

tiene remedio ¡qué Dios lo bendiga! ” Ahora es diferente, porque el médico tiene que buscar una alternativa de solución. Tuvo un cambio de actitud. Que se relaciona con la práctica cotidiana de la relación médico paciente. No es lo mismo atender a un paciente, darle una receta y que se vaya, que manejar el tratamiento con un paciente crónico.

Un médico que escucha

Actualmente, el médico está obligado a escuchar al paciente; a dar soluciones, a orientar al paciente y a sus familiares. Con esto me refiero al imprescindible cambio en la relación médico paciente. Debe ser más amplia. Quizá se regrese al origen de una relación médico paciente más estrecha con el paciente y con la familia; ser de nuevo, casi el consejero; regresar en cierta forma a esa relación hermosísima del médico con su paciente, con la familia del paciente y con la comunidad.

La alta especialización

Una más específica especialización ya está ocurriendo. Posee dos vertientes en mi campo: una, el desarrollo de una especialidad llamada medicina de rehabilitación, con reconocimiento universitario, que se inició en la Secretaría de Salud y que se ha extendido al ISSSTE, al IMSS, al DIF, al punto que ahora cubre toda la República Mexicana. Existen especialistas en medicina rehabilitacional en todo el país que abarcan los distintos campos de los problemas relacionados con discapacidad, ya sea para su prevención o para su rehabilitación.

Por otro lado, quiero subrayar la necesidad de que los especialistas en diversas ramas incursionen en aspectos de rehabilitación; que los médicos generales y especialistas, tengan la obligación de conocer las posibilidades de rehabilitación de los pacientes y orientarlos.

En 1976 incorporamos la propuesta a un reglamento de prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos, expedido por lo que era la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Ahí señalábamos obligaciones de padres de familia, maestros de escuelas y, especialmente de médicos, para identificar, para detectar los problemas de discapacidad oportunamente y orientar y canalizar a los pacientes a las instituciones del sector salud, principalmente gubernamentales, para establecer acciones oportunas de carácter preventivo, a fin de evitar que el problema de discapacidad se agrave y afecte al núcleo familiar y a la comunidad.

La rehabilitación, necesaria en la currícula universitaria

Es imperativo que el gremio médico, en conjunto, entienda más los problemas de discapacidad. Aquí, el problema que no hemos podido resolver es gravísimo, y es el de las escuelas de medicina: no enseñan rehabilitación. Asunto trágico. No podemos pedir al médico que ponga en práctica algo que no le enseñaron, que tenga una conciencia clara del problema de discapacidad. Comenzando por la Facultad de Medicina de la UNAM, no enseñan rehabilitación.

Seguiremos insistiendo para que la rehabilitación se incorpore a la currícula en las escuelas de medicina. Es un problema fundamental. Hay que conocer de la importancia de incluir esta propuesta en el plan de estudios de las escuelas de medicina.

La rehabilitación se enseña en muchas escuelas del mundo menos en México. Se enseña en las facultades de medicina de América Latina, en Colombia, en Venezuela, en Argentina, en Uruguay, en Chile; excepto en México. Tenemos que insistir para incorporar al plan actual de estudios los temas de rehabilitación y discapacidad con objeto de que los médicos con una mayor conciencia del problema y con información acerca de servicios que existen en el país, puedan recomendar a los pacientes una atención oportuna.

Calidad es seguridad

Jorge Gaspar Hernández

El doctor Jorge Gaspar Hernández, nos ofrece un análisis de la conducta del médico frente al paciente; de la importancia que tiene la formación universitaria y de especialización en este comportamiento, así como de las perspectivas del profesional de la salud. Enfatiza el diálogo médico paciente como elemento sustancial para evitar situaciones de riesgo en esta relación.

Médico cirujano, egresado de la Facultad de Medicina de la UNAM, realizó su especialidad en cardiología en el Instituto Nacional de Nutrición (INN) y en el Instituto Nacional de Cardiología (INC), y la subespecialidad de cardiología intervencionista en la Universidad de Harvard, EUA. Es actualmente médico adscrito al Servicio de Edodinámica del INC de la SSA, y ejerce la medicina privada en el Hospital Angeles del Pedregal.

Más allá de la técnica

Quisiera referirme en primer término, como lo han hecho colegas en números anteriores de la Revista CONAMED, al arte médico.

El arte médico es aquella parte del tratamiento que se da a un paciente. No se puede medir en forma objetiva ni en forma cuantitativa; es una práctica desde el punto de vista cualitativo. ¿De qué manera se lleva a cabo? Como cualquier otro arte.

Alguien podrá curar una infección con una alta dosis de un medicamento que sea de amplio espectro, y quizá tenga el mismo éxito que una persona que tomó el cuidado de evaluar con detalle al diagnóstico clínico. Ambos obtendrán el resultado correcto, pero el primero mediante un tratamiento tosco, grosero, en un diagnóstico quizá no bien elaborado a ver si resulta; en cambio, el otro lo hace con finura y, con precisión, permite un tratamiento mucho más dirigido, más fino.

Eso también tiene que ver con el aspecto humano que se da al manejo del paciente. No es lo mismo el médico que lo hace con interés, aprendiendo todo lo que es el paciente: su edad, sexo, familia, su nivel no sólo económico, sino el social, la manera en cómo se ubica el médico en relación al paciente para establecer el tratamiento.

La única manera en que puedo comparar al médico es con el buen músico que toca nota por nota con el tiempo exacto, en el que además predomina un sentimiento de estilo: una forma personal de tocar una melodía, lo que convierte a un mero técnico en un artista.

Objetivos de la Medicina

La medicina tiene dos objetivos: primero, devolverle en la medida posible el estado de salud al paciente, y después: procurar que se instrumenten medidas preventivas para evitar que se dé la enfermedad actitud poco asumida en los países en desarrollo.

En el caso del paciente que tiene el colesterol alto, digamos, el mero colesterol alto, sabemos que éste, por sí mismo, no le va a dar un problema en ese momento, pero sí a la larga. Entonces, el aspecto preventivo es reducir el colesterol. Conocemos que, relacionado con enfermedades coronarias, la presencia de abundante colesterol puede llevar al infarto o a la muerte.

Pero debería de irse más atrás: la educación en la dieta, la educación en cuanto a que, en la población sana, las personas se hagan exámenes para detectar el colesterol, y no sólo en quienes tienen ya la enfermedad. Entonces, el médico posee dos papeles: uno es restablecer el estado de salud, lo que se hace en forma satisfactoria: y en cuanto a prevención, lo que estamos haciendo es aún muy pobre. Estos son los dos papeles del médico.

Reforzar estos dos objetivos no es trabajo de un individuo, debe ser un trabajo concertado, bien dirigido, bien organizado de la Secretaría de Salud, de cada una de sus divisiones, ya después el IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc., son quienes deberían instrumentar ese tipo de manejo preventivo en toda la población.

La calidad médica para una amplia base de los pacientes, no cuesta en la mayoría de los casos. Al paciente que llega con una enfermedad de las más comunes, no debe costarle más tener una buena atención, pero ya para enfermedades más avanzadas como el tratamiento de un cáncer, el tratamiento de una enfermedad coronaria -, ahí sí, desafortunadamente, el mejor tratamiento que se puede ofrecer va estrechamente ligado con el desarrollo de la tecnología, y eso es caro.

Por ejemplo, el paciente que tiene un trastorno del corazón, que se llama bloqueo auricular, si no se trata, le va a causar desmayos que llamamos síncope, con riesgo de muerte.

La forma más sencilla de tratarlo es poner un marcapasos, que puede costar alrededor de 10 mil pesos. En cambio, el manejo óptimo para que el paciente pueda llevar una vida activa, sin limitaciones si quiere subir escaleras, si quiere jugar algún deporte, si es joven o lleva a cabo trabajo físico necesita de un marcapasos que se llama DDD; este tipo de marcapasos cuesta entre 25 y 30 mil pesos. Estamos hablando de un costo tres veces mayor para alcanzar al tratamiento óptimo.

Especialidades

Las especialidades médicas son diferentes. Sin embargo, no creo que las especialidades miren a la Medicina de manera diferente, más bien, esto se produce a partir de la educación que el médico tuvo en su formación de especialista. Es lo que hace verla diferente.

Pienso que el especialista que se entrenó en un hospital A, mira diferente al especialista que se entrenó en el hospital B; por decirlo de otra manera, el especialista que se entrenó en un hospital altamente académico en donde la competencia académica es intensa, verá a la medicina como una profesión en la cual es importante estar actualizado y ofrecer siempre lo mejor; a diferencia del que se entrenó en hospitales donde, y por las razones que sean, el tipo de trabajo que se hace es en gran parte puramente asistencial.

Su enfoque de la medicina será diferente, será quizá más práctico, quizá menos estricto consigo mismo y eso se dejará ver en su práctica de la medicina. Sin embargo, la mayoría de los pacientes no perciben este hecho. Por ejemplo, si dentro de los que yo veo como especialidad llega un paciente joven de 30, 35 años con hipertensión arterial severa, el médico en el primero de los ejemplos, lo que sabrá es que su enfermo es demasiado joven para tener esos niveles de hipertensión arterial; debe entonces averiguar porqué tiene hipertensión arterial y estudiará el caso para investigar una causa secundaria.

¿Por qué lo hace? Porque sabe que si la identifica y se corrige, puede curar al paciente de esa hipertensión arterial; en cambio el médico en el ejemplo B, simplemente haría el diagnóstico de hipertensión arterial severa e inmediatamente daría un tratamiento. No repara mucho en estudiar o investigar si existe una causa secundaria.

Igualmente, ha llegado el caso de distinguir entre la medicina privada y la pública. Sabemos que la diferencia la hace el médico. Yo atiendo igual al paciente que veo en el hospital de cardiología, como al que veo en mi consultorio. Desde luego, existen limitaciones en ambos lados; por desgracia, cuando llega uno a un nivel de la enfermedad en el cual lo que se uno a un nivel de la enfermedad en el cual lo que se requiere es un manejo médico caro, nos encontramos frente a un límite común. Pero en cuanto a la evaluación clínica del paciente, a su estudio de consultorio, a su estudio de laboratorio y gabinete, el tipo de medicamentos que se emplean no debe ser diferente.

Una vez ubicado el problema, uno dice " a este paciente de bajos recursos le voy a recetar un medicamento aunque lo tenga que tomar tres veces al día porque le sale más barato; en cambio a ese otro paciente que tiene recursos económicos le va ser más cómodo, y sé que va a ser más fácil que se apegue al tratamiento, si le doy un medicamento donde tome una pastilla al día ".

En ese tipo de cosas puede llegar a darse una diferencia, pero en cuanto a la atención esencial, al diagnóstico y al tratamiento óptimo no debe diferir.

El juicio del paciente

La percepción de la calidad por parte de los pacientes varía. Depende sobre todo de los que tienen cierto nivel de asistencia pública provista por el Estado. Los recursos de estos hospitales están limitados; entonces no se ofrece al paciente lo que uno sabe que el lógico recetar, más bien se les brinda la oferta del cuadro básico de medicamentos, sea de aparatos, prótesis, marcapasos, instrumental, etc.

En la atención médica, desde el punto de vista médico paciente, la interacción humana es simple. Como en todas partes, habrá médicos que estén menos comprometidos con su carrera, de modo que no actúan igual en medio institucional como en un medio privado. Hay ejemplos de todos tipos. Existen médicos altamente responsables, se entregan por completo a los pacientes, así sean pacientes que no ven más que una sola vez, porque es la forma en que

trabaja el sistema del hospital. Gente extraordinaria en esos medios.

En cuanto a la relación médico paciente, deseo que se conserve la idiosincrasia actual. En lugares como Estados Unidos se ha ido distanciando cada vez más, se ha vuelto más impersonal, la tecnología ha puesto una barrera transparente o virtual entre el médico y el paciente. En Latinoamérica es posible que se mantenga una buena relación más acorde con nuestra forma de ser y que no se pierda el contacto humano.

La relación médico paciente no está desgastada, pero pasa por una situación de riesgo debido a la atención impersonal de los servicios institucionales para los asegurados. El paciente pasa a ser un número más que un caso; es alguien a quien no se ve con la frecuencia debida ni con el seguimiento adecuado.

En algunos hospitales privados el paciente es afectado por abusos económicos de algunos médicos a veces en los honorarios, en especial por los cargos en los hospitales; lo sabemos bien. Y debe el médico que ve a un paciente que se quiere atender en un medio privado, informarle primero cuál es su problema, cuál es el motivo de internamiento, cuáles son las expectativas que se tienen con el internamiento; y el costo aproximado del tratamiento para evitar un conflicto generado por ignorancia.

En cuando a lo que dice y se oye respecto a algunos hospitales privados y sus cuotas, hay que diferenciar: yo rechacé ese tipo de cosas: llegaba a mi consultorio algún aviso de que tenía tantos puntos o tanto dinero en un laboratorio que podía usar para mí, resultado de los pacientes que iban hacerse sus exámenes a mi nombre. Esto lo hacen algunos laboratorios.

De hecho, hasta donde sé, ni en este hospital, ni en los principales hospitales privados tienen una forma de trabajo en que se impongan cuotas. Cuando empezó Médica Sur, los directivos pedían mandáramos pacientes a los laboratorios para que se hicieran estudios, y eso - recuerdo- fue motivo de una carta en la que contestaba que no tenían por qué decirnos a qué laboratorio debíamos mandar a los pacientes. Que si ibas a pedir exámenes mándalos acá, no era directamente pide tanta cantidad; pero aún así, cuando los pacientes preguntan: ¿a dónde voy?, respondo: pues al lugar que le quede más cerca: Médica Sur, el Inglés, o algún laboratorio que le parezca serio.

Sólo si es un examen muy especializado, muy específico y sobre todo si se necesita un especialista para que lo haga, entonces señalo que se debe ir con esta persona, a este lugar para tal estudio.

La forma de practicar la medicina tiene mucho que ver con la educación que tuvimos al hacer la especialidad, con los médicos con los que nos entrenamos, con los cuales no trabajamos nunca de que " te lo mando para que me des un porcentaje " porque va contra la ética, tanto como el " te mando para que me mandes ".

El trabajo que hago implica que muchos médicos me refieran pacientes para que haga el procedimiento. Los médicos que me refieren son médicos que no me piden que les dé ni les ofrezco un porcentaje, es una forma más adecuada para tratar, más cómoda para los médicos.

Límites del médico

La explosión del conocimiento en la medicina ha sido tal, que primero se crearon especialidades muy gruesas, muy obvias como cirugía, ginecoobstetricia y pediatría, después surgieron ortopedia, oftalmología, neumología, cardiología, y de manera reciente, inmunología.

Especialidades que han surgido por la vastedad del conocimiento de cada una de esas áreas, lo que hace imposible su manejo unipersonal. Ciertamente, al principio, hubo quienes se oponían a las especialidades argumentando que iban a fraccionar la atención del paciente, y que atenderlo de manera global no era un proceso adecuado. Hasta que se descubrió que era un proceso adecuado. Hasta que se descubrió que era la mejor forma de prestar una buena atención.

Entonces, las especialidades surgieron como necesidad imparable. Y ahora eso ha continuado. Dentro de mi especialidad, que es la Cardiología, hay procedimientos que no realizo. Me rehuso porque carezco del entrenamiento que se requiere para ello. La especialización que hice es de cateterismo cardiaco, que absorbe dos años de entrenamiento adicional.

Hago un paréntesis para señalar que son cinco ó seis años de la carrera, tres años de medicina interna, tres años de cardiología y, dos años de la especialidad. La especialización es una necesidad que se ha reconocido.

Afortunadamente, en México se generaron con tiempo los Consejos de especialidad para acreditar a los médicos. En cardiología se han hecho capítulos de medicina nuclear, de cateterismo cardiaco y de electrofisiología; esas áreas de especialidad del cardiólogo son reconocidas. Es grave llamarse especialista en determinada área y no serlo, tal acto puede llevar a cometer diagnósticos erróneos o tratamientos ineficaces.

Podemos ver que en las sociedades más avanzadas las enfermedades cardiovasculares han disminuido con la educación. Las personas en la actualidad cuidan el peso, hacen ejercicio, limitan la ingestión de sal y de grasas. Son poblaciones en las cuales la incidencia de enfermedades vasculares cerebrales, hipertensión arterial, enfermedad coronaria ha disminuido.

Entonces, los tres grandes enemigos del corazón: el colesterol alto, la hipertensión arterial y el tabaquismo han sido eficazmente atacados, y vemos que hay una disminución de incidencias en infartos y en la incidencia de muerte cardiovascular y, desde luego, en lo que va a converger: la atención de enfermedades crónico degenerativas, por envejecimiento.

Estos serán problemas geriátricos, problemas que no han disminuido y que van a aumentar porque hay mayor prevención en cuanto accidente laboral y una disminución de las enfermedades cardiovasculares.

Prevenir las quejas

Cuando veo a un colega que se comporta de manera fría o déspota con el paciente, lo primero que pienso es que él nunca ha tenido familiares enfermos. En esas situaciones uno se da cuenta de la importancia del trato cordial del médico, de su preocupación sincera por el bienestar del paciente hospitalario.

Al ver un paciente internado en el hospital debemos escucharlo. Si pregunta lo mismo dos veces, volverle a explicar; explicarle con palabras, sencillas su problema. Creo que eso depende de cada médico. Se enseña algo con palabras, pero es fundamental el ejemplo, y éste se da durante la formación profesional. El trato que se debe dar al paciente es un trato humano y no un trámite.

Los médicos mexicanos, la mayoría, ejercen pensando en la responsabilidad que tienen. Me alegra que aún no estemos como en la sociedad americana, donde el médico ejerce con la angustia, con el temor, con el riesgo potencial de una demanda.

En México, sabemos que hay demandas, y que seguramente su número crece. Lo que yo hago para evitarlas es explicarle al paciente la naturaleza del problema, y siempre lo enfoco desde el punto de vista del riesgo que existe. Si se ha tomado la decisión de hacerle un tratamiento, explicarle por qué y comparar el riesgo de no hacer nada, no actuar, y compararlo con el riesgo de aplicar el tratamiento.

Desde luego, el riesgo de no hacer nada es mayor que el riesgo de hacer. Lo que hacemos lleva riesgos básicos, pero reales.

Y sí, creo que el paciente debe estar informado claramente de lo que requiere, del riesgo que existe, aunque éste sea mínimo. Eso da lugar a un estado de comunicación que garantiza la confianza del paciente al médico y la tranquilidad del médico para actuar.

Percepción de los usuarios sobre los problemas de calidad de la atención médica

Claudia Infante C. *

Luis Felipe Abreu H. **

Cuauhtémoc Solís T. ***

En los últimos quince años, las ciencias sociales aplicadas a la salud han reiterado la importancia de considerar y reflexionar acerca del enfoque del paciente en la atención médica.

No sólo se debe buscar evitar las quejas o brindar estrategias para que éstas se expresen y resuelvan. El fin primordial es aprovecharlas para guiar los cambios de mejora de la calidad de la atención médica a partir de renovadas formas de relación médico paciente, en las cuales los pacientes y los proveedores comparan tanto el poder y el control, como la responsabilidad.

A través del estudio de las quejas de los usuarios sobre la calidad de la atención médica interpuestas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), se ha podido determinar que los motivos de controversia usualmente están relacionados con un conjunto de problemas percibidos por los pacientes durante su proceso de atención. Por ello, comprender la expresión de las insatisfacciones de los usuarios sobre los problemas de atención médica requiere contemplarse como un proceso complejo y no lineal. Existe una serie de elementos que deben ser considerados para poder conformar una visión integral y más certera del proceso de la queja médica. La comprensión de estos factores permite entender y por ende, brindar una mejor atención a las quejas que llegan a interponer los pacientes o sus familiares ante las instancias creadas para ello. Asimismo, facilita analizarlas con mayor precisión, visualizándolas como portadoras de la información sobre los problemas de calidad de la atención que se observan en los servicios de salud y que requieren ser atendidos. A continuación se abordan cada uno de estos factores con la finalidad de contribuir a los esfuerzos de los proveedores de servicios médicos orientados hacia el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios que prestan.

Los problemas, errores, etc., en la atención médica no se dan en forma aislada, son producto de la interacción de una serie de sucesos, en donde es posible identificar cuatro subsistemas:

- El contexto;
- La organización de la atención;
- La práctica médica, y
- La perspectiva de los actores: del paciente y del médico

El mecanismo de " construcción social del problema de calidad de la atención por parte de los pacientes " está íntimamente relacionado con aspectos de conocimiento, creencias, expectativas, factores preceptuales y cognitivos de los usuarios. Estos elementos psicológicos sólo cobran sentido dentro de los procesos de interacción social " situada " en tiempo y espacio.

Por ello, en muchos casos la naturaleza de los hechos no es la que los hace per se " problema de calidad dentro de las quejas ". Esto depende, más la categorización y significado que le otorga el usuario como " problema ", ubicado dentro de contextos, organizaciones y tipo de práctica médica, lo que les da el carácter de " motivo de queja " y hace que se exprese como " problema de calidad de la atención percibido por el usuario ".

De conformidad con la percepción e interpretación que le da el usuario, muchos de los problemas que éste califica como " negligencia médica " los atribuye a falta de conocimientos del prestador. Sin embargo, es posible que dichos problemas no sean atribuibles a los médicos, sino a la incertidumbre de la medicina. La incertidumbre en el diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico puede causar insatisfacción al paciente. Con la finalidad de que ésta se convierta en fuente de insatisfacción de los usuarios, se requiere informar adecuadamente a los pacientes, así como una buena comunicación entre el binomio médico paciente.

La experiencia de CONAMED indica que buena parte de las quejas no son atribuibles única o principalmente a la actuación de los médicos, sino a factores de tipo organizacional en las instituciones prestadoras de este tipo de servicios. Cabe señalar que históricamente muchos de estos problemas no han sido percibidos o catalogados como aspectos de calidad de la atención desde la perspectiva técnica de los prestadores de servicios. Desde el punto de vista del paciente, que es quien experimenta " desde afuera " los afectos de la organización que está planeada ° desde adentro ", es factible detectar con mayor precisión ciertos elementos de calidad (no sólo en los resultados sobre su salud), que se traducen cómo problemas de la atención.

La complejidad de los procesos de atención que narran los usuarios al manifestar sus quejas ante la Comisión, permite postular que una de las características de su punto de vista es que señalan en forma más integral los problemas relacionados con la organización de la prestación

del servicio dentro y entre las unidades de atención médica, ya que los pacientes los visualizan desde su propia perspectiva de realidad y pragmatismo, que usualmente ha sido despreciada por el sistema de salud.

A partir de la aparición de la medicina institucional, estos sistemas se han centrado cada vez más en sí mismos y no en el paciente, así como en mantener su "integridad" organizacional, y en no pocas ocasiones "por encima de las necesidades de los usuarios". Este hecho, adquiere un significado diferente dependiendo de quien lo interprete: los pacientes o los prestadores del servicio. Socialmente, para que exista un sistema lo primero que debe hacerse es establecer sus límites y los procesos o vías a través de los cuales se relaciona con el exterior. Por ello, los sistemas de salud también deben contemplar cómo funcionan para aquellos que son sus consumidores y la forma en cómo acceden y se interrelacionan con él.

El perfil de las quejas que se han recibido en la CONAMED varía de conformidad al tipo de prestador de servicio de salud. Estas diferencias se pueden deber a las particularidades de los usuarios de cada tipo de servicios y a las características organizacionales y de la práctica médica en cada uno de ellos. El padecimiento y la percepción de gravedad del mismo influyen en la selección de servicio médico, interactuando con aspectos de accesibilidad, eficiencia, eficacia y aceptabilidad. En este sentido es conveniente destacar que los factores de cognición social de los usuarios, los procesos de información durante y posterior al evento crítico de la enfermedad, así como su interrelación con el grupo médico y las características comunes que identifican a los usuarios por cada clase de prestador, son aspectos que inciden en los patrones de demanda de los servicios de salud y por consecuencia en la diversidad de motivos de queja por insatisfacción de los pacientes.

Estos determinantes de las quejas médicas se refieren en gran parte a los procesos que estudian las ciencias cognitivas, que tradicionalmente se han limitado a analizar los procesos mentales mediante los cuales el individuo percibe, manipula e interpreta información. Actualmente, dichas ciencias se han enfocado a entender las determinantes de la pericia en el desarrollo de tareas complejas situadas en el "mundo real" y a estudiar el efecto del contexto en el cual se desarrollan. Las habilidades generales, el conocimiento específico en el campo profesional y el ámbito en el cual se ejerce la medicina, se compensan y refuerzan mutuamente. Los contextos de práctica profesional constituyen factores importantes para el desarrollo de las competencias profesionales. Al respecto, los aspectos burocráticos de las organizaciones en torno al ejercicio de la medicina, han llegado a inhibir el desarrollo de la relación interpersonal con el paciente.

En las quejas que los usuarios han interpuesto ante la CONAMED sobre la atención que recibieron, se identifica su percepción sobre la calidad de la atención y la capacidad del médico, no sólo en términos técnicos, sino desde la perspectiva del conjunto de elementos que constituyen la atención médica. Es necesario considerar esta perspectiva, pues no hay que olvidar que, finalmente, es la población quien legitima a todas las profesiones y en particular, a los prestadores de servicios médicos.

El estudio de la pericia en el ámbito médico ha privilegiado el análisis de las competencias técnicas y ha menospreciado el dominio de la relación interpersonal con el usuario. Esta última ha sido utilizada para estudiar características de la pericia médica a través de las diferencias entre los patrones de intercambio entre expertos y pacientes y, entre novatos y pacientes. Se ha encontrado que, por ejemplo, el experto realiza de una manera más selectiva la recopilación de información del paciente, en comparación con el novato cuyo interrogatorio, caracterizado por un razonamiento no predictivo, es incapaz de buscar y discriminar entre la información pertinente y la inútil para el establecimiento del diagnóstico. Es así que los expertos dirigen el interrogatorio a partir de predicciones más certeras y obtienen información más útil para establecer los diagnósticos.

Los avances en el desarrollo de una teoría general acerca de la habilidad de los médicos han sido considerables. Sin embargo, también debe reconocerse que éste es un claro ejemplo de cómo el análisis de los intercambios médico-pacientes ha sido un instrumento, más que un objeto de estudio o uno de los dominios de la competencia médica. Este es uno de los dominios de la competencia médica. Este es uno de los aspectos de mayor controversia con las ciencias sociales. Se relaciona con el supuesto incremento del interés del médico por conocer y analizar la perspectiva del paciente. Tal como menciona Armstrong: "El interés no está en los pacientes por sí mismo, sino como la ventana que abren hacia la patología".

Los estudios de psicología cognitiva relacionados utilizan la comparación entre el médico novato

y el experto. Los análisis sobre la pericia deben hacerse de manera integral, tomando en cuenta tanto el aspecto técnico como el efecto de los ambientes de práctica profesional en el desempeño médico. Considerar el desempeño médico en forma integral y no sólo enfocarse al aspecto técnico. Podría proponer nuevas e innovadoras hipótesis sobre la posibilidad de mejorar el patrón de su relación con el paciente.

Los análisis sobre cómo realizan la entrevista al paciente los médicos expertos y los novatos y sus respectivos riesgos de insatisfacción de los pacientes, nos orienta a comprender algunos mecanismos a través de los cuales la historia de la relación médico paciente ha cambiado y entender así algunos de los orígenes de las quejas ante la CONAMED.

El denominado sesgo orgánico de los médicos, ha provocado que orienten la consulta hacia la identificación del " motivo principal de demanda de atención ". Buscan los signos y síntomas y formulan una serie de preguntas para que el paciente conteste sí o no, con lo que pretenden confirmar las hipótesis que establecieron previamente. Se organizan los síntomas y se etiqueta la enfermedad, sin embargo, los motivos " reales " de la consulta frecuentemente quedan ocultos, además de perderse el efecto placebo y de apoyo social de la relación médico - paciente.

El entrenamiento y práctica médico se ha venido concentrando en una historia clínica que construye la enfermedad, pero no identifica los motivos de los pacientes para buscar la atención médica. Sin duda, la aplicación cotidiana de este esquema ha dado como resultado muchos de los factores que subyacen a las quejas médicas que han sido presentadas ante CONAMED.

Por lo anterior, la Comisión privilegia la medicina centrada en el enfermo y no la práctica de la medicina centrada en la enfermedad. Parte del quehacer cotidiano radica en identificar y estudiar los factores que se perciben detrás de los motivos de las quejas, así como la difusión de sus resultados para que puedan ser considerados en los procesos de planeación institucional o en el ejercicio cotidiano de la medicina. Esto permite contribuir al cumplimiento de uno de los principales objetivos de la creación de la CONAMED: coadyuvar al mejoramiento de la calidad de la atención médica en el país.

* Comisión Nacional de Arbitraje Médico

** Facultad de Medicina, UNAM

*** Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Voces Conamed

Ma. Del Carmen Dubón Peniche

En la prestación de servicios médicos, los resultados de la atención de un paciente, con frecuencia se encuentran influidos por diversos factores biológicos, idiosincráticos, tecnológicos, así como errores personales e institucionales cuya ocurrencia es posible evitar si existe retroalimentación y se aprovecha la experiencia.

Caso

Motivo de la queja: Paciente que presentó trabajo de parto, se difirió su atención durante siete horas estando hospitalizada y finalmente se consideró urgencia obstétrica, con sufrimiento fetal y se derivó a otra unidad médica. El producto falleció *in útero*.

Especialidad: Obstetricia.

Pretensión:

- Informe detallado de la atención proporcionada y explicación de los motivos que ocasionaron la defunción del producto.
- Determinar si existió negligencia médica en la atención de la paciente.
- De ser procedente; se le otorgue una indemnización.