *Atención inicial. Primera fase de la atención médica*¹².
- *Atención de parto y puerperio. Conjunto de procedimientos para la atención de la madre y el producto, durante la expulsión del mismo y sus anexos, y el periodo que transcurre desde el parto hasta que los órganos genitales y el estado general de la mujer, vuelven al estado ordinario anterior de la gestación.*
- *Servicios Auxiliares de diagnóstico y tratamiento, como: servicios de establecimientos que tiene como fin coadyuvar en el estudio, resolución y/o tratamiento de los problemas clínicos.*
- *Diagnóstico. Precisión clínica sobre la existencia o no de una enfermedad.*
- *Relación médico – paciente. Vínculo que se da entre el usuario de los servicios de salud y el prestador de los mismos.*
- *Tratamiento médico. Conjunto de procedimientos higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos y de rehabilitación, que se ponen en práctica para la curación o control de las enfermedades.*
- *Tratamiento quirúrgico. Conjunto de procedimientos que emplean principalmente los medios de la cirugía y que ponen en riesgo la salud del paciente.*

Los motivos de queja médica al mantener la argumentación necesaria y ser presentados ante la Conamed, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud de México, cuyo propósito es contribuir a resolver los conflictos suscitados entre usuarios de servicios médicos y prestadores de dichos servicios, a través de mecanismos que sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales, en la solución de conflictos y bajo principios de imparcialidad en el análisis, dictamen y resolución en las controversias, contribuyen a identificar los factores que inciden de la calidad en la prestación de los servicios médicos^{13, 14, 15, 16}.

Intencionalidad de la experiencia. Los servicios de salud centrados en el usuario, son tema de la planeación, implantación y evaluación de la prestación de servicios; en ellos, la provisión de servicios no se concibe como dádiva, sino como derecho fundamental establecido en la Constitución. Por ello, la Carta de Derechos Generales de los Pacientes menciona que se tiene derecho a:

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.

4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Los Derechos le dan poder de decisión a los usuarios de servicios de salud y posibilidad de evaluar las habilidades y conocimientos especializados para tomar decisiones informadas y garantizar, en la medida de sus posibilidades, su seguridad ante los procesos de atención. Esto se conoce como “empoderamiento” del paciente, como mecanismo de aproximación en la relación médico-paciente y como estrategia de salud pública, para reducir la inequidad en salud.²⁵

Análisis de la experiencia

Análisis cuantitativo: Este apartado incluye 11,095 quejas recibidas y 10,485 quejas concluidas durante los últimos siete años de ejercicio de la Conamed (2002 a 2008). La demanda de atención de quejas documentadas se ha incrementado de manera constante; en 2008 la cifra registrada alcanzó un incremento del 53% con respecto a la cifra registrada en 2002. La Comisión para dar atención a las controversias; ha registrado un comportamiento similar con relación en la demanda (Figura 2).

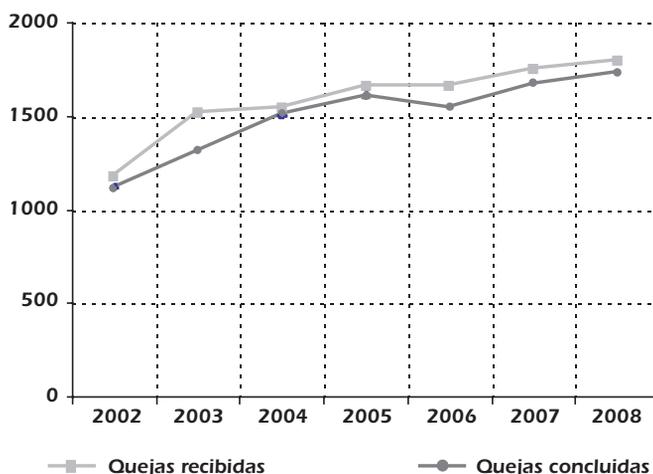


Figura 2. Tendencia anual de quejas recibidas y concluidas en la CONAMED, 2002-2008.

Fuente: SAQOMED, Dirección General de Calidad e Informática. CONAMED.

La morbilidad y mortalidad de la casuística, muestra una distribución por edad y su relación con los grupos más vul-

nerables. En menores de un año, se han presentado en el periodo de análisis 273 quejas, en tanto que en los grupos de edad productiva, el promedio de quejas por año de edad es de 206 a 220 (Cuadro 1).

Cuadro 1. Quejas recibidas en la CONAMED por edad de los usuarios según género, 2002 – 2008.

Grupo de edad (años)	Masculino	Femenino	Total	Promedio de quejas por año de edad
- de 1	164	109	273	273
1 a 4	153	124	277	69
5 a 14	189	188	377	38
15 a 24	308	638	946	95
25 a 34	662	1,395	2057	206
35 a 44	846	1,349	2195	220
45 a 49	416	619	1035	207
50 a 54	413	552	965	193
55 a 64	721	739	1460	146
65 y más	771	739	1510	43
Total	4,643	6,452	11,095	

Fuente: SAQMED, Dirección General de Calidad e Informática. CONAMED

Al analizar la relación hombre-mujer, prevalece una mayor proporción de mujeres por cada hombre; por cada queja en hombres hay 1.4 quejas en mujeres (Figura 3).

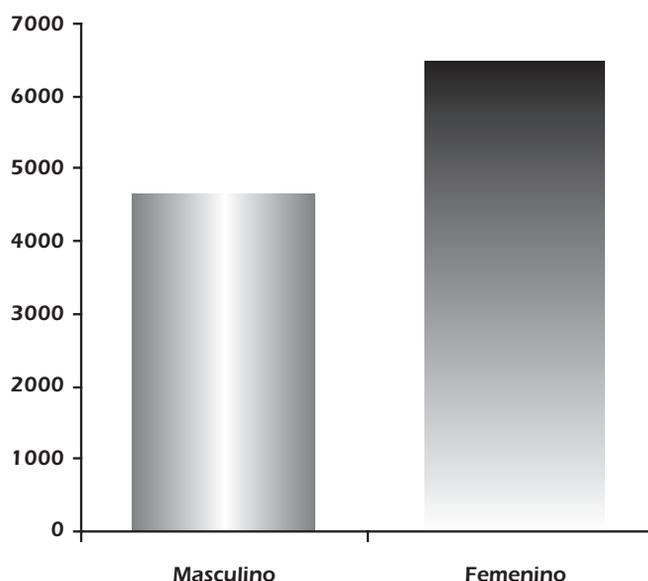


Figura 3. Quejas recibidas en la CONAMED por género de los usuarios, 2002 – 2008.

Fuente: SAQMED, Dirección General de Calidad e Informática. CONAMED

Al análisis de las 10,485 quejas concluidas, se encontró que los motivos que influyeron en el usuario para poner una queja, fue en mayor proporción por el tratamiento quirúrgico, seguido del tratamiento médico y el diagnóstico (Figura 4).

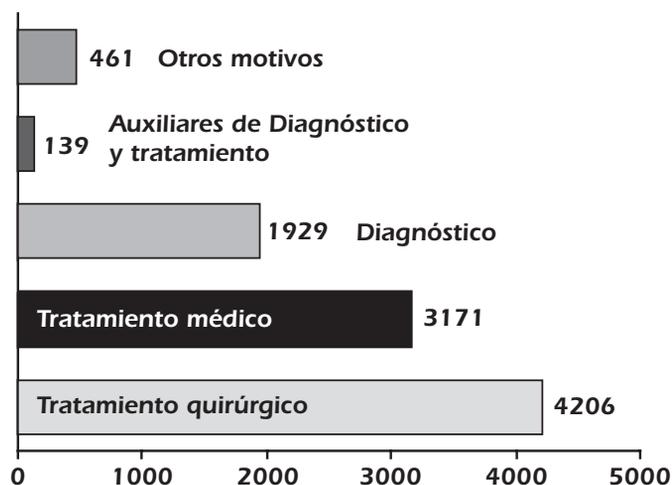


Figura 4. Quejas concluidas en la CONAMED por motivo, 2002 – 2008. Fuente: SAQMED, Dirección General de Calidad e Informática. CONAMED

El 67.5% de las quejas fueron atendidas en instituciones de seguridad social, el 26.5% a través de servicios médicos privados y 4.7% por unidades médicas dependientes de la Secretaría de Salud; el 1.3% fue otorgada en establecimientos de asistencia privada o social.

En 1,504 quejas, el caso ameritó atención de ginecología y obstetricia, 1283 de traumatología y ortopedia, 1219 de urgencias, 1027 de cirugía general y 724 de odontología. El conjunto de estas quejas representan el 54.9% y han sido motivo de elaborar recomendaciones específicas, para contribuir a mejorar la atención.

Reconceptualización de la práctica. Las atribuciones de la Conamed se ubican en el ámbito civil y cuando se demuestra mala práctica médica, la reparación del daño puede ser económica¹⁷. El modelo del arbitraje médico está organizado en tres etapas: orientación y gestión, conciliación y arbitraje; en la práctica conlleva el análisis del acto médico y con base en el derecho, propone la solución de la controversia con equidad, bastando ponderar el cumplimiento de los principios científicos y éticos de la práctica médica¹⁸.

Con el fin de contribuir en la seguridad del paciente entendida como ausencia de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención médica¹³, para el análisis de las quejas se consideran las características del incidente que son los atributos seleccionados de un incidente, tales como el entorno asistencial, el tratamiento hospitalario-incluso médico, las especialidades que intervienen o la hora y fecha del incidente. Por su parte, los factores contribuyentes son definidos como las circunstancias, acciones o

influencias que se considera que han desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que aumenta el riesgo de que se produzca dicho incidente. En igual sentido, se consideran los factores modificantes que son el conjunto de factores anteriores al incidente (con potencialidad preventiva), los factores que se presentan durante el incidente (conocidos como de recuperación) y los factores posteriores al incidente (también identificados como atenuantes), que son relacionados directamente con la seguridad del paciente.^{13, 19, 20} Cabe precisar que cuando el incidente produce daño al paciente y éste no se debe a la historia natural del padecimiento, este es definido como evento adverso.¹³

En la Conamed se ha clasificado el daño en temporal, daño permanente y muerte. Esto es lo que se clasifica como *gravedad del daño* a la persona y es definido con base en su magnitud y duración. Aun cuando no hay medición específica, se consideran los daños de tipo psicológico y daño patrimonial.

El *daño* es definido como la alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella. Un *daño psicológico* es la alteración funcional del pensamiento y principalmente manifestada en la conducta. El *daño físico*, es la alteración del estado de completo bienestar físico y la eficiencia funcional del organismo y éste puede ser temporal, permanente e incluso la pérdida de la vida (muerte). El *daño patrimonial* es la afectación en el patrimonio del usuario, derivado de la mala práctica médica. El patrimonio es un agregado de bienes reunidos por la común pertenencia a una persona.²¹

Sobre estos aspectos mencionados, se analizaron 8,062 quejas concluidas en el periodo 2004 a 2008 en las cuales ya ha quedado información registrada sobre la evidencia de mala práctica, la gravedad del daño y si hubo negligencia o impericia. Se encontró que en el 16.8% (1,356) de esas quejas no se tuvo elementos para determinar si hubo mala práctica. El 83.2% (6,706) contó con la documentación necesaria. De este universo, el 25% (1673) tuvo mala práctica y el 51% de 1673 presentó daño físico en alguno de sus grados hasta daño de muerte (Figura 5).



Figura 5. Evidencia de mala práctica.

Propuesta para la mejora continua de la calidad y seguridad de pacientes. La práctica médica se entiende como el conjunto de actos y servicios, que se proporciona a un individuo por profesionales de distintas disciplinas, en general liderados por el médico –conocido también como

recurso nuclear-, respaldados por una infraestructura de acuerdo al nivel que corresponda, orientados a proteger, promover y restaurar la salud, en donde cada miembro tiene responsabilidades específicas para ofrecer el mejor resultado. Los principios de la práctica médica indican que debe ejercerse con base en principios científicos y a un conjunto de reglas para el ejercicio médico, contenidas en la literatura universalmente aceptada en las que se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo.

Para determinar si un acto médico se realizó con una práctica adecuada se requiere de una metodología estricta, de un protocolo de análisis que permita identificar causas y efectos de la atención. En primer lugar es necesario establecer su legitimidad, es decir si la o las personas que intervinieron estaban facultadas para ello, si contaban con los requisitos profesionales y si el acto se realizó en un establecimiento que cumplía con las disposiciones legales. En el mismo sentido es necesario analizar si la o las decisiones del médico estaban justificadas, si había consentimiento para ello, si se cumplió con las obligaciones de medios y de seguridad y, en su caso de resultados, además de los resultados obtenidos.

En el caso de que el acto médico no se encuentra plenamente justificado toda alteración en la salud del paciente que derive de él, será también injustificada. Por ello, se debe ponderar el beneficio esperado contra el riesgo de daño, esto requiere que, en general, el beneficio esperado sea mayor al riesgo previsible. En la evaluación de este punto no influye el resultado final, en tanto que se trata de la valoración para la decisión médica ante las circunstancias de modo, tiempo y lugar, que imperaban en el momento en el que se decidió actuar.

En cuanto a la elección del procedimiento médico, se analiza la libertad de prescripción, como derecho fundamental de los profesionales de la salud, para decidir sobre los procedimientos médicos o quirúrgicos necesarios para tratar de obtener la curación o conservar la vida del paciente; sin embargo, debe ejercerse mediante la elección de los procedimientos descritos y autorizados en la literatura médica especializada y los principios éticos que orientan la práctica. Igual de trascendente es la autonomía del paciente, como derecho a exigir la obtención de la autorización del mismo o en su caso, la de sus representantes; la evaluación del acto médico, determina si se obtuvo correctamente el permiso para la realización del acto o si se dieron condiciones especiales para actuar sin él.

La comunicación clara, directa y explícita, entre el prestador de servicios y el usuario, son atributos necesarios para la cabal comprensión del usuario y de la adecuada interpretación de su proceso de atención.²² Por otro lado, los profesionales de la salud no están obligados a controlar todas las variables que inciden sobre la salud y la vida de las personas, por ello, únicamente se recomienda otorgar al paciente los medios necesarios que requiera su condición

específica. Dentro de las obligaciones médicas se encuentran el cumplimiento de las normas generales y el conjunto de reglas para el ejercicio médico, contenidas en la literatura generalmente aceptada y en la deontología médica. Las obligaciones de seguridad, consisten en tomar las precauciones debidas para evitar riesgos o daños al usuario; van desde el interrogatorio sobre factores de riesgo, hasta el uso correcto y el mantenimiento de aparatos e instrumentos.

La distinción entre la causalidad médica y la jurídica, es imprescindible para la correcta apreciación de las consecuencias legales de un hecho. Para que se considere que existe causalidad jurídica, el daño debe ser consecuencia inmediata y directa del incumplimiento de una obligación, o bien, de negligencia, impericia o dolo. La causalidad médica se considera dentro de aquellos hechos que son producto de su propia naturaleza, como es el caso de los fenómenos físicos, químicos o biológicos, que se desencadenan en el organismo de la persona y que condicionan un estado mórbido. El mismo principio se aplica a las complicaciones inevitables de una patología, que no dependen de la voluntad, sino de la naturaleza de la propia enfermedad; así mismo, los eventos adversos inherentes a un tratamiento médico legítimo sin que medien negligencia, impericia o dolo, no imponen una relación de causalidad.

Otro tipo de condiciones, también excluyen de la obligación de responder al daño: entre ellas nos encontramos las atribuibles a la idiosincrasia del paciente, a incidentes o a accidentes; si el efecto adverso es imputable al procedimiento que el usuario autorizó y si se actuó para proteger la vida o la integridad corporal. Finalmente, es importante señalar que el establecimiento de la causalidad jurídica se basa en hechos, esto obliga a ser prudentes al momento de emitir la conclusión y en caso de duda, aclarar el grado de certeza que puede generar la evidencia pericial disponible.

Dentro de lo que se denomina responsabilidad Institucional se identifica entre otros el abasto y su vigencia, los insumos suficientes, el equipamiento necesario y con funcionamiento adecuado, falta de personal médico, suplencia de personal no suficientemente capacitado y servicio de enfermería calificado y suficiente. En cuanto a la prescripción y ministración de medicamentos, se identifica la administración errónea, conservación inadecuada, contraindicaciones, dosis, pauta y/o duración no adecuada, duplicidad, errores en la prescripción y en la administración; incumplimiento, interacciones y la probabilidad de efectos adversos, además de errores en la transcripción de la prescripción al kárdex²³.

Discusión

La evaluación de la práctica médica es un acto de elemental justicia, cuando se percibe mala práctica; más allá de los resultados que ofrezca un caso en particular, el registro, sistematización y utilización de la información que arroje

ofrecerá la posibilidad de identificar denominadores comunes y proponer medidas para combatir, en lo posible, la presentación de errores médicos y eventos adversos con impacto en la salud de las personas.

Los resultados acerca de los motivos de queja, muestran las etapas críticas del proceso de atención médica, con las que guardan relación directa. Las quejas por tratamiento médico o quirúrgico tienen una relación de 4:1 con relación a las quejas asociadas al diagnóstico. Llama la atención que el motivo de queja circunscrito únicamente a la relación médico-paciente, en el periodo citado representa el 1.0%.

El análisis por género y grupos de edad, indica que las mujeres son frecuentemente quienes presentan mayor número de controversia con la atención médica, ya que de cada diez quejas de hombres se presentan 14 de mujeres. No obstante, esa conducta varía cuando se analiza por grupo de edad, donde la preponderancia del sexo masculino prevalece en los primeros años de la vida hasta los 4 años de edad. A partir de los 15 años de edad el predominio es femenino y marcadamente superior en los grupos de 15 a 24 y de 25 a 34 años.

La mala atención representada en cifras, corresponde en una de cada cuatro quejas atendidas, de las cuales poco más de la mitad, tuvo un impacto en la salud del paciente, terminando en daño temporal, permanente o muerte.

El movimiento iniciado por la seguridad del paciente, ha invitado a repensar el ejercicio de las funciones de las instituciones de salud. En diferentes foros se ha planteado ya la necesidad de incorporar en la docencia, capacitación sobre calidad y seguridad del paciente; así como, la posición pro-activa encaminada a desarrollar acciones preventivas para favorecer la utilización de guías clínicas, la aplicación de la NOM. 168 (expediente clínico), el uso racional de medicamentos e incorporar en el proceso de evaluación a la participación ciudadana, entre otros.

Los resultados anteriores resaltan la necesidad de avanzar en lo que se refiere a la codificación de las quejas con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), con doble propósito: homologar la clasificación con el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) e identificar puntos críticos del proceso de atención, desagregando categorías que indiquen con mayor precisión los problemas de diagnóstico, tratamiento y los relacionados con la relación médico-paciente. Asimismo, para la identificación de eventos adversos en las unidades médicas deberá tomarse en consideración la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La queja médica, insumo primordial para la mejora de la calidad de la atención a la salud, permite un análisis de todo el proceso de atención, que da como resultado los puntos críticos por mejorar, en todas las etapas que un usuario recorre en el sistema de salud, para recuperar su salud y obtener una calidad de vida aceptable.

La perspectiva es continuar con proyectos de exploración de otros factores socioculturales, involucrados en el conflicto médico-paciente, ampliando la caracterización epidemiológica de las quejas médicas y el desarrollo de modelos explicativos y predictivos del fenómeno. No hay duda, la magnitud del problema, aun con subregistros de estos eventos, nos refiere que se trata de un problema de salud pública, que requiere atención por los distintos actores sociales.

Referencias

- 1 Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua. Consultado el 12 de diciembre de 2008 en "http://www.rae.es".
- 2 Suñol R, Bañeres J, Calidad Asistencial. En: Rodés J, Guardia J. Medicina Interna. Volumen II. Masson: Barcelona, 2004; 8(26) 3404-10.
- 3 Donabedian A. Los siete pilares de la Calidad. Rev Calidad Asistencial 2001; 17: S96-S100.
- 4 Seclén-Palacin J et al. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. An Fac Med Lima 2005; 66(2), pp. 128-129.
- 5 Donabedian A. La Calidad de la asistencia. ¿Como podría ser evaluada? Rev Calidad Asistencial 2001; 17: S83.
- 6 Gal I, Doron I. Informal complaints on health services: hidden potentials. Intern J Qual Health Care; 19 (3): 158-163.
- 7 Montini T, Noble A, Thomas H. Content analysis of patient complaints. Internl J Qual Health Care; 20 (6): 412-420.
- 8 Ruíz-Botero LD. La Sistematización de Prácticas. Revista OEI 2001. Consultado el 1 de marzo de 2009 en http://www.oei.es/equidad/liceso.PDF.
- 9 Jara HO. Para sistematizar experiencias : una propuesta teórica y práctica. Alforja: San José (Costa Rica), 1994. Pp: 243.
- 10 Gago Huguet A. Modelos de sistematización del proceso de enseñanza-aprendizaje. En: Huguet. Trillas-ANUIES: México, 1977. Ref. 371.3/G136m.
- 11 CONAMED. Memorias del Simposio CONAMED, 2008. Queja médica, mala práctica y eventos adversos. México, 2009. P:65.
- 12 CONAMED. Guía de términos sobre motivos de queja de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. CONAMED: México, 2008.
- 13 Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Diario Oficial de la Federación: México, 3 de junio de 1996.
- 14 Khon LT, Corrigan JM, Donaldson M (eds). To err is human: Building a Safer Health System. Washington, D.C.; Institute of Medicine, National Academy Press; (USA), 1999.
- 15 González-Hermoso F. Errores médicos o desviaciones en la práctica asistencial diaria. Cir España 2001; 69: 591-603. Consultado el 03/abril/2008 en http://www.aecirujanos.es/revisiones cirugia/2001/Junio2. Pdf.
- 16 Tena-Tamayo C et al. Error y conflicto en el acto médico. Rev Med IMSS 2003; 41 (6): 461-463.
- 17 CONAMED. Diez años de Arbitraje Médico en México. Comisión Nacional de Arbitraje Médico: México, 2006.
- 18 CONAMED. Modelo de Arbitraje Médico. Comisión Nacional de Arbitraje Médico: México 2003.
- 19 Joint Commission. Consultado el 03 de abril de 2008 en http://www.jointcomission.org/SentinelEventes/.
- 20 Rodríguez HJM, Ortiz GY. Propuesta metodológica para el análisis de eventos centinelas. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia 2007; 55(2): 105-114. Consultado el 03 de abril de 2008 en http://www.revmed.unal.edu.co/revistafm/v55n2/html/v55n2a04.html.
- 21 Pallares E. Diccionario de Derecho Procesal Civil. Porrúa: México, 1998. Pp. 599.
- 22 Watzlawick P. Teoría de la Comunicación Humana. Herder; 1985. Pp: 21-114.
- 23 Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J, Gallegos-Alvarado M, Córdoba-Ávila MA, Flores-Bravo MC. Percepción de la frecuencia y causas de los eventos adversos por medicación en enfermería. Rev. CONAMED. 2009; 14(1):22-27.