Artículo de revisión

La queja médica: elemento para el fortalecimiento de la seguridad de los pacientes

The medical complaint: element for strengthening patient safety

Dr. Francisco Hernández-Torres[1], Dr. Javier Santacruz-Varela[2], Dr. Enrique Gómez-Bernal[3], TESP. María Teresa Aguilar-Romero[4], Dr. Germán Fajardo-Dolci[5]

Resumen

La década de 1990-99, fue un periodo en el que se consolidaron políticas internacionales y nacionales de la calidad de los servicios de salud y se generó una corriente favorable sobre seguridad del paciente; en ese escenario surge la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), para contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios, y mejorar la calidad de los mismos.

A casi doce años de funcionamiento, se revisa un marco referencial que sustenta la estructura funcional de la CONAMED y se recopilan algunos conceptos fundamentales sobre seguridad de los pacientes, de manera que la queja médica se ubica en interacción con tres modelos: a) de Arbitraje Médico, con sus ventajas como alternativa extrajudicial y un resumen de productividad de 1996 a 2006; b) de Calidad de Atención a la Salud con sus elementos de estructura, proceso y resultado, y c) de Análisis Epidemiológico, de manera que la queja sea utilizada como un insumo básico que aporte al conocimiento de los eventos adversos y coadyuve a la emisión de recomendaciones y estrategias dirigidas a mejorar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes. *Rev CONAMED. 2008; 13 (2): 30-38.*

Palabras clave. Queja médica, seguridad del paciente, calidad de la atención a la salud.

Abstract

The decade of 1990-99, was a period in which national and international policies for quality healthcare and patient safety were consolidated; in that setting, the National Commission of Medical Arbitration (CONAMED) arose to help resolve conflicts stirred up between users of medical services and healthcare providers and to improve the quality.

To almost twelve years of operation, we review a referential framework that supports the functional structure of the CONAMED and some fundamental concepts about patient safety were compiled, so that the medical complaint is located in interaction with three models: a) Medical Arbitration, with its advantages and a summary of productivity from 1996 to 2006; b) Quality Healthcare with Its elements of structure, process and outcome, and c) Epidemiological Analysis, so that the complaint be a basic input for knowledge of the adverse events and contribute to the issuance of recommendations and strategies to help improve quality healthcare and patient safety.

Key words. Medical complaint, patient safety, quality health care.

[1] Director General de Calidad e Informática de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. [2] Director de Calidad de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. [3] Subdirector de Calidad de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. [4] Subdirectora de Estadística de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. [5] Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

Correspondencia: Dr. Francisco Hernández-Torres. Mitla 250 esquina Eje 5 Sur Eugenia, Col. Vértiz Narvarte. Deleg. Benito Juárez. CP 03020. México D.F., México. Teléfono: (55) 54207038. Correo electrónico: fhernandez@conamed.gob.mx.

I. Introducción

En el decenio de 1990-99, se inicia en el sistema de salud mexicano, una etapa de consolidación de políticas y cambios estructurales relacionados con la calidad, motivada por los esfuerzos permanentes del Estado en garantizar el derecho a la salud.

En particular, dentro de la Secretaría de Salud, en esa época se destaca:

a) La reorganización del Consejo Nacional de Salud con la participación de los titulares federal y estatales de los servicios de salud para orientar, dirigir y evaluar las políticas sanitarias, especialmente las dirigidas a la población sin seguridad social; dicho cuerpo colegiado, retoma entre otras líneas iniciales de trabajo, el tema de la calidad de la atención médica.
b) El esfuerzo del Consejo de Salubridad General dirigido a la certificación de hospitales.
c) La creación en 1997, de la Dirección de Calidad de la Atención Médica en el seno de la entonces Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud como un área específica para impulsar la calidad en los servicios estatales.

En el ámbito sectorial, el Instituto Mexicano del Seguro Social desarrolló su Plan Integral de Calidad (PIC) y el Premio IMSS de Calidad.[1]

El Plan Nacional de Desarrollo de esa época, hacía referencia a la necesidad de "mejorar la calidad de los servicios mediante la reestructuración de las instituciones, y ampliar la cobertura de los servicios, fortaleciendo su coordinación e impulsando su federalización. Un aspecto central del nuevo sistema de salud radicará en estimular la vocación de servicio de quienes tienen a su cuidado la salud de millones de mexicanos"; también señalaba la importancia de "reformar nuestro sistema de salud con el propósito de mejorar el nivel de salud de la población, distribuir equitativamente los beneficios y la carga de los servicios, satisfacer a los usuarios y a los prestadores de servicios, y evitar dispendios".[2]

En el contexto internacional se desarrollan investigaciones sobre eventos adversos en varios países desarrollados, cuyos resultados permiten apreciar su magnitud y sirven de fundamento para sustentar acciones a favor de la seguridad del paciente.

Al final de esa década se planteaban aspectos tales como:

a) La aceptación de los errores cometidos por los profesionales de salud, contrastaba con la incapacidad para tratarlos abiertamente por temor a los litigios y usarlos en beneficio del aprendizaje y la seguridad del paciente.
b) La necesidad de enfocar los esfuerzos no sólo en mantener altos estándares de desempeño de los profesionales de salud, sino en mejorar la organización de los sistemas y el medioambiente en los servicios de salud.
c) El llamado para que los gobiernos apoyaran, política y financieramente, las mejoras en la seguridad del paciente como el elemento más importante de la calidad de la atención.[3]
d) El crecimiento acelerado de la medicina defensiva evidenciado por diversos estudios.[4]
e) La necesidad de una actitud ética y crítica de los profesionales de salud, para reconocer, registrar, analizar y prevenir los errores.[5]

Es en este escenario que surge La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en junio de 1996, como organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud de México para contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios con mecanismos que, sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales en la solución de conflictos, contribuyan a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos, garantizando a los usuarios y prestadores de servicios médicos, la imparcialidad en el análisis, dictamen y resolución en las controversias.[2]

Los cambios estructurales iniciados en la década anterior se fortalecieron en la década del 2000 con la creación de la Subsecretaría de Innovación y Calidad y más recientemente, con la conformación del Comité Nacional por la Calidad en Salud. Asimismo, se han efectuado reformas a la Ley General de Salud para mejorar la calidad y la equidad en la prestación de servicios mediante el Sistema de Protección Social en Salud, el cual incluye la acreditación de unidades médicas y se ha fortalecido la certificación de los establecimientos de salud por el Consejo de Salubridad General.

En materia de atención de controversias en salud se ha extendido la creación de comisiones estatales de arbitraje médico, que ha permitido crear el Consejo Mexicano de Arbitraje Médico y la operación homologada y desconcentrada de un modelo nacional de arbitraje médico.

La materia prima del proceso de arbitraje en la CONAMED es la queja médica, que se define como: "la 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".[6]

De acuerdo con el citado concepto, el origen de las quejas médicas se ubica en la controversia que se suscita entre los usuarios y los prestadores, en el contexto de los servicios de salud, por lo que el marco referencial para analizar la queja médica se puede integrar por tres modelos: a) un Modelo de Arbitraje Médico; b) un Modelo de Calidad de la Atención a la Salud y c) un Modelo Epidemiológico.

Después de casi doce años de desempeño, es oportuno reflexionar acerca del marco conceptual y metodológico en el que se sustenta el actual funcionamiento de la

CONAMED, y el papel que desempeña la queja médica en la mejora continua de los servicios de salud.

El análisis de la queja médica desde los enfoques que plantean los tres modelos citados, puede generar información fundamental para orientar las acciones de calidad de atención y de seguridad de los pacientes, así como para contrarrestar la tendencia profesional hacia la medicina defensiva, cuyas consecuencias influyen negativamente en la relación médico-paciente y los costos de la atención en salud.

El propósito del presente artículo es difundir los fundamentos conceptuales y metodológicos que sustentan la estructura funcional de la CONAMED y destacar el papel de la queja médica, cuyo análisis y resultados pueden ser usados para mejorar la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente, así como para sensibilizar a los tomadores de decisión y al personal de salud a enfocar los servicios hacia la satisfacción del usuario.

II. Modelo de arbitraje médico: experiencia de una década

A partir de que se genera una controversia entre un proveedor de servicios de salud y el usuario, en general existen dos opciones para que este último interponga una queja: por una parte la vía judicial o penal a través de instancias encargadas de impartir justicia como los ministerios públicos y las procuradurías de justicia; por la otra, la vía extrajudicial o alterna mediante órganos internos de control en el sector público, comisiones de derechos humanos y comisiones del sector salud especializadas en arbitraje médico como la CONAMED y sus homólogas en las entidades federativas.

Para que la CONAMED o las comisiones estatales de arbitraje médico puedan intervenir para dirimir estas controversias, se deben cumplir tres requisitos:

a) La aceptación expresa de las partes involucradas.
b) Que el caso no esté sometido a un proceso judicial.
c) Que el quejoso no tenga como única pretensión, la sanción penal del médico.

Con base en el derecho y de acuerdo con las atribuciones conferidas en su decreto de creación, la CONAMED ha desarrollado un proceso arbitral que incluye las figuras jurídicas de conciliación y arbitraje para el arreglo de las controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos.

Dado que muchos pacientes desconocen tanto sus obligaciones como sus derechos, se ha configurado una primera etapa de atención en el proceso arbitral denominada orientación y gestión, en la que un equipo interdisciplinario orienta y asesora a los usuarios que solicitan atención. Muchos usuarios resuelven su solicitud de atención en esta etapa a través de orientación, gestión inmediata ante el proveedor mediante asesoría especializada, de manera similar a como ocurre en un sistema de atención médica. Una proporción menor continúa su atención en las etapas de conciliación y arbitraje antes citadas.

El modelo de atención desarrollado por la CONAMED permite el análisis individualizado de las controversias basado en la opinión de expertos y sus servicios se organizan en tres niveles o etapas de atención. En el periodo de Junio de 1996 a Diciembre de 2006 este modelo permitió atender un total de 164,111 asuntos que ingresaron a la Comisión. A continuación se describe la capacidad resolutiva de sus tres niveles o etapas.

Primer nivel de atención: Orientación y Gestión. Se atendieron 143,752 asuntos mediante prácticas de orientación, gestión inmediata y asesoría especializada, lo que corresponde a 87.6% del total de asuntos recibidos. Es notable la semejanza con la proporción de casos que se atienden en el primer nivel del modelo de atención médica.

Segundo nivel de atención: Conciliación. En este nivel se atendieron mediante prácticas de conciliación 15,847 asuntos referidos por el Área de Orientación y Gestión calificados como quejas, lo que corresponde a 9.7% del total de asuntos recibidos en la CONAMED. Los resultados del total de casos atendidos en este nivel son diversos y se describen enseguida: en 50.4% las partes conciliaron; en 32.9% no hubo conciliación; 11.1% no concluyó el proceso conciliatorio por falta de interés de alguna de las partes, 3.2% no fueron resolubles, 0.2% se remitió a los Estados y 2.2% aceptaron pasar al tercer nivel de atención (arbitraje).

Tercer nivel de atención: arbitraje y peritaje Institucional. Este nivel desarrolla dos procedimientos para atender asuntos que proceden de dos fuentes diferentes: el arbitraje para atender quejas no resueltas en la etapa de conciliación y el dictamen médico pericial para atender solicitudes de los órganos de procuración de justicia. Durante el periodo citado se realizaron 347 procesos de arbitraje que concluyeron en laudo y se atendieron 4,512 solicitudes de dictamen médico pericial, que juntos suman 4,859 casos y representan el 3.0% del total de asuntos atendidos mediante este modelo de atención, el cual se representa gráficamente en la figura 1.

Como se ha mencionado, este modelo de funcionamiento, guarda cierta semejanza con el modelo de atención en los servicios de salud; en la figura 2 se presenta un esquema que relaciona la atención escalonada de las controversias médicas en la CONAMED y la frecuencia de casos atendidos por nivel de atención en el periodo de referencia.

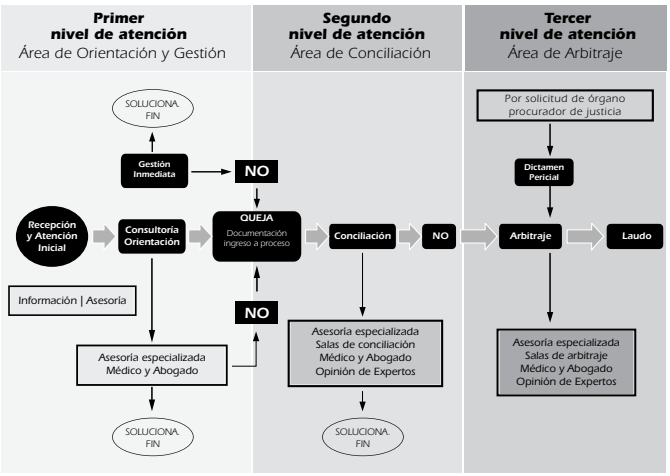
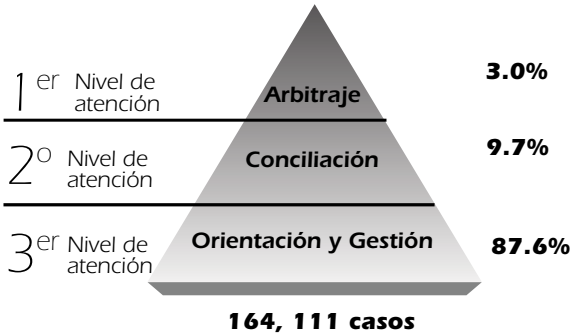


Figura1. **Modelo funcional del arbitraje médico por niveles de atención**



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

Figura 2. Niveles de atención en CONAMED y frecuencia de casos, 1996-2006.

Este modelo de atención ofrece beneficios a los usuarios y a los prestadores de servicios en comparación con el modelo de atención judicial, ya que garantiza que las quejas son atendidas por una institución del sector salud que cuenta con profesionales especializados en el tema, con imparcialidad y confidencialidad, en un ambiente amigable y en menor tiempo que el proceso penal.

Se debe destacar que el modelo trata de responder a las diversas y complejas reacciones y expectativas de un paciente disconforme no sólo con la secuencia de eventos de atención percibidos como errores, sino también con la relación interpersonal y el contexto donde fue atendido. De manera general los usuarios del modelo de arbitraje se pueden agrupar en tres categorías de complejidad creciente:

a) Pacientes no satisfechos con la atención
b) Pacientes no satisfechos con la atención y además perciben haber recibido mal trato
c) Pacientes que perciben haber sufrido algún daño como consecuencia de su atención

En el primer nivel o etapa de atención del modelo de arbitraje se resuelva la mayoría de quejas que presentan los pacientes de la primera y segunda categorías, en tanto que en el segundo y tercer nivel se atiende el resto. De ese modo el modelo responde al amplio espectro de expectativas de los usuarios, se obtiene información valiosa para la formulación de recomendaciones para mejorar la atención médica y el aprendizaje, se concluye el proceso de atención para los pacientes disconformes de los servicios recibidos, se protege a los usuarios y se reduce el uso del modelo de atención judicial.

Para efectos de la mejora de la atención médica y el aprendizaje de los profesionales de salud, este modelo tiene la ventaja de generar información sobre la evidencia de mala práctica y la gravedad del daño causado. Si sólo se correlacionan estas dos variables con el tipo de proveedor, sin duda los resultados pueden guiar la aplicación inmediata de medidas preventivas e investigaciones para mejorar la seguridad del paciente.

III. Conceptos relacionados con la queja médica

Conviene ahora revisar algunas definiciones y conceptos relacionados con el tema de la queja médica y seguridad de los pacientes, de manera que, ante la incipiente clasificación internacional para la seguridad del paciente,[7] contribuyan a delimitar el objeto de estudio, faciliten el intercambio de propuestas que favorezcan la estandarización, evaluación y mejora de procesos relacionados con la calidad y seguridad en salud[8,9] (Fig. 3).

Adaptado de Aranaz y Joint Commission, 2008

Figura 3. **Marco conceptual de seguridad del paciente y queja médica**

Calidad: grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.

Seguridad del paciente: ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria.

Daño: alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella.

Daño relacionado con la atención sanitaria: daño que se deriva de los planes o acciones de un profesional sanitario durante la prestación de asistencia sanitaria o que se asocia a ellos, y no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

Incidente relacionado con la seguridad del paciente: evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

Error: no realización de una acción prevista tal y como se pretendía, o aplicación de un plan incorrecto.

Riesgo: probabilidad de que se produzca un *incidente*.

Evento adverso: incidente que produce *daño* al paciente.

Prevenible: aceptado generalmente como algo evitable en las circunstancias particulares del caso.

De acuerdo con la propuesta por la Joint Commission en 2005,[10] se proponen cinco clasificaciones primarias:

1. *Impacto.* Se refiere a los resultados o efectos de los errores médicos y fallas sistémicas, entendidas como daño al paciente. Se divide en:
   a) Impacto médico, que a su vez, distingue el impacto físico del psicológico, y se valora el grado de daño, desde que no hubo daño, pasando por daños (temporales o permanentes) leves, moderados o severos, hasta profundos daños mentales y la muerte del paciente.
   b) No médico, incluye los aspectos legales, sociales y económicos.
2. *Tipo.* Los procesos relacionados con la falla, que se agrupan en: problemas de: comunicación (incluye información y documentación), manejo del paciente (delegación de responsabilidades, seguimiento, referencias o interconsultas y uso de recursos) y desempeño clínico (fallas diagnósticas, terapéuticas, y de pronóstico que incluyen complicaciones, inoportunidad, omisiones, procedimientos contraindicados, etc.).
3. *Dominio.* El perfil de las personas involucradas tanto pacientes como profesionales de salud, tipo de establecimiento de salud, y objetivo de la atención de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, prevención, cuidados paliativos, investigación, estética, otros).
4. *Causa.* Los factores asociados al error médico:
   a) Individuales (derivados del paciente, del profesional, y otras fallas humanas fuera del control de la organización).
   b) Sistémicos, que a su vez se dividen en organizacionales (incluyendo la administración, cultura, programas, protocolos, procedimientos, supervisión, capacitación y otros factores externos a la organización) y técnicos (recursos materiales, equipamiento, disponibilidad y mantenimiento).
   c) Negligencia, imprudencia o desviaciones intencionales.
5. *Prevención y limitación del daño.* Las medidas para reducir los eventos adversos:
   a) Universales, que incluyen intervenciones preventivas y correctivas para todos los pacientes, como la identificación del paciente, mejoras en la comunicación de los prestadores del servicio, en los sistemas de alarma clínica, en la reducción de riesgos, incluyendo las infecciones nosocomiales.
   b) Selectivas, para aquellos pacientes con mayor riesgo de sufrir un evento adverso, mediante procedimientos de verificación para eliminar errores de sitio, de paciente o de procedimiento.
   c) Indicadas, para aquellos pacientes en donde se identifica un posible riesgo de evento adverso, mediante el mejoramiento de la seguridad en la ministración de medicamentos, por ejemplo.

IV. La calidad de la atención, la seguridad de los pacientes y la queja médica

Los conceptos del Dr. Donabedian, sobre la evaluación de los servicios de salud y la calidad de la atención médica siguen vigentes y resultan imprescindibles para ubicar los factores sistémicos que motivan la queja médica.[11]

Los servicios de salud son un sistema que puede estudiarse bajo tres componentes clásicos: estructura, proceso y resultado. Para proporcionar la atención médica se requiere de una estructura, la cual se entiende como las características más estables de los proveedores de servicios de salud y la forma como éstos organizan los recursos. La estructura es un factor fundamental para el desempeño; Donabedian decía: "Creo que una buena estructura,…es probablemente el medio más importante para proteger y promover la calidad de la atención".[11]

La relación entre profesional y paciente constituye el eje del proceso de atención, el cual tiene en esencia dos dimensiones: una técnica y otra interpersonal. El proceso se puede evaluar de acuerdo con su comportamiento normativo, es decir, el apego a las normas vigentes tanto científicas como éticas.

El tercer componente, denominado resultado, se refiere al cambio en la salud del paciente que puede ser atribuido a la atención médica, en el cual se incluyen las actitudes y conductas del paciente, así como su satisfacción por la atención. Este componente no sólo considera los efectos individuales y curativos, sino también los sociales y la promoción, prevención y rehabilitación, por lo que, también se agrega dentro de los resultados el concepto de impacto. Es dentro de este componente donde se ubica la queja médica, como un resultado desfavorable o no satisfactorio en cualquier etapa de atención del paciente.

De acuerdo con este enfoque sistémico, las quejas son parte de los resultados del sistema de servicios de salud, que pueden deberse a falencias en factores del componente estructural o de factores asociados al proceso de atención. Luego entonces, el método que se utilice para estudiar las quejas médicas, en el marco de un proceso de arbitraje médico, debe buscar evidencias no sólo de posibles fallas ocurridas en el proceso de atención, sino también de los factores estructurales que las pudieran estar condicionando.

El modelo de atención de la CONAMED explora ambas facetas: por una parte busca evidencias, mediante la revisión documental y testimonial, de fallas en el proceso de atención, cuyo resultado permite conocer si existió o no *"evidencia de mala práctica"*; por otra parte, también explora, hasta donde es posible hacerlo a través de una revisión documental, posibles fallas estructurales del proveedor de servicios, cuyo resultado permitirá saber si existió o no "*responsabilidad institucional*". Resumiendo, el modelo de atención de la CONAMED ubica a la queja médica como un *resultado* del sistema de atención y explora su origen en los elementos de *estructura* y del *proceso* de atención que dicho proveedor utiliza.

La figura 4 ilustra el modelo de atención a la salud en relación con la CONAMED y elementos generales para la evaluación de la atención médica.

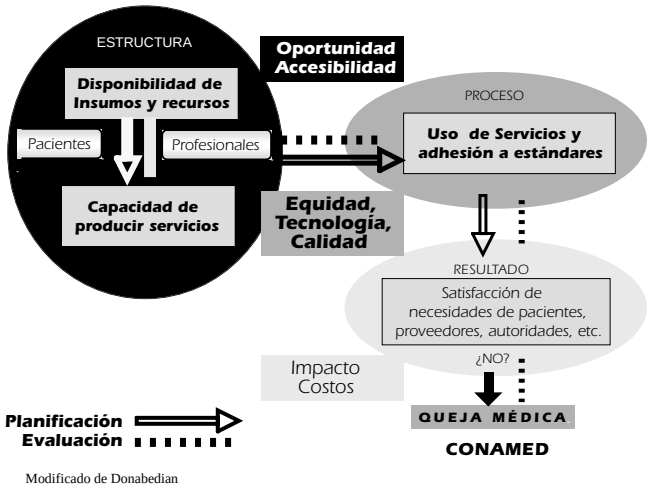


Figura 4. Modelo de Atención a la Salud

En el contexto de la salud pública, la satisfacción del usuario es un componente importante en la evaluación de los servicios de salud y la calidad de atención, de manera que, identificar la percepción de los usuarios sobre los servicios es un elemento estratégico para su mejora continua. Fundamentalmente es el resultante entre las necesidades y expectativas de los pacientes y los resultados de la atención recibida.

Desde la perspectiva de la satisfacción de los usuarios, en opinión de Seclén-Palacín y Darras, existen tres tipos de factores que influyen en dicha satisfacción. Dos de ellos se refieren a situaciones personales, familiares y sociales que no son controlables directamente por un sistema de atención médica, pero el tercero de ellos sí, ya que involucra aspectos directamente relacionados con la estructura y el proceso de atención. Los factores que sugieren estos autores son:

a) *Factores individuales* como la edad y sexo, estado marital, nivel educacional, económico, cultural, expectativas, experiencia con el servicio (desenlace del contacto previo entre el usuario y el servicio).
b) *Factores familiares/sociales* como experiencias con el servicio de parte de amigos, familiares, características de la red social circundante, conducta y concepción del entorno familiar sobre el proceso salud-enfermedad; dinámica organizacional de la comunidad, redes de participación social; concepciones culturales sobre los servicios de salud y el proceso salud-riesgo-enfermedad.
c) *Factores del servicio de salud* como la accesibilidad geográfica (distancia al servicio de salud) y otros dependientes de la propia organización del servicio de salud (comunicación interpersonal, capacidad de respuesta del servicio, tiempo de espera para la atención, eficacia de las acciones, trato y cordialidad del personal, disponibilidad de medicamentos, comodidades del local, privacidad, ente otros).12

Lo anterior amplia la comprensión de que las quejas pueden generarse no sólo de insatisfacción con factores de estructura y proceso de un sistema de atención médica, sino también de expectativas no cubiertas en el plano individual, familiar y social.

Por razones prácticas convencionalmente el origen o motivo de las quejas en la CONAMED se les relaciona con alguna etapa del proceso de atención médica y más específicamente del método clínico, a saber: entrevista inicial, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y alta de los pacientes.

Las quejas pueden estar relacionadas o no con un evento adverso en salud, pero en todo caso, son quejas sobre la atención médica recibida y ello involucra no sólo los servicios del médico, sino que incluye los de otros profesionales, técnicos y auxiliares de salud, así como los aspectos organizacionales del sistema de atención que incluye medio ambiente, insumos y equipos, que por si mismos pueden ser factores de riesgo para la salud de las personas.

En ese sentido, Aranaz y colaboradores refieren que "*los sistemas sanitarios cada vez más complejos, junto con pacientes más vulnerables, informados y demandantes, conforman un entorno clínico en el que aparecen los efectos adversos*" y agregan que: "*el modelo explicativo de la cadena causal de un efecto adverso, mantiene que son más importantes los fallos de sistema que los fallos de las personas.*"[13]

Hace ya casi diez años que se publicó el libro "*Errar es humano*", del Instituto de Medicina de Estados Unidos de Norteamérica, producto de un esfuerzo interinstitucional orientado a impulsar un cambio de paradigma sobre el error médico, y a sentar las bases para un sistema de salud más seguro. En el informe se aseveraba una verdad permanente, en el sentido de que la seguridad es el primer paso crítico en el mejoramiento de la calidad de la atención.[14]

De acuerdo con el estudio mencionado, hacia finales del decenio de 1990-99, en Norteamérica se estimaba una prevalencia de eventos adversos prevenibles del orden de 3 a 4% en pacientes hospitalizados. Dos estudios anteriores sobre el tema, con datos de los años 1992 y 1984, respectivamente, habían reportado cifras similares: a) el estudio de eventos adversos en Utah y Colorado y b) el estudio de Harvard con datos de New York.[15] Es decir, 15 años sin mejoras significativas en la seguridad de los pacientes en ese país.

En México aún son incipientes las investigaciones sobre eventos adversos y seguridad de los pacientes, por lo que su impacto en la mejora de calidad será en el mediano plazo y será necesaria la participación sinérgica de todos los actores del sistema nacional de salud.

La importancia del estudio de las quejas médicas radica en que son una manifestación explícita de la mala calidad de atención, percibida desde el punto de vista de los usuarios o sus familiares y por lo tanto, son uno de los referentes que permite valorar una dimensión fundamental de la calidad de la atención médica: la satisfacción de los usuarios.

Por otra parte, la revisión de la documentación médica, registros y declaraciones relacionados con la queja, constituyen elementos de valoración de la dimensión técnica de la calidad en salud.

Si se acepta que la queja médica se relaciona con la calidad de la atención en salud, su análisis constituye un mecanismo indirecto para aproximarse al conocimiento de los eventos adversos y generar recomendaciones que contribuyan a mejorar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.

V. Modelo epidemiológico para el análisis de la queja médica

El propósito de este enfoque es identificar las relaciones que guarda la queja médica con los grupos de población mediante la asociación estadística, e identificar los momentos, lugares y grupos de mayor riesgo, así como la probabilidad con la que ocurren las quejas en la población.

El método epidemiológico puede utilizarse en salud pública para apoyar la planificación de servicios, ya que contribuye a identificar las áreas de oportunidad, establecer prioridades, determinar objetivos, orientar la instrumentación de actividades y evaluar los resultados.[16]

La aplicación de un modelo epidemiológico para el análisis de las quejas médicas, amplifica y complementa la visión sobre la queja misma, ya que de un análisis de tipo individual utilizado por el modelo de arbitraje médico antes descrito, con el modelo epidemiológico se utiliza un análisis colectivo o poblacional del mismo fenómeno.

A diferencia del modelo de arbitraje médico que ayuda a resolver un problema específico o individual de queja médica, el modelo epidemiológico utilizado en la CONAMED ayuda a resolver un problema colectivo o de salud pública y proporciona información sobre la cual se pueden sustentar las recomendaciones para el sistema nacional de salud con el fin de avanzar de la atención de quejas, hacia su prevención.

El modelo epidemiológico de análisis de la queja médica, considera cuatro etapas:

Primera etapa: elección y definición de las variables de estudio. El enfoque epidemiológico clásico considera las variables de persona, tiempo, y lugar.[17] En ese sentido, el modelo de arbitraje médico diseñado en la CONAMED se basa en el uso de protocolos de atención que incluyen el registro de datos que permiten estudiar, entre otras, las siguientes variables:

a) Persona. Sexo, edad, escolaridad, profesión, estado civil de los usuarios agraviados, causas de representación y parentesco del quejoso, cuando éste no es el usuario de servicios de salud agraviado.
b) Tiempo. La variación anual y mensual de las quejas médicas y su relación con la fecha de ocurrencia del evento médico que motivó la queja,
c) Lugar. Las magnitudes de la queja médica por entidad federativa, institución médica, y las especialidades o servicios médicos involucrados,

Además de estas variables básicas, el análisis epidemiológico de la queja incorpora otras que se relacionan directamente con el proceso de atención, como las siguientes: procedimiento del método clínico con el que se relaciona la queja (entrevista inicial, diagnóstico, tratamiento, relación médico-paciente), evidencia de mala práctica, gravedad del daño y responsabilidad institucional.

Segunda etapa: recopilación y procesamiento de los datos. Se debe precisar el periodo de estudio, las fuentes

de información y las técnicas estadísticas para procesar los datos, en la fase descriptiva y de presentación de información.

En la CONAMED, se diseñó y desarrolló el Sistema de Atención a Quejas y Dictámenes Médicos (SAQMED), una aplicación informática y estadística para registrar y procesar los datos de la queja médica a lo largo de las fases de atención, de acuerdo con el modelo de arbitraje. Este sistema junto con el expediente clínico, constituyen las fuentes primarias de información para los estudios que se realizan en la Comisión.

Tercera etapa: análisis de resultados y conclusiones. Se deben aplicar las técnicas estadísticas y epidemiológicas descriptivas y analíticas: univariadas, bivariadas o multivariadas para obtener resultados válidos que permitan realizar asociaciones e inferencias, cálculo de riesgos en términos de probabilidad de ocurrencia y generar conclusiones sobre el tema de estudio.

Cuarta etapa: toma de decisiones. A partir del análisis de resultados se establecen prioridades del tema en estudio, se formulan algunas recomendaciones o alternativas de acción y se establecen las bases para su evaluación.

Son diversos los aportes que hasta el momento se tienen con la aplicación del modelo epidemiológico de análisis de las quejas médicas atendidas en la CONAMED en el periodo 1996-2006. Por ejemplo, hoy sabemos que son más frecuentes en las mujeres que en los hombres en una razón de 1.4:1.0, es decir, por cada 14 quejas en mujeres sólo se recibe 10 de hombres. Sin embargo, cuando se analiza este comportamiento por grupos etareos, se observa una clara variación en tres momentos de la vida: hasta los 14 años la queja es mayor en los hombres que en las mujeres, a partir de los 15 años y hasta los 54 años, la queja es mayor en mujeres y a partir de los 65 años la razón es similar para ambos sexos. Por otra parte, el comportamiento de las quejas médicas se incrementa con la edad y alcanza su máximo entre los 25 y 34 años, luego desciende hasta el grupo de 50 a 54 años y vuelve a incrementarse en los dos últimos grupos de edad, por lo que tiene un comportamiento bimodal.

Cuando se analizan los factores relacionados con la queja médica, se pueden identificar elementos que permiten precisar la existencia o no de una mala práctica en salud; sin embargo, no es fácil distinguir los factores que se originan en el profesional, de aquellos que son directamente atribuibles a la forma como se ha diseñado y funciona el sistema de salud.

Por ejemplo, Summerton en un estudio inglés con seguimiento, acerca de la medicina defensiva en médicos generales, observó que 98% habían efectuado modificaciones en su práctica ante el temor de una queja médica, algunas positivas como: explicaciones a los pacientes y registros médicos, más detallados; en contraposición con prácticas negativas que tienden a incrementarse tales como aumento injustificado en: solicitudes de exámenes diagnósticos, seguimiento y referencia de pacientes.[18,19]

Desde un enfoque individual, se pueden estudiar procesos mentales que conducen a actos riesgosos para la seguridad del paciente, tales como olvido, descuido o falta de atención, negligencia o imprudencia. Por consecuencia, las decisiones correctivas tenderán a invocar sentimientos de miedo, culpa, vergüenza, que requieren castigo o disciplina, y es en este entorno, donde suele ubicarse la queja médica.[20]

Desde un enfoque sistémico, se parte de la premisa de que el ser humano es susceptible de errores y éstos son consecuencia de los procesos organizacionales y tienden a seguir patrones recurrentes. En ese contexto las acciones se orientarán a establecer medidas de seguridad como defensas contra los errores, se privilegiará el enfoque de gestión de riesgos, lo cual requiere de una efectiva cultura del reporte de errores que permita analizar diferentes factores para su prevención.

De este último enfoque surgió el "Modelo del queso suizo" para analizar los accidentes, que esquematiza las medidas de seguridad en diferentes capas:

a) De ingeniería (alarmas, barreras físicas, etc.).
b) De las personas (entrenamiento profesional).
c) Procesales y de control administrativo.

En cada capa existen debilidades vistas como hoyos dinámicos que se abren, cierran, se desplazan, y que por sí solas no producen malos resultados, pero cuando se alinean, se producen los accidentes.[21] Esto ejemplifica claramente que los errores en medicina y por lo tanto el origen de la queja médica, no se circunscribe a un solo evento sino a un conjunto de acontecimientos que se conjugan en un momento dado e inducen al error, de modo que su prevención efectiva dependerá de que se atiendan todos los eventos a la vez.

VI. Conclusiones

La seguridad de los pacientes como elemento crítico de la calidad de la atención médica ha cobrado cada vez más importancia en el mundo.

Desde finales de 2004 funciona la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, dirigida por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Entre sus áreas de acción destacamos las siguientes:

a) La investigación en relación con los complejos factores de riesgo que originan los errores médicos.

b) *La construcción de una taxonomía e indicadores internacionalmente aceptables.*
c) *La medición, seguimiento, evaluación y aprendizaje.*
d) *La instrumentación de intervenciones para prevenir los eventos adversos.*
e) *La participación de los pacientes y sus familias en la mejora.*

Estas líneas de acción requieren metodologías interdisciplinarias y fuentes de información: válidas, reproducibles, accesibles, costo-eficaces, con enfoque sistémico. Es decir, que no sólo se estudien las características de los pacientes y los miembros del equipo multidisciplinario de salud, sino que consideren también la organización, regulación, cultura y entorno de los servicios de salud, de manera que se puedan identificar, atender y prevenir los factores que propician los errores.[22]

Por otra parte, se observa un incremento considerable, en el plano internacional y nacional, de prácticas relacionadas con la medicina defensiva como respuesta al aumento en las demandas, influidas en gran medida por la actitud social cada vez más exigente y crítica hacia los profesionales de la salud, y en no pocas ocasiones en un entorno de desconfianza, agresión y corrupción.

Ante el contexto mencionado, se puede generalizar que en nuestro país predomina el enfoque individual, por lo que se pueden esperar incrementos mayores en la llamada medicina defensiva y en las quejas médicas.

El estudio de las quejas médicas debe entonces orientarse hacia la construcción de una cultura de seguridad del paciente, como se ha mencionado en las propuestas de la OMS, con énfasis en la prevención de las controversias y en el fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud en nuestro país.

La CONAMED al aplicar el modelo epidemiológico para analizar la queja, contribuirá tanto a la identificación de factores sistémicos que ponen en riesgo la seguridad en salud, como a la instrumentación de acciones de mejora.

Referencias

1. Secretaría de Salud, Programa de Acción: Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud. México: Secretaría de Salud; 2002.
2. Poder Ejecutivo Federal, Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Diario Oficial de la Federación, 31 de mayo de 1995. México, p. 74.
3. Smallwood RA. Learning from adverse events. Int J Qual Health Care. 2000; 12: 359-61.
4. U.S. Congress, Office of Technology Assessment, Defensive Medicine and Medical Malpractice, OTA-H–6O2 (Washington, DC: U.S. Government Printing Office, July 1994). (Acceso 03-04-2008). Disponible en http://www.princeton.edu/~ota/disk1/1994/9405/.
5. McIntyre N, Popper K. The critical attitude in medicine: The need for a new ethics. BMJ. 1983; 287: 1919-23.
6. CONAMED, Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la CONAMED. Diario Oficial de la Federación, 25 de julio de 2006. México.
7. Organización Mundial de la Salud, Informe de los resultados de la encuesta Delfos sobre la introducción a la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Suiza, 2007. (Acceso 15-05-2008). Disponible en https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/web_modified_delphi_survey_overview_es.pdf.
8. Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. BMJ 2000;320:774-7. (Acceso 15-04-2008). Disponible en http://bmj.bmjjournals.com/cgi/reprint/320/7237/774.
9. Perneger TV. Borges on classification. Int J Qual Health Care. 2006; 18: 264-5.
10. Chang AC, Schyve PM, Croteau RJ, O'Leary DS, Loeb JM. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. Int J Qual Health Care. 2005; 17: 95-105.
11. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana; 1991. p. 95-155.
12. Seclén-Palacin J, Darras C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. An Fac Med Lima. 2005; 66: 128-9.
13. Aranaz JM, Aibar RC, Galán A, Limón R, Requena J, et al. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. Gac. Sanit. 2006; 20 Suppl 1:41-47. (Acceso 03-04-2008). Disponible en http://www.sespas.es/informe2006/p1-5.pdf.
14. Khon LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press; 1999.
15. Thomas EJ, Studdert DM, Runciman WB, Webb RK, Sexton EJ, et al. A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA. I: context, methods, casemix, population, patient and hospital characteristics. Int J Qual Health Care. 2000; 12: 371-8.
16. Alan Dever GE. Epidemiología y administración de servicios de salud. Washington: OPS/OMS; 1991. p. 417.
17. Guerrero R, González CL, Medina E. Epidemiología. Ed. Addison-Wesley Iberoamericana; 1986. p. 81-97.
18. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. BMJ.1995;310:27-29. (Acceso 03-04-2008). Disponible en http://www.bmj.com/cgi/content/full/310/6971/27.
19. Summerton N. Trends in negative defensive medicine within general practice. Br J Gen Pract. 2000; 50(456): 565-6. (Acceso 18-04-2008). Disponible en http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1313753&blobtype=pdf.
20. Paredes Sierra R. Ética y medicina defensiva. Seminario: El ejercicio actual de la medicina, Fac. Med. UNAM, 2003. (Acceso 03-04-2008). Disponible en http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2003/ponencia_sep_2k3.htm.
21. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000; 320: 768-70.
22. Perneger TV. A research agenda for patient safety, Int J Qual Health Care. 2006; 18: 1-3.