

# La queja médica y el concepto de salud en estudiantes universitarios

FERNANDO HERRERA-SALAS,<sup>1</sup> ISELA LIZBETH ARREDONDO-VELÁZQUEZ<sup>2</sup>



## Resumen

El campo de visibilidad en que el médico inscribe el problema de la “queja médica”, obvia un momento clave, inaugural, a saber: la «demanda del paciente», entendida en un sentido subjetivo-simbólico, como una petición o expectativa, que la inscribe en el entrecruce entre la “necesidad” y el “deseo”. Apostamos así, por una temporalidad más larga para abordar la queja médica, mediante la introducción de una estación o momento precedente a la atención, al conflicto y a la queja misma, y que hemos denominado como: *tiempo de la formulación de la demanda de atención*. La cual, una vez evaluada, informa los criterios que las personas esgrimen para cualificar la calidad de atención solicitada y de los límites de la tolerancia o frustración, pues de no ser cubierta, se abre la puerta a la queja o querrela legal como reacción legítima del paciente-usuario. Para fines de su evaluación, fueron entrevistados estudiantes del pregrado siguiendo una estrategia narratológica, y articulando la indagación desde seis dimensiones específicas. Los juicios, conceptos, valoraciones y experiencias narradas, aportan a la definición del rol del médico, la posición del sujeto ante la salud, la caracterización de los malos procederes, el ideal de atención médica eficaz y excelencia humanística, y las razones por las que se establecería una queja o demanda legal. Se concluye que se trata de una demanda de *amor médico*, que construye un ideal de la atención y su reconocimiento permite una nueva sensibilidad del médico y le posibilita la autorregulación de su actividad profesional.

*Palabras clave:* Demanda de amor médico, Queja médica, Calidad de la atención, Posición del sujeto.

## The Medical Complaint and the Concept of Health in University Students

### Abstract

The field of visibility in which the doctor inscribes the problem of the “medical complaint” obviates a key, inaugural moment, namely: the “patient’s demand”, understood in a subjective-symbolic sense, as a request or expectation, which he inscribes it at the crossroads between “need” and “desire”. Thus, we bet on a longer timeframe to address the medical complaint, through the introduction of a station or moment preceding the care, the conflict and the complaint itself, and that we have called: *time of the formulation of the care request*. Which, once evaluated, informs the criteria that people wield to qualify the quality of care requested and the limits of tolerance or frustration, because if not covered, the door is opened to the complaint or legal claim as a legitimate reaction of the patient-user. For evaluation purposes, undergraduate students were interviewed following a narratological strategy, and articulating the inquiry from six specific dimensions. The judgments, concepts, assessments and narrated experiences contribute to the definition of the doctor’s role, the subject’s position regarding health, the characterization of bad procedures, the ideal of effective medical care and humanistic excellence, and the reasons why a complaint or lawsuit would be established. It is concluded that it is a demand for *medical love*, which builds an ideal of care and its recognition allows a new sensitivity of the doctor and enables him to self-regulate his professional activity.

*Key Words:* Demand for Medical Love, Medical Complaint, Quality of Care, Position of the Subject.

Recibido: 7 de abril de 2022  
Aceptado: 18 de mayo de 2022  
Declarado sin conflicto de interés

1 Facultad de Estudios Superiores Iztacala. fherres@gmail.com

2 Facultad de Estudios Superiores Iztacala. isearvel\_2908@hotmail.com

## Introducción

El significado e importancia de la queja médica puede ser determinando desde una perspectiva histórico contextual y, también, por su impacto en el ámbito social. En el primer sentido, Hernández, Santacruz, Gómez y Aguilar (2008), nos precisan que “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”. El segundo sentido, es acotado de manera precisa por Fernández, (2016), cuando dice: “...porque las quejas médicas no son sólo un problema médico, representan un problema social, mediante el cual los usuarios de los servicios de salud expresan expectativas no cumplidas y los deseos del modelo de atención médica que les gustaría tener”.

La queja médica ha sido definida formalmente por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) como

...una 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 Comisión en razón de llegar a una solución, cuando haya negativa de servicios médicos obligatorios o la irregularidad en su prestación; siempre y cuan-

do sean de naturaleza civil o de atención médica. (CONAMED 2017).

Esta definición que nos permite ubicar que existen al menos dos momentos previos al arbitraje y tentativa de resolución: el momento de la atención-intervención médica y el momento de la formalización de la queja frente a la negativa de servicios médicos obligatorios o la irregularidad en su prestación.

También, de manera significativa, podemos notar que la queja médica ha sido motivo de consideraciones teóricas en el ámbito médico; un ejemplo interesante es la propuesta de Armendáriz (2007), de pensar la queja medica en términos de proceso, lo que es descrito por esta autora en la forma de circuito de input-output (Figura 1).

Si analizamos este diagrama propuesto por Armendáriz (2007), para explicar a manera de un circuito de input-output la “queja médica”, vemos que propone como punto de arranque el *¿conflicto?*, como segunda estación se propone la formulación de la *queja* y, como consecuencia de que la queja se haya formalizado, se proponen cuatro resultados: 1. Fractura en la relación médico-paciente; 2. Insatisfacción en la atención; 3. Medicina defensiva, seguros profesionales (negocio de la queja); y 4. Costos innecesarios cargados al presupuesto. Todas ellas son consecuencias de carácter negativo y que, por tanto sugieren la inter-

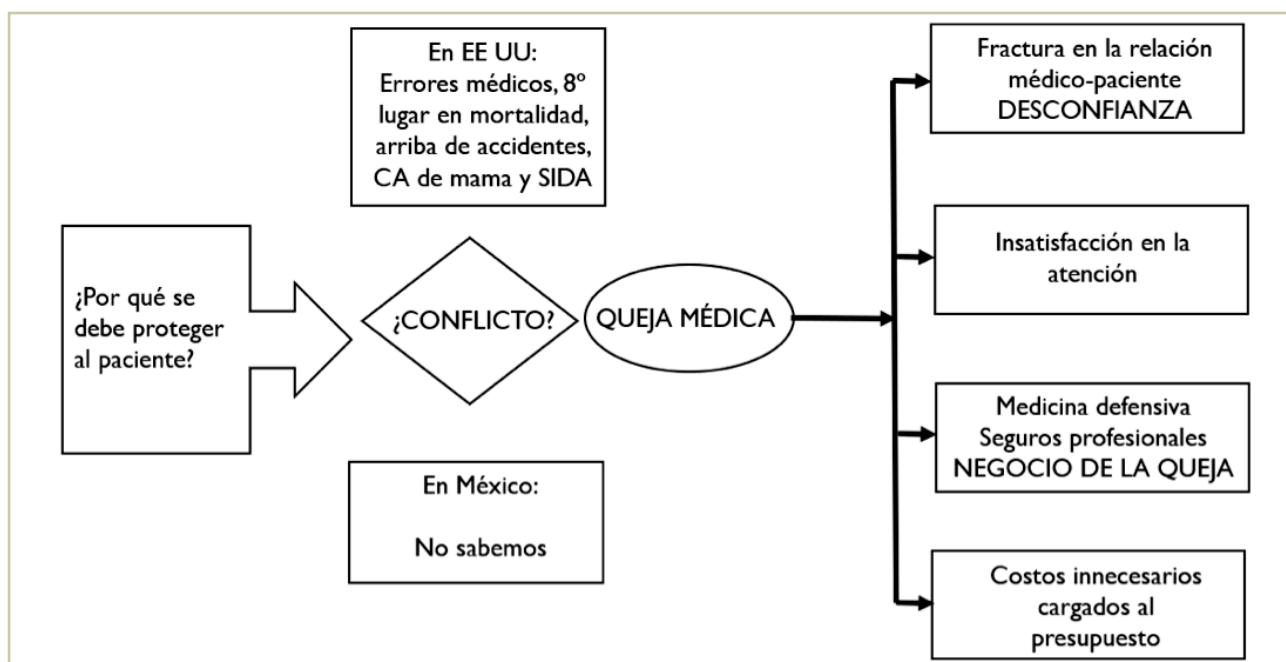


Figura 1. Diagrama relativo al transcurso de la queja médico

Fuente: Armendáriz (2007).

vinción de un mediador para racionalizar este proceso, antes de caer en esa última e indeseable condición de emergencia del conflicto.

En este diagrama existe además un contexto que rodea a la “queja” y que, en un extremo, tiene que ver con una interpelación ética en el saber del médico “¿por qué y para qué proteger al paciente?” y se agregan datos que, desde una cultura de la calidad de la atención, hacen justificable atender la queja del paciente: Estados Unidos ocupa el 8º lugar en mortalidad por errores médicos, y se subraya que en México no se tiene la información al respecto.

Como se puede apreciar, este diagrama de input-output de la “queja médica” propuesto por Armendáriz (2007), nos permite conocer el campo de visibilidad en que el médico inscribe el problema de la “queja médica” el cual, desde nuestra perspectiva, obvia un momento clave, inaugural en este asunto, a saber: la «demanda del paciente», que aquí debemos entender no en un sentido legaliforme, sino en lo que podemos considerar un sentido más bien subjetivo-simbólico como una petición o esperanza, que la inscribe en el entrecruce de la “necesidad” y el “deseo”.

Se trata de poner el acento en la respuesta a la pregunta *¿por qué y para qué proteger al paciente?*, pero asumiendo que la respuesta no debe buscarse únicamente del lado del saber médico sino, además, y de manera muy importante, del lado de las expectativas y necesidades reales del paciente.

Para que sea perceptible el alcance de nuestra propuesta, debemos aclarar en primer lugar el sentido de nuestros términos. Siguiendo a Lacan (1957), la necesidad se encuentra más cerca de un registro biológico, y refiere aquellas insuficiencias o carencias que precisan satisfactores específicos –así el hambre, en su sentido genérico, precisa de alimento para ser satisfecha o colmada– pero esta necesidad debe ser apalabrada para darse a conocer al otro que funge como auxiliar y, al articularse en palabras, se convierte en demanda. De ese modo, la demanda se encuentra cerca de la expectativa, el interés, la solicitud, o como precisa Evans (1997), “los términos franceses *demandar* y *demande* no tienen las asociaciones de exigencia y urgencia que suscita la palabra «demanda» y está más cerca de «pedir» y «pedido»”. En este sentido la demanda también se vincula al deseo, pues la demanda que se satisface es además –en un registro simbólico– una prueba de amor, y precisa Evans (1997), que esta doble función de la demanda da origen al deseo, “...puesto que las necesidades que la demanda expresa pueden satisfacerse, pero el anhelo de amor es

incondicional e insatisfactorio: por lo tanto persiste como un resto aun después de satisfechas las necesidades: este resto constituye el deseo”.

Cuando decimos, entonces, que lo que falta en el circuito de la queja médica propuesto por Armendáriz (2007) es la demanda, estamos introduciendo un momento que precede no sólo a la queja como tal, sino incluso al momento de la atención médica propiamente dicho –ya sea hospitalaria, clínica o de consultorio privado– que se sitúa en las expectativas de atención del paciente, en la forma en que se articula la necesidad y el deseo a la demanda de atención médica específica. Ahí esta demanda establece un haz simbólico con distintos significantes: la esperanza, la expectativa, los intereses, la confianza, la penuria, la falta, la ilusión, el anhelo, la solicitud, entre otros.

La operación que aquí realizamos supone introducir una temporalidad más larga para el estudio de la queja médica, lo cual implica también formalizar una estación inicial, la cual podemos designar como el momento de la *formulación o enunciación de la demanda-solicitud de atención médica* y que, como arriba se argumentaba, articula la necesidad –representante del padecimiento o enfermedad– con el deseo –como deseo de recuperar la salud y de garantizar la vida–; se trata entonces de una demanda como *demanda de amor médico*.

Se asume entonces que la introducción de esta estación o momento previo a la atención y a la queja, como *tiempo de la formulación de la demanda de atención*, es un momento clave para la orientación del médico en relación con la expectativa del paciente, de aquello que se juega en el imaginario social y que atribuye un rol específico al médico pero, más allá, informa acerca de la calidad de atención solicitada y acerca de los límites de la frustración o decepción de no ser cubierta esta expectación o esperanza y anhelo. Desde ese lugar, esta demanda-solicitud que precede a cualquier reclamo o queja, requiere nuestra comprensión pues en ella se movilizan los ideales, intereses, deseos y esperanzas del solicitante –en este caso, el paciente– y asumimos que, de conocerlos con anterioridad, o de reconocerlos como ideales y criterios de su praxis, el médico puede regular las características de su atención tanto en un sentido técnico-instrumental, como en el sentido ético-humanístico.

## Método

Para la obtención de la información en el presente trabajo, se siguió una estrategia de investigación

narratológica, en donde el relato de los entrevistados permite construir una representación del orden de la demanda de atención, que responde a criterios de “claridad”, “verosimilitud” y “transferibilidad” (Connelly y Clandinin, 1995), para lo cual se obtuvo la narrativa de una muestra por conveniencia de 67 estudiantes del pregrado odontológico, a través de una entrevista a profundidad y mediante dispositivos electrónicos a distancia.

Desde ese lugar, el presente trabajo evalúa la demanda de atención del paciente, atendiendo a 6 dimensiones específicas: 1. la posición del sujeto ante la atención médica; 2. enunciación de conceptos y valores para cualificar y ponderar la atención médica; 3. la experiencia de malos procedimientos y las consecuencias de una deficiente atención médica; 4. la enunciación de experiencias de una atención médica eficaz y excelencia humanística; 5. los criterios de desempeño del rol médico a partir el discurso del paciente; 6. los motivos o causales de demanda desde la perspectiva del paciente.

La información fue sistematizada de modo que se pudieran recuperar los conceptos, valores, juicios, ideales y roles asignados, atendiendo a los modos de enunciación característicos de los participantes entrevistados, así como la selección de episodios de la narración, correspondientes a las vivencias y experiencias personales como consecuencia de la exposición a diferentes tipos de atención médica, conforme a diversas afecciones padecidas por ellos mismos o sus familiares.

## Resultados

Los resultados muestran la manera en que los pacientes proceden a articular un discurso específico –basado en sus experiencias y juicios personales– en relación con cada una de las dimensiones evaluadas.

La primera de estas dimensiones, la *posición del sujeto ante la atención médica*, permite situar la demanda del sujeto en un eje que va de la técnica biomédica a la ética humanística, es decir, la exigencia de *calidad de la ejecución* se articula con las *características del trato*. Desde ese lugar en que se articula la demanda de atención, el sujeto aparece como un solicitante cuya condición él reconoce precaria, pues se encuentra enfermo, vulnerable, necesitado de escucha, y en ocasiones carente de otro recurso, por lo que la demanda, como demanda de amor (médico), construye un destinatario: se dirige a aquél con capacidad resolutoria, capaz de hacer un diagnóstico y un tratamiento acertado,

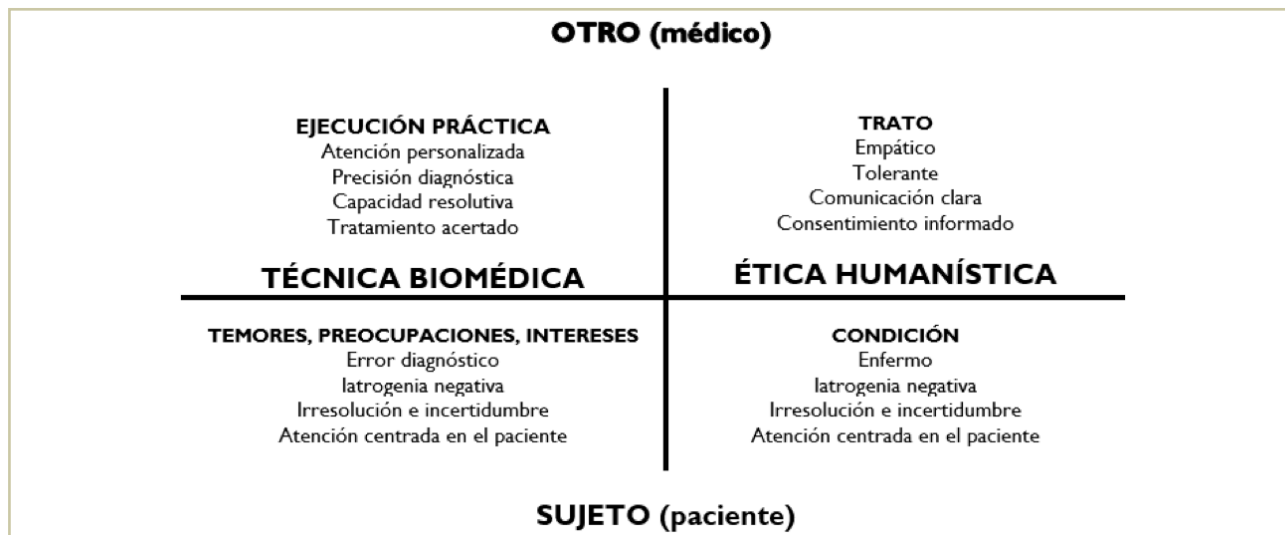
que centre su mirada en el paciente y que además se muestre empático, le tome parecer al paciente acerca de cualquier tipo de intervención y sea capaz de revelar la verdad en juego sobre su enfermedad (Figura 2).

La segunda *dimensión*, refiere la *enunciación de conceptos y valores para cualificar y ponderar la atención médica*; podemos notar que, al atender este tópico, se vierten de una parte conceptos y, de otra parte, valores. Los conceptos apuntan a una definición del *significado de calidad del servicio*, en tanto que la valoración apunta a la *idealidad de dicho servicio*. Desde ese lugar, podemos notar que la demanda articula lo que el paciente sabe, conoce o cree, acerca de lo que pueda ser la calidad de la atención médica, es decir, su demanda supone una cierta comunidad epistémica que ha inducido un interés en saber que sea lo mejor; puede también llegar a creer en algo sin contar con evidencias y aproximarse a ciertas conjeturas que coinciden con la verdad, pero de manera más importante, podemos notar que la base de sus razones para establecer qué pueda ser una atención de calidad se centra en su experiencia empírica, en las vivencias personales que atañen a su persona o seres queridos, lo cual le confiere un estatuto de verdad a su discurso. De ese modo, sus conceptos aparecen como unidades cognitivas de significado, las cuales permiten alcanzar una definición de la atención médica de calidad, mientras que las valoraciones implican un tipo de juicio, relativo a la serie de cualidades que le confieren un carácter de apreciable o no a la atención médica que ha recibido (ver Cuadro 1).

Al situar la responsabilidad médica Ríos y Fuente (2017), señalan que:

La protección de la salud es un derecho que tiene que ser velado por las instituciones del ramo y de todo su personal con el objetivo de brindar una atención médica de manera profesional y éticamente responsable, en condiciones de respeto y dignidad; por lo que si en su actuación omitieren hacer esto serían sujetos de una responsabilidad jurídica.

La *dimensión 3* evaluada en el presente estudio, está referida a la experiencia de malos procedimientos y las consecuencias de una deficiente atención médica, y nos permite notar que el ámbito de la salud ha devenido muy importante en el orden público al grado que desde, lo que Armendáriz (2007) denomina el “negocio de la queja”, se tipifican las fallas o negligencias médicas –acciones u omisiones– que “pueden llegar a marcar la vida del particular e incluso provocar defunciones”.



**Figura 2. Posición del sujeto en relación con la atención médica**

Fuente: Elaboración propia.

Condiciones de representación: el eje de las abscisas sitúa las expectativas de la calidad de la atención entre la técnica biomédica y la ética humanística, y el eje de las ordenadas va del sujeto (paciente) al otro (médico) y muestra la condición del paciente y el ideal del médico en su ejercicio profesional.

Se precisa al respecto: “entre las causas más comunes de negligencias reconocidas por los tribunales, que generan con mayor frecuencia el reclamo y la obligación de indemnizar”, se encuentran las siguientes: a) la impericia: implica un tipo de negligencia que “...se produce cuando el profesional que atiende tiene conocimiento o habilidad escasa para poder interpretar los signos y síntomas y no puede hacer un buen diagnóstico... o tiene escasa formación para poder realizar alguna intervención quirúrgica o terapéutica”, b) imprudencia: cuando el médico actúa de forma aventurada y considera que el cuadro clínico que presenta el paciente no tiene la importancia que realmente tiene. Además puede tener la percepción de que las complicaciones de carácter grave no van a ocurrir y no tomar medidas para prevenirlas; c) error en intervención quirúrgica: se produce como consecuencia de una mala práctica de la persona o equipo que interviene, generando daños o lesiones; d) error en diagnóstico: se tipifican como variantes de este tipo de negligencia, la falta de empleo de medios y recursos o que no hayan usado todos los medios posibles para obtener un diagnóstico; si el médico retrasa hacer pruebas para saber lo que se padece, acarreando consecuencias en la recuperación y, finalmente, si como consecuencia de retrasar el diagnóstico ya no se puede aplicar un tratamiento que hubiera rehabilitado; e) prescripción inadecuada de medicamentos: cuando la medicación inadecuada haga

que empeore la situación del enfermo o que no avance la recuperación; f) falta de consentimiento informado: cuando no se informa de los riesgos típicos de un tratamiento o intervención; g) error en cirugía estética: se subraya la gran cantidad de “falsas clínicas” con personal no cualificado y titulación falsa que se dedica a practicar operaciones incurriendo en mala praxis en una operación estética causando lesiones o daños; h) infecciones hospitalarias, intrahospitalarias o nosocomiales: son las que se contrae dentro del propio hospital, incluye el uso de objetos que no están debidamente esterilizados y transmiten alguna infección o enfermedad; i) transmisión post-transfusional de enfermedades infecciosas: se producen cuando al practicar una transfusión se transmite alguna enfermedad o infección, en este caso, se puede solicitar una indemnización por daños; j) lesiones perinatales y las sufridas por la madre en el parto: abarcaría tanto las que pudiera tener la madre como las que afecten al bebé.

A continuación, en el Cuadro 2 se describen las vivencias de los participantes de este estudio, las cuales relatan malos procedimientos y el tipo de consecuencias derivadas de ello.

En Ríos y Fuente (2017) encontramos que las categorías de la responsabilidad profesional médica se encuentran más acotadas conforme a una tipología de carácter legal: a) impericia: es la ignorancia inexcusable; b) imprudencia: es la actuación temeraria y/o pre-

**Cuadro 1. Conceptos y valores para cualificar y ponderar la atención médica**

Conceptos	Valores
Inmediatez, cuidado, limpieza y seguridad	Buen trato
Equipamiento y personal capacitado	Amabilidad
Buena atención	Ética
Seguridad, eficacia y adecuación	Trato adecuado
Equipamiento y precisión	Buen trato, amabilidad y claridad
Prontitud, seguridad y efectividad)	Compromiso y probidad
Profesionalismo y limpieza	Responsabilidad
Atención expedita y puntualidad	Consideración, amabilidad y humanismo
Integralidad y eficacia	Humanitarismo y comunicación
Tratamiento eficaz	Amabilidad y responsabilidad
Atención oportuna y seguimiento	Empatía y vocación
Seguridad, certificación y eficacia	Cordialidad y comunicación
Precisión diagnóstica y medicación de calidad	Disposición y buena actitud
Brindar información y garantizar la recuperación	Cordialidad, respeto y responsabilidad
Conocimiento y pericia	Atención expedita y trato respetuoso
Capacidad de resolución y atención adecuada	Beneficencia
Preparación y profesionalismo	Cordialidad, comunicación y disposición
Recursos necesarios	Apertura y eficacia
Atención eficaz, segura y centrada en el paciente	Disponibilidad y comunicación
Insumos necesarios y personal adecuado	Atención esmerada, cordialidad y diagnóstico esclarecedor
Atención oportuna, precisión diagnóstica y tratamiento eficaz	Atención respetuosa
Rapidez y completitud	Cuidado y esmero
Personal eficiente, recursos necesarios y capacitación	Prudencia y asiduidad
Limpieza, organización y responsabilidad	
Personal suficiente y recursos necesarios	
Organización y apego al manual de procedimientos	
Valoración integral y evaluación antecedentes heredofamiliares	
Atención integral, personalizada y tratamiento eficaz	
Infraestructura y equipamiento	
Precisión diagnóstica	
Evaluación precisa y opciones de tratamiento	

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Se reproducen los sintagmas de expresión enunciados por los participantes y los cuales pueden contener desde uno o más conceptos o valores implicados en la definición o ponderación de la atención médica.

cipitada; c) negligencia: es la omisión o demora injustificada en la actuación del médico, o la actuación perezosa, con carencia o de constancia profesional; d) inobservancia de reglamentos o normas: es el incumplimiento de reglamentos específicos de la institución y las reglas del servicio, así como de principios éticos de la medicina y los derechos del paciente. Precisan que la responsabilidad profesional de un médico la podemos encontrar regulada en diversas legislaciones a saber: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Código Penal Federal; Código Civil Federal; Ley General de Salud; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaría de Salud; Ley General de Profesiones, y la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

En nuestros resultados, algo que resulta característico en la apreciación de los participantes de este estudio en relación con el mal proceder, es la valoración de la dimensión humanística, es decir, al trato cordial o no cordial por parte del médico, adicionalmente a la indiferencia, los malos tratos, la inoperancia administrativa, la temporalidad larga de espera y dilación para ser atendido, así como la falta de compromiso, que si bien no están tipificados como negligencia o inobservancia de reglamentos o normas, aparecen como criterios de evaluación de la calidad del servicio y como formas de un reclamo ético desde el discurso de los usuarios.

La *dimensión 4* se refiere a la enunciación de experiencias de una atención médica eficaz y excelencia humanística. Podemos considerar que las vivencias positivas construyen la idealidad de la atención médi-

## Cuadro 2. Malos procederes secuelas y consecuencias de una deficiente atención médica: vivencias personales

### Malos procederes efectos y consecuencias

---

Fallecimiento del paciente por negligencia y falta de recursos
Cobro por servicios gratuitos (de ambulancia)
Inoperancia en casos de emergencia y prescripción inadecuada (alergia)
Error diagnóstico (no era esa enfermedad)
Negligencia y error diagnóstico
Apatía y desinterés
Prescripción inadecuada y falta de comunicación
Inoperancia administrativa (formarse un día antes para poder obtener ficha)
Falta de humanismo
Error diagnóstico, error quirúrgico, impericia (agravamiento de la enfermedad)
Aplicación de medicamento incorrecto
Error diagnóstico y 2 tratamientos erróneos (al final resultó con COVID)
Maltrato y mala actitud
Incumplimiento en los servicios de transporte médico
Negativa de servicio por saturación
Iatrogenia negativa (al aplicar intravenosa)
Inoperancia administrativa y gran demora para atender una emergencia
Error diagnóstico e impericia (se diagnostica gastritis tratándose de cáncer)
Tratamiento impropio (desgaste articulación rodilla)
Inoperancia administrativa y maltrato
Desinterés e indiferencia
Falta de compromiso, malos tratos e impericia (presenta tos y fiebre y la médico dice que no tiene nada... sale del consultorio y al regresar le dice que era urgente que le llevaran a quirófano porque debían retirarme un riñón)
Negligencia, impericia y desatención
Error diagnóstico y atención morosa
Negligencia, impericia e inoperancia (presenta urticaria en la cara y torso, no informan nada de lo que pueda tener y no prescriben medicamento alguno)
Inoperancia y atención morosa (le hacen esperar más de 5 horas en la sala de espera)
Negligencia e indiferencia (no realiza inspección y simplemente escribió lo que supuestamente tenía)

---

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Luego de la descripción del mal proceder, se indica entre paréntesis la consecuencia de tal atención deficiente, en aquellos casos en que fue establecida por los participantes.

ca bajo expectativas objetivas, en la medida en que persisten como lo memorable, con una valoración alta y como algo que establece una especie de ranking, cuyo rango superior se inscribe en atención de calidad sobresaliente y de un trato digno y honesto. Se puede notar también que la valoración apunta al proceso de la atención médica en extensión: tanto a los procedimientos diagnósticos; procedimientos preventivos, terapéuticos, administrativos, derivaciones y seguimiento (Cuadro 3).

La *dimensión 5*, describe los criterios de desempeño del rol médico desde el discurso del paciente. El desempeño del rol médico ha sido formalmente establecido como: ayudar a sus pacientes en todas las fases del proceso, promocionando la salud, previendo la enfermedad, curando o aliviando los síntomas, recuperando o rehabilitando funciones y acompañando en las fases finales de la vida (Franco, 2015; Barbaza, 2022).

El rol en general, es descrito en la mayoría de los currículos, con base en competencias profesionales que los médicos deben poseer y ejercer: conocimiento y aplicación de las ciencias biomédicas, socio médicas y clínicas en el ejercicio de la medicina; habilidades clínicas de diagnóstico, pronóstico, tratamiento y rehabilitación; profesionalismo, aspectos éticos y responsabilidades legales; promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Actuar en conjunto con otros profesionales, el paciente, la familia y la comunidad, para establecer una acción integral en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la restitución de la salud y la rehabilitación, preocupación irrestricta por la calidad de su actividad y crecimiento profesional, que a la par de su conducta, estarán siempre respaldadas por principios éticos y humanísticos.

El Cuadro 4 muestra la serie de criterios de desem-

**Cuadro 3. Experiencias de atención médica eficaz y excelencia humanística**

Experiencia	Criterios de aprobación
Atención de su padre por derrame cerebral	pericia, eficiencia y acierto
Abuelo diabético accidentado por quemadura al que le tienen que amputar 3 dedos del pie. La atención de su médico particular fue bastante buena, ya que en su seguro social correspondiente (IMSS) le querían dar una solución más arriesgada	pericia, prudencia y eficacia
<i>Hay doctores muy buenos, que realmente han ayudado mucho a mi salud</i>	profesionalismo y pericia
<i>Mi hermana tuvo COVID-19 y el médico que la atendió fue eficaz, tuvo paciencia en todo momento, respetó las decisiones de mi hermana y le dio el tratamiento que mejor se adaptó</i>	eficacia, consentimiento informado, pericia y prudencia
<i>La doctora que atendió fue muy honesta hablando del presente y de los hechos que sucederían a futuro, explicó el motivo de cosas necesarias como radiografías, así como de medicamentos y demás gastos. Fue honesta, segura y confiable</i>	comunicación, consentimiento informado, honestidad y confiabilidad
<i>El doctor me explicó con santidad y seña mi enfermedad</i>	comunicación y diagnóstico preciso
<i>Cuando mi mamá estaba por parir le recomendaron que se pusiera del lado izquierdo para que no tuviera tanto dolor al momento de las contracciones</i>	supervisión y asesoría
<i>Al ir al pediatra, al tener problemas para respirar ya que tenía problemas de asma, me atendieron desde que ingrese al ponerme todo lo que necesitaba, me dieron agua, me atendieron bien, chequeo general, etc.</i>	cordialidad, atención esmerada y valoración exhaustiva
<i>En un accidente automovilístico me brindaron atención médica rápida y con un buen plan de tratamiento</i>	eficiencia, puntualidad y precisión
<i>Cuando transfirieron de hospital debido al incidente del retiro de puntos, el nuevo doctor que me retiró los clavos (por fractura) fue muy amable y cuidadoso, hizo lo posible por hacerme sentir cómoda y no tener miedo</i>	cordialidad, cuidado, solicitud y esmero
<i>Pues fui al médico por una dermatitis y me supo diagnosticar muy bien y dar un buen tratamiento</i>	diagnóstico acertado y tratamiento eficaz
<i>Nuestro médico familiar brinda una atención eficaz y rápida para un tratamiento, y valora la condición de los pacientes en todos los sentidos, y ayuda a los que no tienen recursos</i>	eficacia, puntualidad y altruismo
<i>La atención de un quiste de la forma más rápida para prevenir daños</i>	atención oportuna y eficaz
<i>Nos dijo lo que teníamos, nos dio opciones para poder salir del problema, siempre con buena actitud y dando seguimiento a nuestro problema antes y después</i>	comunicación, consentimiento informado, buena actitud y seguimiento
<i>El médico fue empático y paciente</i>	empatía y paciencia

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Se incorpora la descripción literal del episodio narrado y se agregan los criterios que califican la actuación del médico que brinda la atención.

peño del rol médico, desde la perspectiva de los estudiantes del pregrado entrevistados.

Como se puede apreciar en el discurso de los participantes de este estudio, el desempeño del rol del médico incorpora en su caracterización y de manera adicional a la típica definición curricular, criterios para determinar la posición actitudinal del médico: “hacer las cosas con gusto...”, “interesado en la salud de su paciente”, dominio de sus competencias profesionales: “suficientes conocimientos profesionales”, “saber lo que está haciendo estando en práctica”; autorregulación y control emocional: “capaz de manejar un alto nivel de estrés como parte de su carrera”, y “capaz de empatía y de valorarse a sí mismo para evolucionar en su trato”; y responder a estándares ético humanísticos: “ser médico implica una responsabilidad tanto

ética como humanística” y “atender a las personas con ética profesional”, y finalmente una perspectiva social: “tratar de cuidar la buena salud de la población” y “otorgar a cualquier paciente, de cualquier clase social una atención de calidad”.

Finalmente, la *dimensión 6* nos habla de los motivos o causales de demanda desde la perspectiva del paciente; se debe hacer notar de manera inmediata, que hacer una queja o establecer una denuncia formal, no se encuentra entre las intenciones iniciales de los participantes entrevistados, pues su preocupación se centra en recuperar la salud, pero es bajo esta apuesta o iniciativa de obtener una atención de calidad que la frustración, privación, malogro, infortunio, revés o decepción de no encontrar una atención médica con una calidad a la altura de sus expec-



**Cuadro 4. Criterios de desempeño del rol médico desde el discurso de los pacientes****Criterios de desempeño enunciados**

Brindar atención y conocimiento  
 Tratar de cuidar la buena salud de la población  
 Corregir lo que le falló  
 Suficientes conocimientos profesionales  
 Hacer las cosas con gusto y como debe de ser  
 Ser profesional  
 Otorgar a cualquier paciente, de cualquier clase social una atención de calidad  
 Ayudar a quien lo necesita y no buscar sólo su beneficio personal  
 Hacer bien su trabajo para no acumular mala reputación  
 Saber lo que está haciendo estando en práctica  
 Atender a las personas con ética profesional  
 Haber estudiado y el interés y la capacidad de lo que puede realizar  
 Interesado en la salud de su paciente  
 Perfeccionar constantemente aspectos para mejorar como médico y como persona  
 Un buen médico hace su trabajo de buena forma  
 Hacer un trabajo eficiente y recomendable, para no desmeritar el trabajo de los demás compañeros de profesión  
 Brindar un buen servicio, hacer un trabajo digno y eficaz para el paciente  
 Al trabajar en el área de la salud nos comprometemos a dar servicios de calidad  
 Hacer bien su trabajo  
 Mostrar vocación  
 Le apasiona su profesión y no sólo lo hace por dinero  
 Ser muy profesional al formar parte del área de la salud  
 Interesarse por el paciente y no sólo hacer su trabajo por el dinero  
 Inspira confianza y seguridad, y está preparado  
 Proveer de atención médica, la cual no puede ser a medias  
 Ser médico implica una responsabilidad tanto ética como humanística  
 Le gusta su trabajo  
 Crea un lazo de confianza  
 Brinda la debida atención, paciencia, amabilidad y dedicación  
 Capaz de manejar un alto nivel de estrés como parte de su carrera  
 Apto para prepararse cada vez mejor, conocer sus errores para seguir adelante  
 Paciente o tolerante  
 Presta atención a los malestares del paciente  
 Le provee al paciente de un lugar donde pueda sentirse seguro o en confianza de que será tratado como se debe o de qué estar ahí lo ayudará  
 Capaz de empatía y de valorarse a sí mismo para evolucionar en su trato

Fuente: Elaboración propia.

Nota: La atribución del rol al médico como personaje social que aporta un servicio profesional dirigido a la preservación y cuidado de la salud se encuentra establecido de manera inequívoca desde la percepción de los pacientes entrevistados.

tativas y necesidades, hace que la reacción a este nivel se legitime y cobre un estatuto de: hacer justicia frente al perjuicio recibido o al beneficio suprimido, en relación a eso que es el bien en juego, la salud (Cuadro 5).

Encontramos entonces que, frente a la interrogante acerca de si ellos demandarían a un médico o a una institución de servicios de salud por un mal servicio o daño a su persona, el 100% opinó que sí y, como se puede observar en el Cuadro 5, se movilizaron argumentos que van desde intereses egoístas: "Sí, porque estarían poniendo en riesgo mi salud", la atribución

de un derecho a la salud: "Porque tenemos derecho a ser atendidos correctamente..."; la ubicación de la responsabilidad médica: "Porque es la responsabilidad de ellos qué en la cuestión de los casos, no empeore la enfermedad y/o no muera la persona por esta razón", y su vocación: "Sí, pues se preparan para tratar de brindar el mejor servicio, y no es justo para el paciente recibir malos tratos o daños en su salud", hasta la enunciación de los principios éticos que instituyen la praxis médica: "Sí, porque su obligación y deber como médico es siempre ayudar y no perjudicar", y la apelación a su profesionalismo y prepara-

**Cuadro 5. Motivos o causales de demanda desde el discurso de los pacientes****Causales de demanda**

Porque habrá tenido una consecuencia en mi persona

Sí, porque puede estar dañando mi salud y por lo tanto corre en riesgo mi vida

Por no tener el cuidado adecuado

Dependiendo del mal servicio que se dé, porque es un servicio que nos debería de ayudar, no perjudicar

Porque en vez de ayudar, pueden llegar a dejar peores daños permanentes

Sí, ya que una persona se acerca a un doctor para curar su malestar y, si este no trabaja con profesionalismo y termina haciendo un daño, significa que no está lo suficientemente preparado para tratar pacientes

Sí, porque está haciendo mal su labor, y puede ser que ya haya afectado a otros pacientes, y con esto se puede evitar que perjudique a más personas

Porque estarían poniendo en riesgo mi integridad/salud

Porque es la responsabilidad de ellos qué en la cuestión de los casos, no empeore la enfermedad y/o no muera la persona por esta

Dependiendo si es un daño grave, porque son cosas que no se pueden tomar a la ligera

Porque un médico debería de ayudar a las demás personas, más no perjudicarlas

Los servicios médicos en México son caros, además de que puede estar tu vida de por medio y estas confiando tu integridad a una persona que no conoces, y supuestamente tiene un juramento por cumplir y recibir un mal trato o daño por su parte no sería soportado

Si pues se preparan para tratar de brindar el mejor servicio, y no es justo para el paciente recibir malos tratos o daños en su salud.

Porque tenemos derecho a ser atendidos correctamente, y puede que si cometen algún error o negligencia haya consecuencias grandes para nuestra persona físicamente

Por qué eso es negligencia y es mi integridad

Claro que sí porque es una vida la que se está poniendo en riesgo

Porque quisiera que no repitiera sus errores con alguien más, incluso llegándolos a afectar más que a mí

Porque todos deberían ser atendidos con responsabilidad y de buena manera sea la clase social que sea deben ser tratados igual y todos merecen el derecho de una buena salud y buen servicio

porque es un derecho tener acceso a un servicio médico de calidad

Muy probablemente sí, puesto que si se derivan más daños comprometerían mi bienestar físico, puede que sean irreversibles o no, pero aun así se supone que vamos a consulta para recibir un tratamiento y limitar el daño, no para agravarlo.

Porque estoy entregando mi integridad en sus manos, se supone que son gente preparada para tener los mínimos fallos

Porque al ser profesionistas ellos tienen la responsabilidad de evaluar los riesgos y evitar a toda costa una complicación

Las negligencias médicas deben ser demandadas

Porque estoy pagando por un servicio que involucra a mi persona, claro hay de errores a errores pero que dañen mi integridad es inaceptable

Pueden poner en riesgo mi salud y mi integridad física y emocional

Sí, porque su obligación y deber como médico es siempre ayudar y no perjudicar

Sí, porque para mí la salud es una prioridad y no me gustaría un daño hacia mi persona por negligencia o mal servicio

Sí, porque estarían poniendo en riesgo mi salud

Si es algo que me afecte gravemente sí lo haría, porque tal vez no sea la única ni la última a la que le pasa

Sí, porque es mi salud y con ella no se juega

Si el daño es tan grave como poner en riesgo mi vida sí lo haría

Porque se trata de mi salud y bienestar, así como de mi familia o alguna otra persona

Sí, porque como personal de salud, se debe brindar o tratar de hacerlo, con la mayor calidad posible; la idea no es culparlos de algo que no esté en sus manos, sino en decir que sí lo haría si por culpa de una ignorancia de por medio, mi integridad está en riesgo, porque son cuestiones con las que como personal de salud, desde que estudiamos aprendemos a detectarlas y evitarlas a toda costa para evitar situaciones así o más delicadas incluso. Hay excepciones claramente, pero para las excepciones hay niveles y oportunidades

Fuente: Elaboración propia.

ción: “Sí, ya que una persona se acerca a un doctor para curar su malestar y, si este no trabaja con profesionalismo y termina haciendo un daño, significa que no está lo suficientemente preparado para tratar pacientes”.

## Conclusiones

Como han puesto de relieve Bankauskaite y Saarema (2003), la importancia de un estudio de la queja médica, radica en que:

Durante los últimos 20 años, la calidad de los servicios de salud se ha convertido en un tema importante y la satisfacción del consumidor ha sido reconocida como un factor que contribuye a la calidad de la atención. A pesar del acuerdo sobre la importancia de las opiniones de los consumidores para los esfuerzos por mejorar la calidad de la atención médica, todavía hay evidencia limitada sobre los mecanismos que miden de manera más efectiva las opiniones sobre la calidad de la atención médica.

En el presente estudio, hemos apostado por una temporalidad más larga para el estudio de la queja médica mediante la introducción de una estación o momento precedente a la atención, al conflicto y a la queja, y que hemos descrito como: *tiempo de la formulación de la demanda de atención*. Consideramos éste como momento clave una vez evaluado, para la orientación del médico en relación con las expectativas del paciente –de aquello que se juega en el imaginario social como idealidad de la atención y que atribuye un rol específico al médico– dado que informa acerca de los criterios que las personas esgrimen para juzgar la calidad de atención solicitada y de los límites de la tolerancia o frustración, pues de no ser cubierta esta necesidad, esperanza y anhelo, abre la puerta a la queja o demanda como reacción legítima del paciente-usuario.

También, hemos considerado que este momento precedente relativo al *tiempo de la formulación de la demanda de atención*, coincide con la interpelación ética en el saber del médico “¿por qué y para qué proteger al paciente?” –formulada por Armendáriz (2007) en su aproximación a la queja– y que la respuesta no sólo se debe buscar del lado del médico, sino de manera más importante del lado del paciente; esto implica que el paciente posee un saber propio, que es una mezcla de creencias, conocimientos y saberes, pero que se fundan en vivencias o experiencias de atención médica y

que le permiten estructurar un juicio o ponderación del servicio recibido.

Si desdoblamos esta interrogante, lo primero es *por qué proteger al paciente*, y la respuesta se encuentra en la condición inicial del paciente: se trata de un *sufriente*, pues se encuentra enfermo, vulnerable, necesitado de escucha, y en ocasiones carente de otro recurso –pues ya ha agotado los medios a su alcance y se ha convencido que su malestar lo rebasa– por lo que la demanda, es una demanda de amor, como demanda de amor (médico). El enigma de esa interrogante se extiende, en segunda instancia hacia la agencia patogénica: ¿de qué proteger al paciente? supone que el médico debe protegerlo del ambiente, de los contagios, de sus hábitos alimentarios, de sus prácticas sexuales, de su ignorancia, descuido y, en general, de todo aquello que le afecta, daña o perjudica o degenera. Pero esto no es nada nuevo, incluso es lo más obvio y elemental en el saber médico, entonces ¿por qué relanzar la pregunta, frente a eso que ya se sabe? Podemos asumir que no se trata de una *petitio principii*, sino de la necesidad de reactualizar su compromiso con todo paciente una y otra vez, con cada generación, con cada cambio de época, con cada resignificación del sentido de lo propiamente humano. El médico se asume así entre la contingencia y la necesidad  $\tau\upsilon\chi\eta$  /  $\alpha\nu\alpha\gamma\chi\eta$  entre el *acaso* y lo axiomático, por tanto, está llamado a interceder en el devenir azaroso o caótico de lo humano para introducir un cierto orden, confianza y certidumbre.

La tarea y la responsabilidad del médico resulta entonces muy vasta, compleja y permanente, cosa que no deja de reconocer el paciente, pues el nivel de sus expectativas está en función de la medida de su confianza hacia lo que el médico puede, de ahí que su primer movimiento no implica el deseo de conflictuarse con él, ni de establecer un reclamo o queja, sino de recibir un *don*, cuya atribución o jurisdicción se juega –tomando como par de referencia aquél propuesto por Ricoeur (1993), en su *Amor y justicia*– en la “dialéctica de lo «bueno» y lo «legal»”, *economía del don* en la que el médico debe saber lidiar, con las altas expectativas y la violencia de la frustración de su paciente.

Adicionalmente, y como advierte Armendáriz (2007), el “negocio de la queja” ha venido a pervertir esta *economía del don*, donde la salud es el *agalma* en la relación médico-paciente. La amenaza constante de la pesquisa o provocación del error, por parte de supuestos usuarios –ya advertidos o posiblemente entrenados– ha puesto a la defensiva al médico, quien, antes de exasperar por el nivel de su calidad o

experticia, limita o circunscribe –en esta *economía del don*– su ratio de acción (PER). Invertir en lo seguro, hacer únicamente lo suficiente y necesario y delegar la responsabilidad al especialista en turno, donde la fragmentación de las responsabilidades disminuye los compromisos y bifurca las expectativas del paciente, dejando a salvo al médico individual de asumir la responsabilidad absoluta.

No obstante, podemos concluir que, en ese *tiempo de la formulación de la demanda de atención*, lo que se expresa por todo paciente no malintencionado, es una demanda de amor médico, que construye un ideal de la atención y, su reconocimiento, hace posible la construcción una nueva sensibilidad del médico y la posibilidad de autorregulación de su actividad profesional.

## Referencias

- Armendáriz, Z. D. (2007). *Queja médica elemento de gestión de calidad en la atención hospitalaria*. Quinto Foro Nacional de Calidad, Protección al Paciente y Calidad de la Atención. Septiembre 20 de 2007.
- Bankauskaite, V. y Saarelma, O. (2003). Why are People Dissatisfied with Medical Care Services in Lithuania? A Qualitative Study Using Responses to Open-Ended Questions. *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 15, Issue 1, February 2003, Pages 23-29.
- Barbaza, R. O. (2018). *Rol del médico en un programa de salud en la comunidad*. Trabajo presentado en el XI Congreso Nacional de Hospitales.
- CONAMED (2017). Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Boletín CONAMED* Opus No. 15, Número completo. Recuperado de: <http://www.conamed.gob.mx> > boletin
- Connelly, F.M. y Clandinin, D.J. (1995). Relatos de experiencia e investigación narrativa. En *Déjame que te cuente. Ensayos sobre narrativa y educación*. Barcelona: Ediciones Laertes.
- Estándares para certificar hospitales (2015). Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad. México, Segunda Edición
- Evans, D. (1997). *Diccionario introductorio al psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, C. S. (2016). Qué es y cuál es la importancia de la queja médica. *Boletín CONAMED*, Opus 8, septiembre-octubre, 2016, págs. 27-29.
- Fernández, C.S. y Rizo, A.J. (2018). El arbitraje médico y las quejas concluidas relacionadas con la población de menores de 15 años durante el periodo 2011-2015. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. Vol. 75, No. 3 México mayo/junio, 2018.
- Franco, G. A. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 33 (3): 414-424. doi: 10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11
- Hernández, F.T., Santacruz, V.J., Gómez, B.E. y Aguilar, R.M. (2008). La queja médica: elemento para el fortalecimiento de la seguridad de los pacientes. *Revista CONAMED*, Vol. 13, abril-junio 2008, 30-38.
- Lacan, J. (1957). *La relación de objeto*. Seminario N° 4. México: Paidós.
- Meljem, M., Hernández, V., García, S., Narro, L., Fajardo, D. (2010). La queja médica y los sistemas de salud. *Revista CONAMED*, Vol.15, núm. 4, octubre-diciembre, 2010.
- Ricoeur, P. (1993). *Amor y justicia*. Madrid: Caparrós Editores.
- Ríos, R.A, y Fuente, C.A. (2017). *El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada*. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.