

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE DERECHO Y CRIMINOLOGÍA



TESIS

LA CONCILIACIÓN MÉDICA Y EL PROFESIONAL DE LA SALUD

PRESENTA

MAE. LUIS ANTONIO CÓRDOVA RIVERA

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN MÉTODOS ALTERNOS EN SOLUCIÓN DE CONFLICTOS**

DICIEMBRE, 2018



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE DERECHO Y CRIMINOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



TESIS DOCTORAL

LA CONCILIACIÓN MÉDICA Y EL PROFESIONAL DE LA SALUD

PRESENTADA POR

MAE. LUIS ANTONIO CÓRDOVA RIVERA

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN MÉTODOS ALTERNOS EN SOLUCIÓN DE CONFLICTOS**

**DIRECTORA DE TESIS
DRA. MYRNA ELIA GARCÍA BARRERA**

DECLARO QUE

1. El presente trabajo de investigación, tema de tesis presentada para la obtención del título de Doctor es original, siendo resultado de mi trabajo personal, el cual no he copiado de otro trabajo de investigación.
2. En el caso de ideas, fórmulas, citas completas, ilustraciones diversas, sacadas de cualquier tesis, obra, artículo, memoria, en versión digital o impresa, se menciona en forma clara y exacta su origen o autor en el cuerpo de texto, figuras, cuadros, tablas u otros que tengan derecho de autor.
3. Declaro que el trabajo de investigación que pongo en consideración, no ha sido presentado anteriormente para obtener algún grado académico o título, ni ha sido publicado en sitio alguno.
4. Soy consciente de que el hecho de no respetar los derechos de autor y hacer plagio, es objeto de sanciones universitarias y/o legales, por lo que asumo cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de irregularidades en la tesis, así como los derechos de obra presentada.
5. De identificarse falsificación, plagio, fraude, o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven de ello, sometiéndome a las normas establecidas vigentes en la UANL.

AUTOR: C. D., M. A. E. LUIS ANTONIO CÓRDOVA RIVERA

FECHA: DICIEMBRE DE 2018

FIRMA: _____

“LA CONCILIACIÓN MÉDICA Y EL PROFESIONAL DE LA SALUD”

Aprobación de la tesis

DRA. MYRNA ELIA GARCÍA BARRERA
DIRECTORA DE TESIS

DR. FRANCISCO JAVIER GORJÓN GÓMEZ
DIRECTOR DEL PROGRAMA DOCTORAL DE
MÉTODOS ALTERNOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS.

DR. ARNULFO SÁNCHEZ GARCÍA
SUBDIRECTOR DE POSGRADO

DEDICATORIA

A mi Esposa, ***Aurora Margarita Fuentes Rodríguez***, quien es uno de los pilares fundamentales en mi desarrollo personal, familiar y profesional, pues eres el motor de mi vida y que me has apoyado en los momentos necesarios para culminar esta etapa.

A mis hijas, ***Maylu Angélica y Maryan Córdova Fuentes***, por colaborar con su tiempo, pues las horas en la que no estuve con ustedes ya no regresan, pero este documento es producto de la inversión de ese tiempo, que espero y le pido a Dios poderlo retribuir con creces. Asimismo los frutos que se cosechen de ahora en adelante serán enteramente de la familia.

A mis Padres, quienes son los cimientos de mi persona y de los logros académicos, pues de ustedes he aprendido que los esfuerzos del trabajo bien encauzado siempre dan buena cosecha.

A mis hermanos Rocío Guadalupe, Daniel y Carlos Alberto por haber compartido conmigo muchas experiencias que siguen dando fruto.

A la familia de mi esposa que también es mi familia, pues desde que los conozco he contado siempre con su apoyo, en todos los sentidos

AGRADECIMIENTOS

A Dios por abrir los caminos adecuados y darme la guía para culminar este último y privilegiado grado académico, el cual es una etapa más en vida académica.

A mi asesora la Dra. Myrna Elia García Barrera por su guía, tiempo y apoyo en este camino de formación en la investigación, le agradezco por ser una excelente directora de tesis.

Al Dr. Agapito González Abrego y al Dr. José Guadalupe Steel Garza, por ser las personas que Dios puso en mi camino para llegar al programa DMASC y apoyar este proyecto.

Al Dr. Francisco Gorjón Gómez, por dirigir tan eficaz y eficientemente este programa doctoral de calidad internacional y por su apoyo y liderazgo en este camino, gracias por compartir sus conocimientos y cariño a los MASC.

Al Dr. Francisco Aguilar Delgado y Dra. Delia Casas Sánchez. por haberme brindado la confianza con su recomendación para ingresar en este programa.

A mis maestros, Dra. Karla Saénz, Dr. Francisco Gorjón, Dra. Reyna Vázquez, Dr. Paris Cabello, Dr. Arnulfo Sánchez, Dr. José Gpe. Steele, Dr. Gabriel Gorjón, Dra. Karla E. Rodríguez, Dra. Myrna E. García, Dr. José Zaragoza. Gracias por compartir sus conocimientos, guía y ánimos para continuar con este camino tan arduo de la investigación, además de haber aprendido muchas otras cosas invaluable.

A mis lectores, Dra. Myrna Hinojosa García y Dr. José Guadalupe Steele Garza, y revisores Dra. Leonor Ramos Morales, Dra. Jessica M. Vera Carrera, Dr. Gabriel Gorjón Gómez, Dr. Pedro Cesar Cantú Martínez, por aportar parte de su tiempo y su guía en este día tan especial, en el que se culmina el camino académico formal (el último grado académico) e inicia el camino de investigación.

A mis compañeros de generación, Pili, Cristy, Lina, Meli, Ervey, y Juan Manuel, de quienes aprendí mucho y disfruté su compañía e hicieron más llano este camino tan arduo, jugaron un papel fundamental para lograrlo, pues gracias a los momentos vividos en este periodo, se logró amalgamar a la cuarta generación DMASC, pasamos por muchas situaciones alegres y complicadas que nos hacían trastabillar, sin embargo, se superaron, gracias por coincidir en este camino académico.

Al Dr. Manuel Muñiz, Dra. Leonor Ramos, Dra. Myrna Hinojosa, Dra. Reyna Vázquez, Dra. Karla Sáenz, y Dra. Karla Rodríguez, por sus aportaciones en los aspectos metodológicos de la presente investigación.

Al Comisionado Estatal de Arbitraje Médico, N. L., Med. Ángel Arnoldo Abrego Treviño por permitirme la entrevista a los conciliadores a su digno cargo, asimismo agradezco el tiempo del Mtro Omar Alonso del Castillo, Med. Francisco Arreola V, Med. Ricardo Cruz Acosta, Mtro. Adrián Marcelo Alanís Garza, asimismo al Mtro. Carlos Salas, por sus facilidades y aportaciones a la presente investigación.

Al Comisionado estatal de la Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico; Med. Mario Sergio Ortega Chávez, Subcomisionada Médica Med. Sofía Gil Rodríguez y al Subcomisionado jurídico Lic. Oscar Javier Puente Alonso y a los profesionales de la salud que atravesaron por una conciliación y se permitieron llenar las encuestas surgidas en esta investigación, para analizar los datos obtenidos.

A la Dra. Gloria Rodríguez, quien en los albores de la tesis nos brindó una asesoría de los DMASC.

Al Dr. Héctor Villarreal de la Rosa maestro de maestros, por su guía metodológica y haberme dado la oportunidad de desarrollarme en el sentido personal y profesional.

A la Dra. Ma. de la Luz Tovar de la Cruz, directora de la Preparatoria 8, por las facilidades brindadas para llevar a cabo y finalizar mi proceso de obtención del grado, además de creer en mí.

A la Mtra. Cecy Miranda por el apoyo en los tiempos complicados para afinar detalles del trabajo de investigación.

A los odontólogos y estudiantes que contribuyeron con los pilotajes y me permitieron contribuir en el conocimiento de los MASC en el área médica.

A todos mis amigos del H que siempre me han apoyado.

A mis alumnos que siempre son un alternador y estimulan mi crecimiento profesional día a día.

Contenido

Abreviaturas y términos técnicos.....	ix
Índice de gráficos.....	x
Índice de tablas.....	xi
Introducción.....	1
Capítulo I Metodología de la Investigación	3
1.1 Antecedentes	3
1.1.1 Conflicto entre personal de área médica y usuarios de servicios médicos.	3
1.2 Planteamiento del problema.	8
1.3 Mapa conceptual del planteamiento del problema.....	9
1.4 Justificación	10
1.5 Objetivo General de la Investigación.	14
1.5.1 Objetivos Específicos de la Investigación.	14
1.6 Hipótesis general de la investigación.....	15
1.7 Matriz de congruencia.....	16
1.8 Marco conceptual	17
1.8.1 Confidencialidad	17
1.8.2 Autoconcepto profesional.....	18
1.8.3 Medicina defensiva.	19
1.9.1 Metodología cualitativa	22
1.9.2 Metodología cuantitativa.....	23
Capítulo 2 Conflicto médico-odontológico y paciente.....	25
2.1 Generalidades	25
2.2 Derecho a la salud	27
2.3 Derechos del paciente en el área médica	28
2.4 Derechos del personal de área médica.....	30
2.5 El conflicto	31
2.5.1 El conflicto médico paciente	34
2.5.2 Causas y prevalencia	36
2.5.3 La mala praxis	38
Capítulo 3. Consentimiento informado e historia clínica.....	41
3.1 Consentimiento Informado.....	41

3.1.1 Definiciones	41
3.1.2 Naturaleza de consentimiento informado	42
3.1.3 Jurisprudencia del consentimiento informado	51
3.2 Historia clínica o expediente clínico	53
3.2.1 Definiciones	54
3.2.2 Experiencia en práctica profesional	58
3.3 Jurisprudencia	61
Capítulo 4. Medicina defensiva y otras consecuencias por una demanda o queja	64
4.1 Medicina defensiva	65
4.1.1 Uso de la medicina defensiva y la odontología defensiva	67
4.1.2 Adquisición de un seguro de responsabilidad profesional	73
4.1.3 Súper especialización	75
4.1.4 Abandono temporal, parcial o definitivo de la práctica profesional	76
4.2 Medicina Asertiva.....	77
4.3 Síndrome Clínico Judicial (SCJ)	78
5.1. La conciliación como método de solución de conflictos.....	84
5.2. La conciliación en el área médica.....	86
5.3 Conciliación en área médica en México.....	87
5.4 Mediación en área médica en España	92
5.5 Conciliación en área médica en Colombia	94
5.6 Mediación sanitaria en Chile	95
5.7 Marco Comparativo	97
5.7.1 Chile	97
5.7.2 Colombia	98
5.7.3 España	98
CAPÍTULO 6. AUTOCONCEPTO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD	101
6.1 Personalidad.....	101
6.1.1 Definiciones de personalidad	101
6.1.2 Teorías de la personalidad	103
6.2 Autoconcepto.....	105
6.2.1 Autoconcepto académico	110
6.2.2 Autoconcepto Social	111
6.3 Autoconcepto en el profesional de área médica	112

6.4 Atención en pacientes nuevos	115
Capítulo 7. La confidencialidad de la conciliación y su impacto en el prestigio y la reputación para el profesional de la salud	117
7.1 La intangibilidad de la confidencialidad en la conciliación	119
7.2 La confidencialidad de la conciliación médica	120
7.3 Marco legal y bioético de la confidencialidad.....	122
7.4 El prestigio.....	124
7.5 La reputación.....	125
Capítulo 8. Metodología cualitativa: entrevista semiestructurada y grupo de enfoque.....	128
8.1 Diseño de la investigación.....	128
8.2 Selección de los participantes	129
8.3 Elección de la técnica de recolección de datos cualitativos.....	130
8.4 Instrumento.....	131
8.4.1 Sujetos de muestra	132
8.5 Descripción de estudio piloto en metodología cualitativa.....	133
8.5.1 Pilotaje panel de expertos y entrevista semiestructurada	134
8.6 Informe final del pilotaje de la metodología cualitativa	136
8.7 Conclusiones de estudio piloto	137
8.8 Diseño del Instrumento cualitativo	137
8.8.1 Grupo de enfoque	140
8.8.2 Aplicación de entrevista semiestructurada	142
8.8.3 Análisis de resultados de la metodología cualitativa.....	142
8.9 Resultados de la metodología cualitativa	153
8.10 Conclusión de la metodología cualitativa	154
Capítulo 9. Metodología cuantitativa	155
9.1 Operacionalización de la hipótesis.....	155
9.2 Prueba piloto.....	160
9.3 Codificación de la encuesta.....	161
Codificación de instrumento cuantitativo., para ver instrumento definitivo ver anexo 8 a.....	162
9.4 Recomendaciones de uso del instrumento cuantitativo	162
9.5 Aplicación del instrumento.	163
9.6 Resultados	164
9.7 Profesionales de la salud que han tenido conflictos con sus pacientes, pero no han llegado a conciliación médica	169

9.7.1 Medicina defensiva	171
9.7.2 Autoconcepto profesional	171
9.7.3 Confidencialidad	172
Conclusiones	173
Propuesta	175
Referencias	177
Anexos	185
Anexo 1. Perfil de sujetos de la muestra (Panel de expertos y entrevista).	185
Anexo 2. Tabla de codificación del instrumento para el pilotaje cualitativo	186
Anexo 3. Tabla de categorización y codificación del cuestionario definitivo	190
Anexo 4 Instrumento definitivo. Entrevista semiestructurada.....	193
Anexo 5. Tabla de resultados cualitativos variable confidencialidad	195
Anexo 6. Tabla de resultados cualitativos variable autoconcepto.....	197
Anexo 7. Tabla de resultados cualitativos variable medicina defensiva.....	199
Anexo 8 a. Instrumento cuantitativo definitivo.	205
Anexo 8 b. Instrumento cuantitativo definitivo.	206
Anexo 9. Carta de validación de instrumento cuantitativo por expertos de la conciliación médica.	207

Abreviaturas y términos técnicos.

APE	Autoconcepto Personal
AUSO	Autoconcepto social
CAF	Cuestionario de Autoconcepto Físico
COCCAM	Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico
COESAMED	Comisión Estatal de Arbitraje Médico
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CPAM	Cuestionario para personal de área médica
Dx.	Diagnóstico
MASC	Métodos Alternos de Solución de Conflictos.
Px.	Paciente
Tx.	Tratamiento

Índice de gráficos

Gráfica 1. Codificación de la confidencialidad.	142
Gráfica 2. Codificación del autoconcepto profesional.	145
Gráfica 3. Codificación de la medicina defensiva.	148
Gráfica 4. Datos referidos en la tabla del sujeto 1.	163
Gráfica 5. Datos referidos en la tabla del sujeto 2.	164
Gráfica 6. Datos referidos en la tabla del sujeto 3.	165
Gráfica 7. Datos referidos en la tabla del sujeto 4.	166
Gráfica 8. Diferencias entre sujetos con conciliación y sin conciliación.	167
Gráfica 9. Comparativo de medias de variables de estudio en facultativos con conciliación y sin conciliación.	169

Índice de figuras

Figura 1. Mapa conceptual del problema en estudio.	9
Figura 2. Mapa conceptual de los beneficios de la conciliación médica.	20
Figura 3. <i>Las soluciones propuestas en Estados Unidos para superar los efectos de la medicina defensiva (Sclar & Housman, 2003).</i>	72
Figura 4. Modelo de Autoconcepto de Shavelson, Huebner y Stanton (1979).	108
Figura 5. Mapa conceptual de la codificación de la variable confidencialidad y su categorización.	136
Figura 6. Mapa conceptual de la codificación de la variable Autoconcepto y su categorización.	137
Figura 7. Mapa conceptual de la codificación de la variable Medicina Defensiva y su categorización.	138
Figura 8. Pasos fundamentales de la construcción de un cuestionario, Pablo Cazau (2006).	156

Índice de tablas

Tabla 1. Tabla de conocimiento creación propia.....	9
Tabla 2. Quejas recibidas por año ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.....	14
Tabla 3. Tipología, intensidad y características conflictuales con las técnicas de intervención MASC usuales y apropiada adaptada de (Vinyamata, 2005).....	39
Tabla 4. Comparativa entre las normas mexicana y española con los requisitos mínimos necesarios que debe contener el consentimiento informado.....	45
Tabla 5. Consentimiento informado paciente inconsciente y en ausencia de representante.....	47
Tabla 6. costo de las primas presentadas por el grupo financiero inbursa	73
Tabla 7. Catálogo de profesiones que se encuentran encasilladas en la especialidad tipo A entre las que se encuentra la odontología y la medicina general	74
Tabla 8. Resultados de las mediaciones llevadas a cabo en Chile, (Estadísticas del Servicio de Mediación por daños en establecimientos de salud pública.....	96
Tabla 9. Las dimensiones de la personalidad de los Cinco Grandes	100
Tabla 10. Características principales de los intangibles (Gorjón Gómez, 2013), adaptado por García Barrera, Córdova Rivera & Fuentes Rodríguez.....	117
Tabla 11. Legislación para la confidencialidad y protección de datos privados aplicables a la conciliación médica.....	120
Tabla 12. Comparativa entre prestigio y reputación.....	124
Tabla 13. Resultados obtenidos en el pilotaje cualitativo	133
Tabla 14. Codificación de la confidencialidad.....	141
Tabla 15. Evidencia de códigos y frases de la variable confidencialidad.....	142
Tabla 16. Codificación del autoconcepto Profesional.....	144
Tabla 17. Evidencia de códigos y frases de la variable autoconcepto profesional.....	146
Tabla 18. Codificación de la medicina defensiva.....	147
Tabla 19. Evidencia de códigos y frases de la variable medicina defensiva.....	149
Tabla 20. Descripción de hallazgos acerca de los comentarios de los sujetos de investigación.....	151
Tabla 21. Operacionalización de la hipótesis.....	154
Tabla 22. Sustento de variables.....	155
Tabla 23. Relación de preguntas del cuestionario (CPAM) y sus cuestionarios base.....	157
Tabla 24. Resultados cuantitativos del sujeto 1.....	163

Tabla 25. Resultados cuantitativos del sujeto 2.....	164
Tabla 26. Resultados cuantitativos del sujeto 3.....	165
Tabla 27. Resultados cuantitativos del sujeto 4.....	166

Introducción

En esta investigación analizaremos las ventajas que se tienen por el tratamiento de los conflictos mediante la conciliación médica en los que están implicados un profesional de la salud y un usuario de estos servicios por prestación de atención médica, además de las implicaciones profesionales que tienen los eventos relacionados con quejas interpuestas contra un profesional de la salud, quienes al verse inmersos en estas situaciones pueden reaccionar de diversas maneras, de forma profesional, las cuales son objeto del presente estudio, así como la valoración en relación a su actividad profesional y la solución de conflicto mediante la conciliación.

Asimismo, se analizarán las causas de los conflictos entre personal de área médica y paciente, las diversas consecuencias profesionales que sufre el profesionista ante la presencia de un evento de esta naturaleza; también se considerará la importancia la conciliación para aminorar tales consecuencias que son capaces de aumentar los costos de atención odontológica o llevan al abandono de labores profesionales.

En el desarrollo del estudio encontramos diversos temas entre los que encontramos la conciliación en el área médica, la historia clínica y su importancia en el correcto acto semiológico del proceso diagnóstico previo a la atención del paciente, también conoceremos las cualidades del consentimiento informado y sus ventajas como acto previo a la intervención, principalmente quirúrgica o invasiva en el paciente y la apertura de la comunicación directa entre facultativo y usuario de la salud.

Además, atendemos las virtudes de la confidencialidad de la conciliación para el prestador de servicios de salud, puesto que salvaguarda la reputación y el prestigio en este profesional de la salud, además del autoconcepto y las diversas corrientes psicológicas que hablan del tema.

En el área metodológica, se utilizaron la entrevista semiestructurada a personal de las comisiones estatales de arbitraje médico de los estados de Coahuila y Nuevo León, así

como de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, además de una encuesta con escala tipo Lickert en una muestra significativa de médicos y odontólogos titulados que han sido sujetos de quejas ante las comisiones estatales antes mencionadas.

Como producto de esta investigación se busca demostrar que la solución de conflictos entre personal de área médica y su paciente utilizando la conciliación tiene menores consecuencias profesionales minimizando la posible aparición de actitudes defensivas por parte del facultativo que llegó a un acuerdo con el paciente que lo ha denunciado y que la confidencialidad le brinda un autoconcepto profesional ya que no lo expone a escrutinio público.

Capítulo I Metodología de la Investigación

Cuando se presentan conflictos por atención médica entre personal de salud y los pacientes, existe la posibilidad de ser tratados directamente a través del dialogo en las instalaciones donde se brindó la atención médica; pero cuando esto no logra ser resuelto en este lugar, las instancias legales que intervienen en favor de la solución de esta problemática son, mediante un procedimiento judicial, el cual puede durar un tiempo prolongado, con la posibilidad de afectar económica, física, psíquica y socialmente al profesional de la salud, por otro lado encontramos a las comisiones de arbitraje médico en el ámbito público o a través de la conciliación o mediación en los centros de Métodos Alternos privados. Con la presente investigación demostraremos las ventajas que tiene la conciliación médica en los profesionales de la salud después de llegar a un acuerdo con su paciente, puesto que el principio de confidencialidad ofrece cuidar el prestigio y la reputación de este. Bajo estas premisas también analizamos que la conciliación médica disminuye la posibilidad de que se afecte el autoconcepto del profesional de la salud y evite la medicina/odontología defensiva.

1.1 Antecedentes

1.1.1 Conflicto entre personal de área médica y usuarios de servicios médicos.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico nació en 1996 mediante un decreto presidencial en el que se realizaron observaciones acerca de los conflictos entre médicos y pacientes o usuarios de los servicios de salud, al ver que se multiplicaban las denuncias contra profesionales de área médica se decidió la creación de este órgano gubernamental especializado en resolver de manera no adversarial los conflictos derivados del acto médico.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico surgió como respuesta a un incremento de demandas en contra de profesionales de la salud que inicio en Estados Unidos de

Norteamérica, por el incremento en las acusaciones de *mal praxis* médica. Popularizándose mundialmente en la década de los noventa (Lezana Fernández, 2016).

La salud representa uno de los derechos humanos más tutelados y requeridos por las personas para llevar su vida de forma cotidiana, además, todos los individuos somos diferentes y por tanto reaccionamos de distintas maneras ante los diversos procedimientos o medicamentos, esta situación hace que la actividad del profesional de la salud tenga mayor susceptibilidad para iniciar conflictos con el usuario de los servicios de salud.

La profesión médica es una de las actividades con mayor sensibilidad por parte del facultativo y hacia la sociedad, debido a que todos en algún momento de podemos necesitar de sus servicios, sin embargo, existe un riesgo si el médico comete un error, pues esto puede costarle la vida al paciente o en su defecto, afectarle seriamente el estado de salud (Ariza Fortich, 2013).

Comúnmente se presentan los conflictos por ausencia o deficiencia de la comunicación en la que el paciente siente desinterés por parte del facultativo para coadyuvarle en la enfermedad que lo aqueja. Sin embargo, cuando se presenta alguna situación de controversia la ley indica los mecanismos a seguir para tratar de solucionarla.

Dando sustento a lo anteriormente dicho, a continuación, presentamos el bis 3 del artículo 51 de la Ley General de Salud (Secretaría de Salud de México, 2017) . Las quejas que los usuarios presenten por la atención médica recibida deberán ser atendidas y resueltas en forma oportuna y efectiva por los prestadores de servicios de salud o por las instancias que las instituciones de salud tengan definidas para tal fin, cuando la solución corresponda a su ámbito de competencia.

Esto deja abierta la opción de acudir ante instancias como las comisiones estatales o la nacional de arbitraje médico, instituciones que cuentan como opción para la transformación de conflictos en la relación médico paciente utilizando los MASC, los

cuales pueden ser la orientación, la gestión, la conciliación o el arbitraje médico y si no se acepta el arbitraje médico, se dejan a salvo los derechos para iniciar una querrela ante instancias judiciales.

Comúnmente las causas de los conflictos entre médico y su paciente surgen por falta de comunicación adecuada, debido a que en ocasiones el profesional de la salud habla en un idioma técnico científico, lo que levanta una barrera en la comprensión del tratamiento por parte del paciente.

Entre las causas de los conflictos con los usuarios de los servicios de salud encontramos la cada vez mayor importancia que los facultativos le dan a las nuevas tecnologías, por ejemplo, diagnosticar mediante imagenología como la tomografía axial computarizada, en vez de llevar a cabo una exploración, o análisis de laboratorio, dejando de lado la propedéutica clínica; otro más de las posibles causas es trabajar mediante el paternalismo, no respetando la autonomía del paciente o avocarse solo al ámbito físico-biológico, dejando de lado el psicológico (Tena Tamayo & Juárez Díaz González, 2003).

Estos datos representan la necesidad del paciente que además de acudir a consulta por alguna molestia física, en ocasiones, solo requieren sentirse escuchados, por tal motivo es necesario que los prestadores de servicios de salud, estén dispuestos a la inversión de tiempo, esto particularmente en el ámbito privado y particularmente en la primera cita para conocer un poco mejor al paciente, desde el ámbito clínico diagnóstico y personal, para iniciar el proceso de rapport para ganar la confianza del mismo y la credibilidad en el ámbito humano-profesional.

En el ámbito odontológico se presentan los siguientes aspectos con relación a las causas de los conflictos entre un dentista y su paciente. La profesión del sustentante pertenece a este ramo de los servidores de la salud, por lo tanto, indagamos al respecto en el presente estudio.

Según (Castillo Vázquez, s/f)¹ existen demandas judiciales en 4 de cada 10 odontólogos las demandas en el odontólogo, estas se presentan entre otras causas por falta de conocimiento de la legislación que rige su actividad profesional.

Dando seguimiento a los temas de los conflictos a continuación presentamos algunos datos que fueron obtenidos de los informes realizados por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en lo referente a los años anteriores de 2011 a 2017 en cuanto al número de casos resueltos mediante la conciliación, tema de nuestro estudio.

En el año 2011 la Comisión Nacional de Arbitraje Médico resolvió 1749 quejas, de las cuales 1670 se concluyeron mediante conciliación y 124 por arbitraje; de las 1749 quejas, 144 fueron de la profesión odontológica. En el mismo año el servicio de odontología en el sector privado contó con el mayor número de quejas y tuvo mayor índice de “mala práctica” de acuerdo con la evaluación de los laudos emitidos por la CONAMED (Gómez García, *et al*, 2012).

En el año 2012 la CONAMED atendió 1590 casos en la vía conciliatoria por quejas relacionadas con conflictos médico paciente, de estos, a 842 (52.9%) se les dio solución mediante este método alternativo y en 462 casos no hubo conciliación (29%) (CONAMED, 2013). En el año 2013 la CONAMED resolvió 2033 quejas relacionadas con conflictos médico paciente, de estos, 1661 pasaron por el proceso de conciliación, donde 918 casos (55%) fueron conciliados y 475 (28.5%) no fueron conciliados (CONAMED, 2014).

Durante 2015 en la etapa conciliatoria se concluyeron 1,960 quejas, de las cuales 41.7% fueron conciliadas, 36.4% no conciliadas, 21.6% por falta de interés procesal y el resto por sobreseimiento (0.4%). Por otro lado, en 2016 se concluyeron 1,949 quejas en la etapa conciliatoria, de las cuales 606 (31%) fueron conciliadas, 948 (48%) no conciliadas por falta de voluntad, 318 por falta de interés procesal, 3 por acumulación de autos, una improcedente y 73 fueron enviadas a arbitraje.

¹ Profesor de odontología forense y legislación médica en la Universidad del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos.

Estos datos nos indican el porcentaje de éxito que se tiene durante las conciliaciones, con lo que observamos la necesidad de impulsar con mayor ahínco el conocimiento acerca de las ventajas que tiene la conciliación, debido a que se tiene una mejor apertura de los canales de comunicación entre las partes en controversia y con absoluta confidencialidad.

Datos del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid observan un incremento de reclamaciones odontólogo-paciente, ya que en el año 1982 (se realizó una reclamación) y el año 2011 (280 reclamaciones), con un pico en el 2010 (404 casos). (Perea Pérez, Labajo González, Santiago Sáez, & Albarrán Juan, 2013).

En una investigación llevada a cabo en España de 2000 a 2007 en instancias civiles (Perea Pérez, Santiago Sáez, Labajo González, Albarrán Juan, & Sánchez Sánchez, 2009) encontraron la siguiente situación: En odontoestomatología el porcentaje de sentencias condenatorias es de (...) 70,13%, dato acorde con la consideración de «contrato de resultados» que los juzgados y tribunales civiles suelen otorgar a los tratamientos de esta especialidad.

Estos datos nos indican la necesidad de tener otras opciones de manejo de conflictos, pero a la vez, resulta preocupante el hallazgo de culpabilidad en esta disciplina del área médica, puesto que solo una cuarta parte de los casos que se resolvieron encontraron inocencia en los procedimientos realizados por odontólogos.

Actualmente la relación médico-paciente ha cambiado, ya que este último es más exigente, y toma acción directa en la decisión del tratamiento a realizar, además le es más fácil acceder a información en la red de internet acerca de la posible causa y/o tratamiento lo cual no siempre es verídico, esta situación predispone a iniciar un conflicto al realizar la explicación por parte del facultativo acerca del diagnóstico y plan de a seguir por lo que invitamos a la comunidad de profesionales de la salud a reflexionar acerca de la posibilidad aumentada de recibir una situación de queja o demanda, debido a esto, toma relevancia la implementación de estrategias que prevengan esta escalada y sus

consecuencias, además de dar una mayor proyección de las ventajas en los servicios que prestan las comisiones de arbitraje médico.

1.2 Planteamiento del problema.

¿Cuáles son los beneficios que aporta la conciliación en conflictos médico-paciente para los profesionales de la salud que dirimen sus conflictos mediante este método alternativo?

Las demandas jurisdiccionales en los profesionales de áreas no jurídicas como el odontólogo y el médico pueden desencadenar problemas capaces de repercutir a nivel emocional, profesional o familiar. Por esta razón analizaremos que beneficios aporta el uso de la conciliación como método alternativo para solucionar conflictos entre el profesional de la salud y el usuario del servicio de salud ante instancias administrativas como las comisiones de arbitraje médico. Buscando demostrar que además de tener un éxito en la transformación positiva de más del 70% de los conflictos de esta naturaleza (Gorjón Gómez & Steele Garza, 2012), la conciliación puede disminuir las consecuencias profesionales y personales del profesionista inmerso, gracias a la forma en que se lleva a cabo este procedimiento en las instituciones antes mencionadas.

Investigador	Propuesta teórica	Relevancia
Gorjón Gómez y Steele Garza (2012)	Las consecuencias de una sentencia judicial por demanda contra un médico pueden llevar a desprestigio, inhabilitación y a veces cárcel; caso contrario la resolución del conflicto mediante la conciliación.	Evitar o minimizar la aparición de odontología/medicina defensiva y regresarle la confianza al médico u odontólogo en conflicto.
Perea Pérez, Labajo González, Santiago Sáez y Albarrán Juan (2013)	Medicina u odontología defensiva como respuesta profesional a una demanda civil o queja.	Evitar la escalada en los precios y tiempos para atención médica u odontológica
Perea Pérez, Santiago Sáez A, Labajo González, Albarrán Juan, Sánchez Sánchez (2009)	Los costos por sentencias judiciales van por arriba de los €10,000.	La conciliación médica/odontológica conlleva un desgaste mucho menor en tiempo y económico y por lo tanto origina menores repercusiones profesionales en el facultativo en conflicto.
Hurtado Hoyo E. 1993	Todas las alteraciones que modifican el estado de salud de un individuo que se ve sometido a una situación procesal desde un inicio (citación, demanda), durante sus distintas etapas (conciliación, mediación, juicio, sentencia) y/o después de haber concluido. Engloba a todas las alteraciones físicas, psíquicas y morales que se pueden producir.	El estar involucrado en un proceso en el que el personal del área médica se ve involucrado, también lo puede afectar profesionalmente hablando, puesto que la reputación profesional puede estar en riesgo, por el simple hecho de ver la posibilidad de exhibir el nombre del facultativo.

Tabla 1 Tabla de conocimiento creación propia

En la presente tabla observamos las propuestas teóricas que fortalecen la investigación en curso, además de los autores de dichas propuestas

1.3 Mapa conceptual del planteamiento del problema.

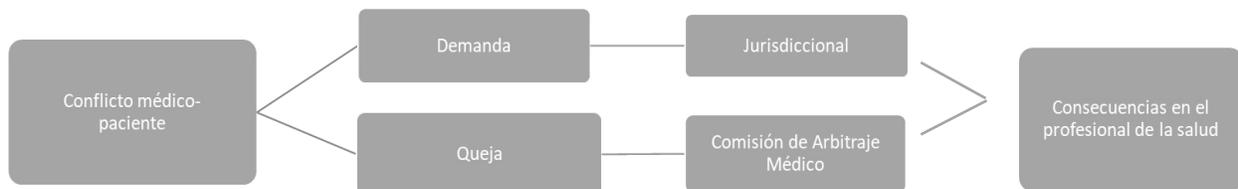


Figura 1. Mapa conceptual del problema en estudio.

El presente mapa nos indica que, ante un conflicto entre un médico u odontólogo con el paciente, no resuelto en su momento por el facultativo en su área de trabajo, el convaliente es libre de presentar una queja o demanda ante instancias jurisdiccionales o administrativas lo cual puede generar la presencia de consecuencias profesionales en el personal de área médica.

1.4 Justificación

Las reclamaciones por presunta mala praxis se incrementan día con día y la mayoría no cuentan con pruebas que confirmen la responsabilidad del facultativo, por esta razón y por prevención debemos indagar las verdaderas causas de tales eventos que ponen en riesgo la salud, reputación, ejercicio profesional y finanzas del profesionista de la salud (Bruguera, y otros, 2012).

Así como en los países desarrollados se está dando un crecimiento en las reclamaciones al personal de los servicios médico, en los demás países se empieza a exigir mejores resultados a los facultativos ya que los pacientes día a día son más exigentes a la hora de consultar sus diversas problemáticas de salud.

La motivación principal para la realización del presente trabajo es conocer los efectos profesionales que tiene en el médico u odontólogo al participar en un proceso de conciliación por un conflicto con un usuario de los servicios de salud. Debido a que en múltiples investigaciones se han documentado padecimientos físicos o acciones que los facultativos suelen referir durante y después de un proceso jurisdiccional como son la medicina defensiva, además de exponer públicamente al médico ante los medios, lo cual le afectará en su vida personal, familiar y laboral. Además, corroborar que la conciliación es un método que sirve para reducir o desaparecer las consecuencias antes mencionadas que se pueden presentar en una situación de conflicto con un paciente.

En este estudio solo nos avocaremos a la conciliación, puesto que será el eje central de la presente investigación, además el arbitraje se mencionará de manera sucinta puesto que,

si el conflicto no se resuelve mediante la conciliación, el trámite puede tener continuidad en la misma institución firmando una cláusula de arbitraje, en donde las partes se comprometen a continuar para obtener la resolución del conflicto mediante un laudo arbitral.

(Gorjón Gómez & Steele Garza, 2012) refieren que la conciliación y el arbitraje médico presentan un porcentaje de más de 70% de resoluciones positivas y que en el sistema tradicional este porcentaje esta cerca el 25%.

En Argentina el 20% de los médicos son acusados de llevar a cabo mala praxis, lo que ha causado una industria del juicio, en la cual se exponen a los médicos a través de una demanda judicial con la finalidad de obtener recursos, dando origen a una nueva forma de ganar dinero para los abogados (Martínez Ramírez, Chávez Ramírez, & Ortega Larios, 2016).

Día a día la información fluye de manera constante, las personas se informan e ingresan a la red de Internet cuando tienen alguna duda acerca de los posibles problemas de salud que padecen y los probables tratamientos, esta situación acrecentó los cuestionamientos sobre los posibles procedimientos a seguir para subsanar su padecimiento, por lo que se hace necesario que el trabajador de la salud incremente su habilidad comunicativa para explicar de manera que el paciente pueda comprender, sin uso de términos técnico-científicos.

Esto genera que el profesional de la salud se gane la confianza y empatía del paciente haciendo menos probable la interposición de una queja o demanda ante instancias administrativas o ante un juzgado. Si la confianza entre el odontólogo y el paciente se pierde, es muy factible que el paciente interponga una queja o demanda para que le sea subsanada su incógnita de saber si fue o no mal atendido.

Así lo indica (Matiella Pineda, 2003)

“El daño que pueda surgir de esta relación, lo resiente más el paciente cuando es de carácter moral -uso inadecuado del lenguaje por parte del médico, trato despótico y lejano hacia el paciente, incomunicación e indiferencia, lenguaje corporal soez o desconsiderado, etc.- que las mismas lesiones corporales que pudieran resultar del acto de la curación; esto invita a reflexionar en la necesidad de que el profesional de la salud, además de su habilidad y pericia científica, debe completar su formación con conocimientos en Ética, Deontología Médica y Bioética”.

Tal y como comenta el Dr. Matiella (op cit.) en el párrafo anterior en la relación entre profesional de la salud y el paciente se debe generar un ambiente de confianza, debido a que un paciente que le tiene confianza a su médico u odontólogo siente plena seguridad en el o los procedimientos que se llevan a cabo con la intención de mejorar su estado de salud, además este intangible tiene un peso relevante a la hora de decidir presentar una queja en contra del facultativo.

En un estudio realizado a 64 médicos de Illinois que fueron demandados, 57 de ellos, 90%, indicaron que el clima de litigios ha erosionado la calidad de la relación médico-paciente (Charles, Pyskoty, & Nelson, 1988).

“Debe recordarse que ya está instalada en nuestra sociedad y en general en el mundo el tema del juicio por “mal praxis” y muchos hacen negocio con ello, este dato de la realidad debe ser enfrentado, como otro de los males que sacuden la vida del hombre” (Studdert, y otros, 2005).

Esta situación se valida con la percepción de personal de las comisiones de arbitraje médico, quienes comentan que al momento de llegar a la sesión informativa acerca del proceso de conciliación, el abogado del seguro comúnmente amenaza al profesional de la salud con dejarlo solo en este evento, sin embargo, le respalda si evita atravesar por este MASC y decide enfrentar al paciente por vía jurisdiccional.

“Las demandas médico legales se han incrementado año con año, y el análisis de todos los factores que intervienen en la génesis del problema, todo indica que no habrá nada que detenga este fenómeno, además son muchos los factores analizados que contribuyen en la génesis de los problemas médicos legales, y el médico ha contribuido importantemente en este fenómeno principalmente por su actitud entre estos aspectos encontramos la deslealtad, falta de compromiso gremial, ego, soberbia, aspectos económicos, frustración y otras” (Zurita Navarrete, 2011).

Cuando un profesional de la salud recibe una reclamación presentada ante alguna Comisión de Arbitraje Médico ya sea nacional o estatal e incluso por vía jurisdiccional puede repercutirle en el ámbito personal, familiar y profesional.

En Estados Unidos muchos facultativos están abandonando las comunidades o estados propensos a pleitos judiciales, lo cual ha causado falta de disponibilidad de servicios médicos (Malamed, 2013). En Pensilvania los reclamos causaron un "éxodo de médicos" debido al aumento en las demandas por responsabilidad profesional y sus costos exagerados, además la situación de mala praxis está teniendo efectos demostrables en el suministro de médicos especialistas en las poblaciones afectadas y su alcance en la atención de los pacientes (Mello, y otros, 2005).

Un entorno de costos crecientes de responsabilidad profesional en Pensilvania parece haber disuadido sustancialmente a gran cantidad de residentes en especialidades de alto riesgo para implementar sus prácticas clínicas en este estado americano. El impacto en la disminución de la retención de residentes sobre la disponibilidad futura de servicios especializados en los estados de alto costo merece una estrecha vigilancia (Mello & Kelly, 2005).

Es difícil llevar a cabo la práctica de una profesión de área médica en una sociedad en la que se ha implementado la facilidad de acusar a cualquier médico de ejercer una mala praxis, así como la cabida de los juzgados para aceptar casos de supuesta mala praxis.

Tabla 2 Quejas recibidas por año ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Año	Quejas recibidas	Año	Quejas recibidas	Año	Quejas recibidas
1996	1158	2003	1514	2010	1652
1997	1347	2004	1545	2011	1789
1998	1494	2005	1661	2012	1914
1999	1749	2006	1657	2013	2033
2000	1915	2007	1753	2014	2050
2001	1478	2008	1793	2015	2004
2002	1172	2009	1789	2016	1592
				2017	1416

En esta tabla podemos identificar que en los años 2013 a 2015 se presentaron un mayor número de quejas con respecto a los demás años, incluyendo 2017, ya que en ese periodo se atendieron más de 2000 quejas por año. Y en referencia en el año 2016 y 2017 ha ido a la baja lo que puede estar reflejando la falta de conocimiento por parte de la población en general al respecto de la existencia y función de las comisiones de arbitraje médico en nuestro país.

1.5 Objetivo General de la Investigación.

Demostrar los beneficios que brinda la conciliación médica al profesional de la salud, que transforma positivamente un conflicto con un usuario de la salud ante este procedimiento MASC.

1.5.1 Objetivos Específicos de la Investigación.

- Llevar a cabo la aproximación a las instancias que administran la conciliación médica en los estados de Nuevo León, Coahuila y Ciudad de México.

- Localizar personal de área médica (médicos o dentistas) que atraviesen por una conciliación médica y facultativos que hayan pasado por un conflicto con un usuario de la salud y que no hayan pasado por una conciliación.
- Construir instrumento de medición de variables cuantitativo y cualitativo.
- Aplicar instrumentos de medición cualitativa y cuantitativa sobre las variables de autoconcepto profesional, confidencialidad y medicina defensiva en médicos y dentistas que atraviesen por una conciliación médica y facultativos que hayan pasado por un conflicto con un usuario de la salud y que no hayan pasado por una conciliación, así como a especialistas en el tema de investigación.
- Comparar las poblaciones que atravesaron por conciliación y otras que no lo hayan hecho.
- Comprobar que la conciliación tiene una relevancia importante en la minimización de consecuencias profesionales en facultativos en el futuro inmediato, posterior a la resolución del conflicto.

1.6 Hipótesis general de la investigación.

Los beneficios de la conciliación médica en profesionales de la salud que dirimen sus conflictos con pacientes mediante este método alternativo son:

- Revaloración del autoconcepto profesional.
- La confidencialidad como factor de impacto en el autoconcepto profesional.
- Disminución de la probabilidad de manejar la medicina defensiva.

1.7 Matriz de congruencia

Pregunta de investigación	Objetivo General	Objetivos Específicos	Marco Teórico	Hipótesis	Variables	Método	Instrumento
¿Cuáles son los beneficios de la conciliación médica en profesionales de la salud que dirimen sus conflictos con pacientes mediante este método alternativo?	Demostrar los beneficios que brinda la conciliación médica al profesional de la salud, que transforma positivamente un conflicto con un usuario de la salud ante este procedimiento MASC.	<p>Llevar a cabo la aproximación a las instancias que administran la conciliación médica en los estados de Nuevo León, Coahuila y Ciudad de México.</p> <p>Localizar personal de área médica (médicos o dentistas) que atraviesen por una conciliación médica y facultativos que hayan pasado por un conflicto con un usuario de la salud y que no hayan pasado por una conciliación.</p> <p>Construir instrumento de medición de variables cuantitativo y cualitativo.</p> <p>Aplicar instrumentos de medición cualitativa y cuantitativa sobre las variables de autoconcepto profesional, confidencialidad y medicina defensiva en médicos y dentistas que atraviesen por una conciliación médica y facultativos que hayan pasado por un conflicto con un usuario de la salud y que no hayan pasado por una conciliación, así como a especialistas en el tema de investigación.</p> <p>Comparar las poblaciones que atravesaron por conciliación y otras que no lo hayan hecho.</p> <p>Comprobar que la conciliación tiene una relevancia importante en la minimización de consecuencias profesionales en facultativos en el futuro inmediato, posterior a la resolución del conflicto.</p>	<p>La conciliación mediación en el área médica, Gorjón Gómez y Steele Garza (2012).</p> <p>Repercusiones profesionales en área médica, Perea-Pérez, B; Labajo González, M. E. & Santiago Sáez, A.</p> <p>Repercusiones profesionales en área médica, Perea Pérez, B., Santiago Sáez, A., Labajo González, M., Albarrán Juan, M., & Sánchez Sánchez, J.</p> <p>Repercusiones profesionales en área médica, Portela León, F. J. (2013).</p> <p>El derecho a la vida privada o a la intimidad personal es el límite del derecho de acceso a la información pública (García Barrera, 2012).</p> <p>Arbitraje médico, confidencialidad y acceso a la información pública (Maldonado Camargo & Gutierrez Vega, 2012)</p>	<p>Los beneficios de la conciliación médica en profesionales de la salud que dirimen sus conflictos con pacientes mediante este método alternativo son:</p> <p>Revaloración del autoconcepto profesional.</p> <p>La confidencialidad como factor de impacto en el autoconcepto profesional.</p> <p>Disminución de la probabilidad de manejar la medicina defensiva.</p>	<p>Autoconcepto profesional</p> <p>Confidencialidad como factor de impacto en el autoconcepto profesional</p> <p>Medicina defensiva</p>	<p>Cualitativo: Grupo de enfoque y entrevista semiestructurada</p> <p>Cuantitativo encuesta con escala de Likert</p>	<p>Cuestionario para Grupo de enfoque</p> <p>Entrevista semiestructurada</p> <p>Encuesta tipo cuestionario autoaplicado con escala tipo Likert</p>

1.8 Marco conceptual

1	La confidencialidad	Es la declaración privada que realiza una persona a otra en un ámbito de confianza, esperando que el que recibe la información, tenga la precaución de guardarla o mantenerla en secreto.
2	Autoconcepto profesional	Es la percepción que un profesionista tiene de sí, en el sentido profesional, como se siente al trabajar y ejercer su labor, así como en el trato a los pacientes.
3	Medicina Defensiva	Son las actividades que un médico u odontólogo presentan al estar laborando con un paciente como pueden ser (análisis de laboratorio, exámenes de imagen, referencias extra a especialistas) con el fin de proteger su trabajo de una demanda, más que con fines diagnósticos o terapéuticos.

1.8.1 Confidencialidad

Este es uno de los principios rectores que sustentan a los métodos alternos en general, y a la vez es uno de los valores intangibles de los MASC, como lo refiere (Gorjón Gómez, 2013), puesto que a través de la confidencialidad permanece fuera de conocimiento público la identidad de las personas que se encuentran dirimiendo de forma alternativa al proceso judicial un conflicto, con lo que en el profesionista de la salud que pasa por una conciliación con un paciente mantiene intacto su prestigio y reputación que ha ido formando a lo largo del tiempo en que ha ejercido su profesión.

La confidencialidad hace referencia a que no sea revelada la información confiada a otras personas, lo que las compromete, una vez que la información se ha revelado con la expectativa de que no será transmitida a personas ajenas a la revelación, se convierte en confidencial (del Río Sánchez, 2007).

Los principios de los métodos alternos de solución de controversias están fundamentados en tres pilares que son (VIC) Voluntariedad, Imparcialidad y Confidencialidad, los cuales generan confianza en las partes que se encuentran en conflicto y generan mejores condiciones para lograr un acuerdo entre las partes, brindando mayor apertura para dialogar acerca del tema en cuestión, sin temor a que lo dicho en este tipo de proceso, sea utilizado en su contra (Viola Demestre, 2010).

Como lo hemos venido comentando al garantizar la confidencialidad se genera la confianza para hacer declaraciones durante la conciliación médica, con el resultado de mejorar la apertura en los canales de comunicación con la finalidad de permitir el diálogo para tratar de llegar a un acuerdo respecto a las causas del conflicto y la transformación positiva del mismo.

1.8.2 Autoconcepto profesional

El autoconcepto del profesional de la salud está continuamente elevado, debido a las características de su labor competitiva, que tiene la factibilidad de mantener sana a una persona en el aspecto preventivo o la posibilidad de regresar la salud poniendo todos los medios necesarios para que el paciente regrese a su estado de equilibrio. Este autoconcepto se va fortaleciendo conforme atiende a sus pacientes y logra devolver su salud, manteniendo el prestigio para seguir ejerciendo de manera exitosa su carrera universitaria.

El autoconcepto se refiere a la imagen que una persona tiene de sí, se forma por la percepción que nota a partir de la relación con el entorno, personas que están alrededor y conviven de forma frecuente con ella (Ramírez Salguero & Herrera Clavero, 2002).

Se entiende por autoconcepto al conjunto de percepciones del sujeto sobre sí mismo, de tipo cognitivo y afectivo (Martínez, Carmen, & Amezcua Membrilla, 2001).

De este modo podemos considerar que los intangibles de la conciliación coadyuvarán a mantener el autoconcepto del profesionista debido a que el conflicto que tiene con el paciente es atendido por este MASC que mantiene la reputación y abre el diálogo a través de la voluntariedad para llegar a un acuerdo con el paciente que dirima la controversia. Disminuyendo la posibilidad de manifestar actitudes defensivas en la práctica profesional, tema que a continuación tocaremos.

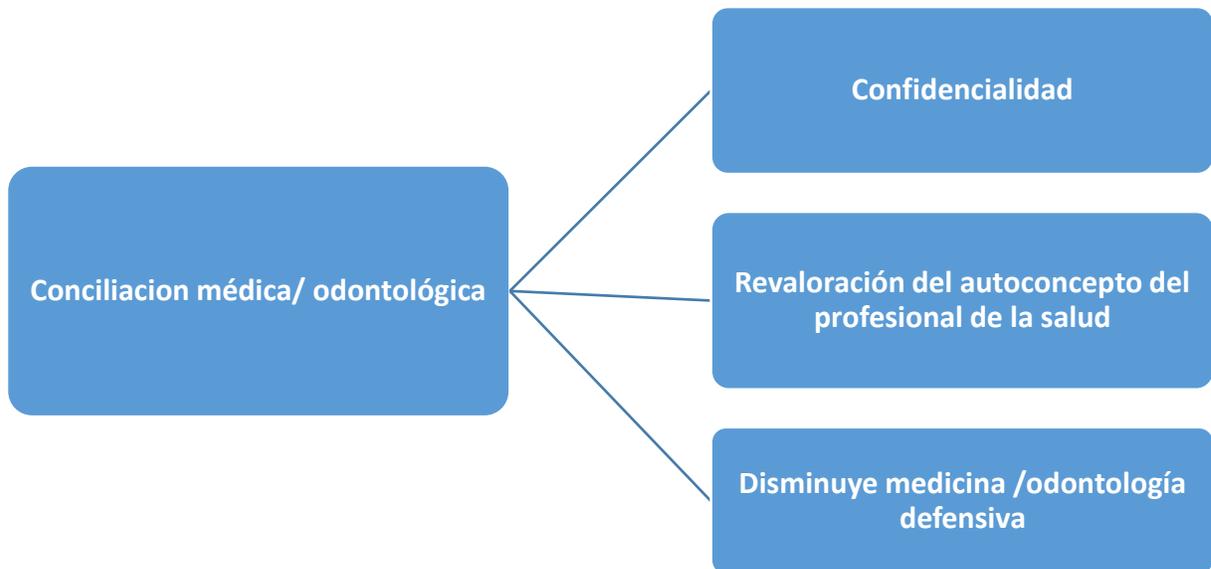
1.8.3 Medicina defensiva.

De acuerdo con lo que hemos investigado, podemos definir que la medicina defensiva son actitudes laborales que toma el profesional de la salud al momento de atender pacientes, se pueden definir como las acciones extra diagnósticas o de tratamiento que le indica un facultativo al paciente con la finalidad de contar con evidencia clínica extra por si llega a presentarse una denuncia por tratamiento no adecuado por parte del usuario de los servicios de salud.

La "Medicina Defensiva" defensiva surgió en la década de los 90 en los Estados Unidos de América, en un intento por hacer frente a las crecientes demandas legales de los pacientes, se puede definir como una práctica médica que prioriza conductas y estrategias diagnósticas y / o terapéuticas y que tienen como objetivo evitar la pérdida de demandas ante los tribunales jurisdiccionales (Minossi & Da Silva, 2012).

La medicina defensiva se subdivide en aspectos positivos y negativos. En los primeros está otorgar explicaciones detalladas con respecto al padecimiento, la realización de notas médicas más complejas y la obtención del consentimiento por parte del paciente; entre los aspectos negativos se incluyen la prescripción de medicamentos, en muchas ocasiones de manera innecesaria, el incremento de valoraciones por otros especialistas o la referencia de los pacientes a otros niveles de atención, incluido el rechazo de los pacientes considerados de alto riesgo (Prieto Miranda, Valdepeña Ramírez, Mora Sota, & Jimenez Bernardino, 2013).

Figura 2. Mapa conceptual de los beneficios de la conciliación médica



1.9 Diseño de la investigación

Investigación de corte mixto, pues vamos a utilizar la metodología cualitativa y cuantitativa. La aplicación de métodos mixtos en la cual se trabajan métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación, esto nos permite fundamentar las hipótesis y ahondar en los resultados obtenidos (Saenz López & Tamez González, 2014).

Tipo de estudio: Para llevar a cabo el presente estudio, hemos decidido indagar un tema que es poco estudiado desde la presente perspectiva por lo cual lo hemos definido como exploratorio, correlacional y transversal.

Exploratorio porque es una investigación sin antecedentes en la población a estudiar, ya que los estudios exploratorios sirven para conocer información de situaciones indefinidas o que son desconocidas dando oportunidad de aproximarnos para identificar el contexto y la forma de solucionar algún problema inmerso en la población objeto (Hernández Sampieri, fernández Collado, & Baptista Lucio, 2006).

El objetivo de la investigación exploratoria conocer de manera directa un problema con la finalidad de mejorar la formulación de este, asimilar los datos adecuados, implementar las líneas de relación entre las variables inmersas y construir las herramientas conceptuales basadas en el ambiente de vida del cual el científico está aprendiendo (Bracker, 2002).

Por lo que en esta investigación pretendemos demostrar el impacto positivo de la conciliación en el profesional de la salud que se sujeta a este procedimiento ante un conflicto con un usuario de los servicios de salud, buscando comprobar nuestra hipótesis mediante entrevistas semiestructuradas a funcionarios conciliadores de las comisiones estatales de arbitraje Médico de Nuevo León y Coahuila, además de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Además de buscar aplicación de entrevistas en profesionales de la salud que intervienen en un proceso de conciliación por un conflicto con un paciente y que accedan a colaborar con el llenado de estas.

Correlacional porque mediante este estudio pretendemos demostrar que la conciliación es un proceso que aplicándose en conflictos médico paciente minimiza la probable aparición de actitudes defensivas por parte del facultativo, evita la exposición pública, protegiendo el prestigio y la reputación y mantiene el autoconcepto profesional.

1.9.1 Metodología cualitativa

El estudio cualitativo trata de indagar las perspectivas de los diversos actores sociales que participan de manera cotidiana en la realidad que el investigador se encuentra estudiando, para demostrar de forma fehaciente la existencia de las variables implicadas en su investigación.

El proceso metodológico cualitativo propone la comprensión de la realidad desde las múltiples perspectivas, lógicas y visiones de los actores sociales que construyen e interpretan la realidad (Galeano Marin, 2004).

De acuerdo con (Alvarez Gayou Jurgenson, 2003) Las características generales de la metodología cualitativa son:

- El método científico se basa en el estudio de la realidad con la finalidad obtener, crear y acrecentar la ciencia.
- Los fenómenos, los hechos y los sujetos son examinados de forma minuciosa y sistemática.
- La realidad se considera inmutable.
- Se pretende que el investigador sea objetivo.
- El investigador deberá evitar sesgar su investigación por sentimientos o creencias.

La entrevista es un proceso dinámico de comunicación interpersonal, en el que dos o más personas conversan para tratar un asunto de naturaleza profesional en donde alguien demanda algo de información a quien se supone puede proporcionarla, es la forma de buscar información y obtener datos u opiniones, esta técnica es también una fuente de

información no verbal, a través de la conducta observable del o de los entrevistados, por tal motivo el entrevistador debe observar las reacciones, gestos, posturas que pueden proporcionar información (Ander Egg, 2003).

En esta investigación hemos decidido realizar encuestas semiestructuradas a especialistas en el tema de la conciliación médica, y que actualmente se encuentran laborando en este tipo de instituciones gubernamentales como lo son la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y las Comisiones estatales de Arbitraje Médico de Nuevo León y Coahuila.

Una entrevista semiestructurada tiene una secuencia de temas que se deben tratar, sin embargo también debe existir apertura a los cambios de secuencia y las formas de preguntas, se debe hacer una introducción informativa con el sujeto antes de la entrevista, la calidad de una entrevista no solo va apoyada en las preguntas, sino también en la reacción del entrevistador a la respuesta emitida, sondear en busca de más información e intenta verificar las contestaciones expresadas, puede ser igual de importante (Kvale, 2011).

1.9.2 Metodología cuantitativa

Para llevar a cabo la metodología cuantitativa de la presente investigación decidimos recurrir a la encuesta, la cual de acuerdo con (García Córdova, 2004) es un método que se realiza por medio de técnicas de interrogación, procurando conocer aspectos relativos a los grupos.

En este caso utilizaremos el cuestionario que se buscará que sea respondido por profesionales de la salud que están inmersos en un conflicto con un paciente y se encuentren en un proceso de conciliación médica. El cuestionario está estructurado por preguntas que buscan obtener información de forma directa sobre los hechos reales inmersos en las condiciones y prácticas vigentes, respecto a sucesos que están ocurriendo, así como con respecto a opiniones, preferencias, juicios críticos, sentimientos, actividades, etc., de los individuos que son interrogados (Moreno Bayardo, 2000).

Para la construcción del instrumento se trabajó en la localización teórica de las variables, para comprenderlas y hacer la operacionalización a partir de las definiciones de estas, así como la ubicación de cuestionarios preexistentes para valorar las diversas preguntas que nos parecen pertinentes para su adecuación y adaptación a lo que pretendemos demostrar en nuestra investigación.

Una vez que se tuvo el instrumento definitivo (cuando la prueba piloto dejó de arrojar correcciones) se realizó la solicitud formal ante los Comisionados de Arbitraje Médico del estado de Nuevo León, Coahuila y el Nacional, para implementar el cuestionario de forma auto aplicada, anónima y voluntaria, al personal de área médica (médicos y odontólogos) con o sin especialidad, de práctica privada y que en el momento de la aplicación del instrumento (lleven un caso de conciliación médica por conflicto con uno o varios usuarios de servicios profesionales de salud) paciente o paciente y familia con el fin de llegar a un acuerdo vía este Método Alternativo de solución de Controversias (MASC). El instrumento cuantitativo se realizó basándonos en un cuestionario de tipo escala de Likert, el cual es una encuesta auto aplicada en la que pretendemos valorar las variables de autoconcepto profesional, confidencialidad y medicina defensiva.

Capítulo 2 Conflicto médico-odontológico y paciente.

2.1 Generalidades

Actualmente las profesiones del área médica han sufrido cambios acelerados en las tecnologías, técnicas y materiales directos para atender padecimientos en la comunidad, los métodos de análisis se han visto beneficiados de la ayuda de aparatos que nos muestran imágenes en tercera o cuarta dimensión en donde existe la posibilidad de observar de forma más clara posibles cambios de las estructuras del cuerpo, así como identificación de patologías presentes en él.

Sin embargo, los cambios que se han dado en las ciencias de la salud van más allá, ya que otro de los saltos se dio en la relación entre profesional de la salud y el usuario. Anteriormente el trato era paternal, ya que el facultativo actuaba como una figura de autoridad que indicaba lo que el paciente debía realizar con el fin de curar o controlar la enfermedad que lo aquejaba, asimismo el médico gozaba de mayor respeto y prestigio en la sociedad que hoy.

Ahora la relación es de igual a igual, pues se ha convertido en una relación entre prestador y usuario de servicios de salud, y en esta relación el paciente tomó el rol de ser él quien decida tratamiento a elegir para tratar su enfermedad, aunque en ocasiones, esto represente no ser la mejor opción de tratamiento para el paciente.

Esta situación ha llevado a los pacientes a ser más exigentes y sentir una relación lineal con el médico, en la cual es posible cuestionar acerca de los tratamientos recomendados por el médico. Esto da como resultado que el usuario de los servicios de salud se siente con el poder de poner en duda las capacidades del facultativo reclamando cualquier situación que no le parezca, llevándolo incluso a interponer una queja ante instancias administrativas o demandas judiciales, lo cual puede resultar en una fractura en la relación médico paciente.

Actualmente cuando el paciente tiene duda acerca del diagnóstico o tratamiento realizado por el facultativo puede acceder en la red de internet en búsqueda de encontrar su propio autodiagnóstico y/o informarse acerca de los procedimientos utilizados por el profesional de la salud, una vez que encuentra algo relacionado con lo realizado por su médico u odontólogo, y estos difieren se puede presentar un conflicto entre ambos protagonistas del acto médico.

Para evitar los conflictos con los pacientes es necesario tener en cuenta los derechos de los pacientes, ya que una parte importante de los conflictos que se presentan entre profesionales de la salud y los usuarios son causados porque estos últimos pueden sentir que se violaron sus derechos principalmente el derecho a la información.

En conflictos relacionados con la responsabilidad civil, la prueba juega un papel preponderante para demostrar la culpabilidad o inocencia, sin embargo, en la responsabilidad médica, cobra una gran notabilidad. Esto debido a que, en caso de resultar responsabilidad por parte del médico, existe gran publicidad y notoriedad en la sanción, la cual trasciende rápidamente, en cambio en caso de declararse su inocencia, la recuperación del nombre y del prestigio es lenta y dudosa (González Alcántara, 2009).

Desafortunadamente cuando el paciente carece de razón, el daño causado a la reputación y prestigio del médico puede ser irreversible, al grado de generar el uso de la medicina defensiva, la cual, es la actitud que toma el facultativo para tener pruebas en caso de que el paciente desee demandarlo, por ejemplo, un paciente que llega con el médico a consulta con los siguientes signos y síntomas: hipertermia de 38° C (fiebre), dolor en la laringe (garganta), tos, rinorrea (flujo de moco, casi agua), estornudos frecuentes, escalofríos, cuerpo cortado, lo cual corresponde con una simple gripe. Con estos signos y síntomas el médico es capaz de enviar a sus pacientes a realizarse la prueba de la influenza, lo cual no siempre es necesario, como se indica en el siguiente párrafo.

Las demandas o quejas que se ocasionan en contra del personal de la salud, incentivan la presencia de medicina defensiva, asimismo se origina un ambiente de desconfianza mutua

entre el profesional de la salud y el usuario de sus servicios, dando origen a que el médico tenga una actitud adversarial, lo cual puede mermar esta relación (Toledo Hernández JM, 2014).

Por las razones anteriormente expuestas consideramos que los MASC nos ofrecen la oportunidad de revalorar la situación que generó la controversia generada entre el facultativo y su paciente, con las ventajas de tratar de solucionarlo de manera directa entre las partes, bajo el principio de confidencialidad y con ayuda de un tercero experto en el tema de salud.

A continuación, analizamos la importancia que tienen los derechos, tanto del paciente como del profesional de la salud para evitar controversias que pongan en riesgo dicha relación.

2.2 Derecho a la salud

La salud es uno de los derechos fundamentales de los individuos, además de ser un bien económicamente importante, pues, un pueblo con salud puede dar origen a la creación de capital, ya que en las empresas, cada trabajador representa una producción diaria, que de ausentarse, se pierde su producción; por lo tanto el gobierno tiene el deber de coadyuvar en el bienestar de la sociedad que administra, al poner a su alcance los mecanismos necesarios para que los servicios de salud estén al alcance de la comunidad y que sean de calidad.

“El derecho al “grado máximo de salud que se pueda lograr” exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos” (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (Organización de las Naciones Unidas, 1948) en el art. 25.1 indica que:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

Los gobernantes tienen la obligación de regular las actividades de los profesionales de la salud, asimismo vigilar que dicho trabajo se lleve a cabo con los lineamientos que dicta la teoría, para realizar de forma adecuada los procedimientos que necesita cada caso médico.

Por otra parte, en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (Organización de Estados Americanos, 1948) dicta en su Artículo XI lo siguiente.

“Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.”

El artículo 51 de la Ley General de Salud, declara que

“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares”. (Secretaría de Salud, 2018)

2.3 Derechos del paciente en el área médica

Los derechos del paciente surgen como una necesidad que pone a la par al paciente con el médico en cuanto a la decisión adecuada al tratamiento que se necesita, pues en ellos se le otorga un peso importante a la autonomía personal para decidir si el primero es o no tratado por el médico.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) dictó la carta de los Derechos Generales de los pacientes entre los que se incluyen (Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2016).

1.- Recibir atención médica adecuada. En este sentido el paciente que acude con el personal de área médica para ser atendido, lo hace con la confianza de recibir cura o tratamiento a un malestar que le aqueja.

2.- Recibir trato digno y respetuoso. Los pacientes tienen derecho a ser tratados adecuadamente sin importar su origen étnico, condición social, religiosa o cultural o de género, a la luz de los derechos humanos todos somos iguales.

3.- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz. Al momento de ser tratado por el personal de área médica para recibir atención, el paciente debe obtener información veraz y clara acerca del diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

4.- Decidir libremente sobre su atención. Al momento de recibir el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento, el paciente tiene derecho a decidir si se atiende o no, además, en caso de que el tratamiento cuente con alternativas, podrá elegir la que mejor le parezca.

5.- Otorgar o no su consentimiento válidamente informado. Al momento de estar informado acerca del diagnóstico y tratamiento puede tomar la decisión de no atenderse, contando con el beneficio de su autonomía, sin ser coaccionado física o psicológicamente. Sin embargo, debe ser advertido acerca de las consecuencias por evitar el tratamiento de la enfermedad.

6.- Ser tratado con confidencialidad. La confidencialidad es una acción que se pretende al momento de asistir a un médico. El personal de área médica tiene el deber ontológico y jurídico de guardar el secreto profesional acerca del diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento a seguir, así como la identidad del paciente.

7.- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión. Cuando el paciente recibe un diagnóstico realizado por el personal de área médica, tiene el derecho de pedir una segunda opinión acerca del mismo o de los tratamientos que puede llegar a necesitar, con la finalidad de tratar o curar una enfermedad.

8.- Contar con un expediente clínico. El expediente clínico es un documento médico-legal del paciente que contiene la ficha de identidad, antecedentes heredofamiliares patológicos (de enfermedad), estado de salud en general, principio, evolución y estado actual del padecimiento que lo aqueja, el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento a seguir, y los procedimientos que se han seguido para tratar o curar la enfermedad.

9.- Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida. Cuando el paciente considera que el personal de los servicios de salud lo ha tratado de forma inadecuada, tiene derecho a presentar una queja ante el médico que “agredió al paciente”, personal administrativo de la institución que lo trató o ante la CONAMED.

2.4 Derechos del personal de área médica.

A continuación, presentamos un extracto de los derechos generales del cirujano dentista y del médico que consideramos, están asociados con la relación entre prestador y usuario de los servicios médicos dictados por la CONAMED, (Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2016).

- 1. Gozar de reconocimiento y prerrogativas.** el personal de área médica tiene el derecho de contar con el prestigio que le otorga la profesión. Para contar con las herramientas necesarias para mantener o devolver la salud de la población en general.
- 2. Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza.** El profesionista de la salud tiene el derecho de aplicar los conocimientos adquiridos durante su preparación profesional en beneficio del paciente.
- 3. A no garantizar resultado cierto en la atención brindada excepto en casos pactados.** En este sentido el personal de área médica tiene el deber de realizar su trabajo buscando la cura o tratamiento del paciente, teniendo en cuenta que cada paciente es diferente y puede responder al tratamiento de diversas maneras. Cuando se presenta un tratamiento estético es más susceptible de tener responsabilidades y obligaciones de resultados.

- 4. Salvaguardar su prestigio profesional.** El prestigio profesional juega un papel importante en la trayectoria del profesionalista, debido a que esto le atrae una mayor cantidad de pacientes, pues lo hace más confiable.

De esta manera podemos verificar que los profesionistas de los servicios de salud ejercen sus libertades profesionales, al decidir de acuerdo con su preparación profesional el (los) tipo (s) de procedimiento (s) a recomendar a un paciente y no asegurar un resultado positivo en el tránsito del malestar a la salud que sufre el usuario del servicio médico.

2.5 El conflicto

Antes de ingresar en este rubro tan complejo de posibilidades fenomenológicas sociales, como lo es el estudio del conflicto, debemos conocer las definiciones del conflicto hechas por los teóricos, causas, implicaciones, visiones u ópticas y resoluciones de este de forma general y lo trasladaremos a los conflictos que surgen en una relación entre personal del área médica y el usuario de los servicios de salud, el paciente o su familiar.

El conflicto está visto por muchas personas desde el punto de vista negativo, puesto que regularmente involucra una contraposición y competencia entre dos partes, las cuales, de acuerdo con la costumbre, muestran interés de ganar, aunque, esto lleve a perder algo a la contraparte.

Puede surgir como incompatibilidad en la forma de pensar acerca de un objeto (situación o necesidades) relacionado con dos partes pudiendo ser estas, sujetos individuales o grupos de personas, lo que ocasiona un desequilibrio de la relación en la cual están inmersas.

El conflicto es inherente a al humano y a la vida en sociedad, puesto que cada persona tiene diversos tipos de enfoque, valores, creencias y necesidades que se pueden contraponer entre ellos, dando origen a este fenómeno (Esquivel Guerrero, Jimenez Bautista, & Esquivel Sánchez, 2009). Para (Lederach, 2000) es un proceso normal en la

convivencia en sociedad, e inevitable para la vida, puede ser productivo o dañino, según la manera de codificarlo.

“El conflicto es un fenómeno universalmente ubicuo y en permanente recurrencia dentro de las sociedades y entre ellas. No es necesariamente constante o uniformemente intenso. Es bastante probable, sin embargo, que una cierta cantidad de conflicto de bajo nivel, mudo y casi invisible, se produzca constantemente en todas las sociedades, aun en aquellas aparentemente más pacíficas” (Dougherty & Pfaltzgraff, 1993).

Los conflictos al igual que la energía, no se crean ni se destruyen, solamente se transforman, por lo que, hay que permanecer atentos a las circunstancias que están implícitas en ellos, para saber cómo actuar para modificarlas, con el fin de controlar las consecuencias, permutar de una visión catastrófica, hacia una constructiva que brinde resultados benéficos para la relación en crisis.

“El conflicto es un fenómeno natural en toda sociedad, es decir, se trata de un hecho social consustancial a la vida en sociedad. Así mismo, las disputas son una constante histórica, puesto que han comparecido en todas las épocas y sociedades a lo largo de los tiempos” (Silva García, 2008).

El conflicto es consecuencia de la pobre comunicación, mala percepción, defectuosa socialización y otros procesos inconscientes (Redorta, 2004). Como lo dice el autor la pobre comunicación también juega un papel importante en el conflicto entre médico-odontólogo y paciente ya que en los momentos en que se presenta alguna dificultad, suele ser debido a que el facultativo no dejó claros los efectos secundarios o riesgos de alguna intervención e incluso en las causas de la enfermedad que le aqueja o diagnósticos establecidos incluyendo el plan de tratamiento.

Además, Redorta comenta sobre el abordaje del conflicto conociendo a las partes que están inmersas en él, puesto que las diferencias en puntos de vista o formas de pensar,

puede ser el origen de este. Por lo tanto, hay que invitar a las partes a implicadas para dialogar su versión de los hechos, posteriormente compilar las ideas y aclararlas. El objetivo de esto es que se mejore la comunicación y el conflicto tome un curso positivo.

En la profesión de la salud, dentro de los causantes de los conflictos con los usuarios, podemos encontrar la falta de comunicación asertiva al momento de explicar los diagnósticos o tratamientos con sus efectos, la apatía para tratar a los pacientes con humanidad, desorientación de médico-odontólogo respecto a su experiencia en el campo clínico, mala praxis médica, entre otros.

Cuando se presenta un conflicto por supuesta mala praxis argumentada por el paciente, la historia clínica realizada de forma correcta y actualizada además del consentimiento informado por cada procedimiento realizado, son documentos que le servirán al profesional de la salud como soporte de defensa con el fin de aclarar los procedimientos y tratamientos indicados o realizados al paciente.

La incursión de los profesionales del derecho en la verificación de los conflictos derivados de la relación médico paciente se ha incrementado, elevando el riesgo de presentar demandas, en algunas ocasiones sin una justificación válida, lo que merma este engranaje que se da en busca de mejorar las condiciones de salud de la comunidad (Comisión Estatal de Arbitraje Médico para el Estado de Aguascalientes, 2018).

Esta situación colabora en el incremento de quejas o demandas, ya que también los familiares del enfermo pueden causar una incentivación para proceder de manera legal o administrativa contra el profesional de la salud.

Un estudio llevado a cabo por (Navarro Sandoval, Arones Guevara, Carrera Palao, Casana Jara, & Colque Jaliri, 2013) en 821 médicos denunciados demuestra que el 60,3% (495/821) de los casos fueron valorados como actos médicos realizados de acuerdo a la *lex artis* y 16,8% (138/821) no está de acuerdo a la *lex artis*. En 13% (107/821) de los

casos no se pudo emitir conclusiones y en 9,9% (81/821) las conclusiones del informe pericial no incluyen una valoración del acto médico.

En esta misma investigación las denuncias fueron mayores principalmente en especialidades quirúrgicas. Dentro de los casos en que el acto médico no estuvo de acuerdo con la *lex artis* según especialidades quirúrgicas, la mayor frecuencia correspondió a la especialidad de ginecología y obstetricia en 50,9% (59/116) y para especialidades clínicas la frecuencia fue mayor para pediatría 22,7% (5/22).

2.5.1 El conflicto médico paciente

El conflicto médico paciente es provocado cuando el usuario de los servicios de salud se siente defraudado por el profesional tratante, el origen puede ir desde una deficiente comunicación por parte del facultativo, hasta un ejercicio de la práctica profesional con errores que complican el pronóstico o causan algún efecto adverso en la salud del paciente e incluso la muerte.

“La crisis, en la relación médico-paciente está determinada por una actitud que subvalora y degrada al paciente a la condición de objeto, generando un trato alienante y cosificado que deshumaniza la interacción. Surge así un primer obstáculo, desafortunadamente frecuente, de la relación médico-paciente: centrarse en los problemas anatómicos y fisiológicos, desatendiendo las demás dimensiones de la persona, lo que si bien permite asegurar una eficaz apreciación de los trastornos orgánicos, ignora aquellos aspectos relacionados con el comportamiento, la sociedad y la cultura que permiten contextualizar y percibir fenómenos relacionados con el origen de la enfermedad, las estrategias terapéuticas y su prevención” (Bohórquez, 2004).

Comúnmente un conflicto entre el personal de área médica y un usuario de los servicios de salud inicia con la falta de comunicación asertiva acerca del diagnóstico, pronóstico y/o

plan de tratamiento o por un supuesto maltrato por parte del profesional de la salud, esto lo sustentamos en el siguiente párrafo.

La calidad de la atención médica tiene como tema central la comunicación humana; pero si ésta es insuficiente, el riesgo de que se presente un conflicto aumenta; la mayoría de los problemas en este binomio de salud (médico-paciente) no son causadas por un mal desempeño técnico profesional, sino por un error en la comunicación entre el facultativo y el usuario de los servicios de salud (Castañeda Hernandez, 2013).

Esto demuestra que la mayor parte de las situaciones que desencadenan un conflicto en la relación médico paciente es resultado de una deficiente comunicación en cuanto al diagnóstico o tratamiento indicado en el paciente con la finalidad de mejorar sus condiciones cotidianas.

El riesgo de reclamaciones puede reducirse con una adecuada información al paciente, el seguimiento de las guías clínicas, el control de los factores de riesgo, y la adopción de listas de verificación en cada procedimiento invasivo, en caso de complicación o efecto adverso grave debe procederse a dar explicaciones al paciente y a sus familiares, y comunicarlo a la institución donde trabaja (Bruguera, y otros, 2012).

Como lo ha indicado Bruguera y sus colaboradores es muy importante dejar en claro al paciente el tipo de intervención que ha de realizarse y/o las alternativas de tratamiento, con los posibles efectos secundarios de acuerdo a la elección de tratamiento, pues como se dice coloquialmente toda información previa al tratamiento es efectiva, toda información después del tratamiento puede sonar a excusa, por tal razón el facultativo deberá explicarle de forma asertiva las implicaciones del tratamiento , además de seguir adecuadamente las guías clínicas referentes al o los tratamientos a seguir.

El principal resultado de los cambios en el deterioro de la relación médico-paciente, genera desconfianza hacia los sistemas de atención médica, con pérdida

del prestigio profesional, que se traduce en un aumento explosivo de la tribunalización de los conflictos, los enfermos disconformes o que se sienten en un callejón económico sin salida, piensan en demandar a sus médicos, además las querellas por «Mala Praxis» son económicamente más atractivas para los abogados, constituyendo un campo de especialización en dicho ejercicio (Ritz, García, & Ortega, 2005).

A continuación, presentamos las causas y prevalencia de los conflictos de la relación médico paciente.

2.5.2 Causas y prevalencia

Los individuos necesitan contar con buena salud en general para llevar a cabo sus actividades cotidianas, en caso de padecer alguna enfermedad en el ámbito privado las normas y leyes de nuestro país permiten que el acto médico/odontológico se lleve a cabo en un consultorio (a menos que sea un acto quirúrgico mayor, por ejemplo, cirugías de quirófano en médicos o maxilofaciales en el área odontológica), con la ventaja de contar con cubículos individuales para mantener la confidencialidad del tratamiento indicado para cada paciente.

Esto conlleva al inicio de una conexión entre ambos, profesional de la salud y usuarios de sistema de salud, dando la posibilidad de ganarse la confianza para devolver la salud. En algunas ocasiones puede incrementar la posibilidad de presentarse un conflicto, puesto que una de las condiciones para que este fenómeno surja debe haber una relación interpersonal.

Cuando el paciente acude al consultorio para atención por parte del facultativo, el trato debe ser, en primera intención de empatía, pues esta generará confianza en el convaleciente para con el profesional de la salud, sin embargo, cuando el médico-dentista da un trato no adecuado al enfermo, se tiene incertidumbre sobre los tratamientos a seguir y se generará desconfianza por desinterés en la comunicación entre ambos.

El conflicto médico puede originarse como un desacuerdo entre el facultativo y el paciente, puede involucrar aspectos de negligencia o ética en la conducta al tratar al paciente, también puede ser causado por un accidente, y la víctima, puede exigir compensación económica o retratamiento, otros casos pueden involucrar un diagnóstico o un tratamiento que no cumple los deseos del paciente (Solheim, 2014).

Cuando el paciente pierde la confianza que tenía en su médico y está decidido a depositarla en otro, ni ha de negarse éste, ni ofenderse aquel, porque la opinión individual es libre y merece respeto. (García Dingman, Medina López, González Treviño, & García Guerrero, 2008).

Por esta razón, es recomendable que el profesional de la salud genere una relación que logre la confianza del usuario de los servicios de salud, pues la mejor recomendación para captar nuevos pacientes es la que se da boca en boca, y cuando hay molestia por parte del paciente, puede evitar que lleguen más pacientes de primera vez.

El ejercicio de las profesiones de la salud está basado principalmente en la comunicación entre el facultativo y el usuario de los servicios de salud, pues todo diagnóstico se precisa a partir de la información que se adquiere mediante la interpelación y la exploración física al paciente (Sánchez-González, Cacho-Salazar, Hernández-Gamboa, Campos-Castolo, & Tena-Tamayo, 2007).

Este punto es de alta relevancia, puesto que resulta fundamental la confianza que el paciente deposita en las competencias técnicas científicas del médico u odontólogo, un trato digno por parte del profesionalista hacia el paciente o sus familiares. Esto le da un valor agregado que conlleva a que el facultativo haga sentir y saber que las decisiones que se tomarán, en conjunto con el paciente o familiar, son las mejores para sanar la enfermedad.

Así mismo la comunicación efectiva juega también un papel en el desarrollo de la relación entre el paciente o familiares de este y el dentista. El trato, la correcta explicación de los

procedimientos a instaurar para sanar o tratar el padecimiento y los riesgos que pueden presentarse al intervenir en el paciente, esta argumentación debe ser lo más claro y coloquialmente posible, sin tecnicismos, de tal manera que al paciente no le quede duda alguna.

2.5.3 La mala praxis

Dentro de las causas del conflicto entre personal de la salud y su paciente se encuentra la mala praxis, la cual es generada por la impericia al momento de realizar algún procedimiento clínico, o por llevar a cabo una técnica no adecuada a los protocolos que están indicados para la terapéutica necesaria para tratar la queja por la que acude el enfermo con la finalidad de curarse.

El progreso que ha tenido la ciencia ha provocado que los pacientes tengan expectativas excesivas en los tratamientos, los cuales no siempre logran cumplirse, y además tienden a atribuirle al profesional “negligencia operatoria”, denominada comúnmente como “mala praxis” (Suarez Londoño, Gallego Ramírez, Gallego Gómez, & Mora Moncada, 2012).

En concordancia con el párrafo anterior, es verdad que actualmente la información fluye a mayor velocidad, las personas están en búsqueda de posibles autodiagnósticos y cuando acuden con el personal de área médica en especial, quieren saber “para ratificar su autodiagnóstico” de qué se trata su problema de salud, así como las posibilidades de tratamiento que el paciente ocupa para sanar su enfermedad.

Por tal razón el médico u odontólogo no solo debe tener los conocimientos suficientes para dar respuesta a las preguntas que el paciente realice, conforme al diagnóstico sino también saber expresarlos de manera clara y precisa de forma que el paciente lo comprenda sin lugar a duda, y de acuerdo con el procedimiento que se necesite llevar a cabo, asienta para el tratamiento que amerite la enfermedad.

En la práctica profesional, los profesionales de la salud, pueden caer en fallas durante la atención que pueden causar consecuencias en la salud de los usuarios de los servicios de

salud; estos con el fin de obtener un resarcimiento monetario por el daño cometido acuden a instancias legales para dar inicio a un proceso lento y costoso, que en la mayor parte de los casos no llega a resolución alguna y acarrea un daño en el prestigio del facultativo (Gamero Gurrutia, y otros, 2006).

Como hemos estado observando en los diversos autores de este tema, estamos conscientes de la importancia que tienen tanto la comunicación, como el buen trato a los pacientes por parte del personal de área médica, dando prioridad a las preferencias y autonomía del paciente por medio del consentimiento informado, además de tomar las precauciones de no entrar en un territorio que no se domina por parte del profesional de la salud, dichas situaciones colaboran en el fortalecimiento de la relación de los implicados en el acto médico u odontológico.

Tabla 3 Tipología, intensidad y características conflictuales con las técnicas de intervención MASC usuales y apropiada adaptada de (Vinyamata, 2005).

	Ámbito	Intensidad	Tipología	Métodos
Orientación y gestión; Conciliación, Arbitraje	Conflicto personal de área médica-usuario de servicios de salud	Leve, moderada a graves, desde puntos neurobiológicos y físicos, psicológicos, patológicos y estéticos.	De Comunicación Por mal praxis Negligencia Maltrato personal Falla en la semiología (para diagnóstico).	Orientación acerca de la situación. Gestión de servicios que no haya recibido el paciente. Conciliación. Busca transformar el conflicto entre las partes con la colaboración de un tercero experto en temas médico-legales que puede sugerir soluciones. Arbitraje. Con ayuda de expertos se aplica la norma. Mediación. Se utiliza en procesos privados, con ayuda de un tercero que colabora con la búsqueda de apertura de vías de comunicación entre las partes para que busquen la transformación del conflicto.

En la presente tabla se desglosan los tipos, intensidades, y métodos utilizados para en la búsqueda de la transformación positiva de los conflictos presentes en la relación entre profesional de los servicios de salud y los usuarios de dichos servicios.

En el siguiente capítulo de la presente investigación daremos cuenta de algunas consecuencias que sufre el personal de área médica por la presencia de un conflicto con un paciente.

Capítulo 3. Consentimiento informado e historia clínica

En el presente capítulo los detalles que deben tomarse en cuenta al escribir la información necesaria en el consentimiento informado y la historia clínica, aunque cabe mencionar que estos documentos no eximen de responsabilidad al profesional de la salud, si se llevó a cabo algún procedimiento clínico erróneo. Si no hay evidencia de historia clínica, o existen errores al describir el tratamiento realizado (con letra legible), junto con especificaciones de medicación o indicaciones dadas al paciente, o en su defecto la ausencia de un consentimiento informado, son causa de consideración existencia de mala praxis.

En muchos casos en los que se presenta una queja por un paciente en contra de un profesional de la salud y son aceptados para llevar a cabo algún procedimiento, ya sea administrativo o jurisdiccional, la historia clínica llevada a cabo de forma precisa (con todos los rubros, que más adelante vamos detallando) así como el contar con el consentimiento informado en especial en procedimientos invasivos, juegan un papel esencial para establecer criterios de valor al momento de observar los detalles del caso.

3.1 Consentimiento Informado

3.1.1 Definiciones.

Son los documentos escritos, firmados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente (Secretaría de Salud, 2012).

Según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica es una manifestación de voluntad que debe ser emitida libre, voluntaria, expresa e

informadamente, sin que la persona pueda ser objeto de presiones o coacciones destinadas a influir la opción en uno u otro sentido (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). Es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud (Jefatura del Estado Español, 2002).

Es la aceptación libre, voluntaria y consciente de un paciente o usuario, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar un acto asistencial (Ministerio de Salud y protección social, 2016).

En estas cuatro definiciones del consentimiento informado el encuentro en común es la manifestación de libertad consciente sobre cualquier procedimiento con fines médicos o de investigación a llevarse a cabo en la persona que tiene el derecho de aceptar o negarse a dichas prácticas. Este paso en la atención de servicios médicos ha cobrado importancia en los últimos años, puesto que anteriormente el profesional del área médica, llámese médico o dentista, era quien tomaba las decisiones acerca de la terapéutica a seguir respecto a la enfermedad del paciente, sin consultar su opinión.

3.1.2 Naturaleza de consentimiento informado.

“La Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Jefatura del Estado Español, 2002), destaca la voluntad de humanización de los servicios sanitarios. Así mantiene el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, de un lado, y, del otro, declara que la organización sanitaria debe permitir garantizar la salud como derecho inalienable de la población mediante la estructura del Sistema Nacional de Salud, que debe asegurarse en condiciones de escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan y sin ningún tipo de discriminación” (Jefatura del Estado Español, 2002).

Dentro de los principios que los profesionales de la salud debemos tener en cuenta para la realización del Consentimiento Informado es de respetar la autonomía del paciente para llevar a cabo intervenciones invasivas en la búsqueda de regresar el estado de salud óptimo. Por tal razón a continuación presentamos la importancia de conocer acerca de la bioética al atender a un paciente.

La bioética es la disciplina que busca aclarar problemas éticos que surgen con relación a la salud: al hacer investigación con seres humanos, diseñar o implementar una política de salud, y brindar atención médica (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

Sus principios fundamentales, adaptados a la profesión del área médica, son:

- Beneficencia. Este principio aplicado a los profesionales de la salud representa el principio de realizar el trabajo profesional por parte del personal de área médica con el único propósito de ayudar al paciente con su enfermedad o tratar el mal que lo aqueja.
- Justicia. En este sentido se refiere al acto médico con único fin de tratar la enfermedad de cualquier persona que lo necesite.
- Autonomía. Este principio se refiere al acto en que el paciente puede aceptar o negarse a recibir tratamiento para sanar la enfermedad que lo aqueja. Este depende de la información que le brinda el profesional de la salud, en ocasiones el paciente puede tomar la decisión de no tomar el tratamiento necesario para tratar una enfermedad debido a las complicaciones que pueden surgir posteriores a la intervención, por ejemplo, una amputación de un miembro inferior (pierna) por un tumor o muerte de dicha parte del cuerpo.

Pentón García, Véliz Águila, Prado Lemus, & Mary Herrera (2009), indican que precisamente de autonomía y justicia se trata cuando aplicamos el término "consentimiento informado", que se define como "*la conformidad expresada por el*

paciente, manifestada por escrito y tras la obtención de una información adecuada para la realización de un diagnóstico terapéutico sobre su persona".

La nueva forma de relación entre facultativo y el usuario de salud que tiende a imponerse insiste en el aspecto legítimo del enfermo a que se le manifieste de forma objetiva y clara, a qué tratamientos se lo piensa someter, y a dar – o no – su consentimiento de modo explícito en cada caso (Andorno, 2003).

De acuerdo a (Cañete, Guilhem, & Brito, 2012) el Consentimiento Informado escrito incorrectamente carece de valor legal y/o moral y, aun siendo adecuado, la firma del mismo no exime al médico de responsabilidad en caso de negligencia; el facultativo que no demuestre en sus documentos el consentimiento informado puede ser acusado de responsabilidad por los daños ocasionados en su paciente, aunque haya llevado de forma correcta los protocolos definidos para el procedimiento implementado con la finalidad de sanar la enfermedad que lo adolece, por esta razón al momento de llenar este documento debe hacerse de forma correcta y adecuada, de lo contrario pierde valor legal.

Un consentimiento Informado inadecuado es aquel que carece de firma del paciente, no explica el tratamiento con los posibles efectos secundarios, no indica las ventajas y desventajas del procedimiento a seguir, así como las diversas alternativas que se pueden ofrecer al usuario de los servicios de salud para tratar la queja del paciente.

Tabla 4. Comparativa entre las normas mexicana y española con los requisitos mínimos necesarios que debe contener el consentimiento informado.

<p>Consentimiento informado NOM 004 SSA 2012 del expediente clínico, México</p>	<p>Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, España</p>
<p>10.1.1 Deberán contener como mínimo:</p> <p>10.1.1.1 Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso;</p> <p>10.1.1.2 Nombre, razón o denominación social del establecimiento;</p> <p>10.1.1.3 Título del documento;</p> <p>10.1.1.4 Lugar y fecha en que se emite;</p> <p>10.1.1.5 Acto autorizado;</p> <p>10.1.1.6 Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado;</p> <p>10.1.1.7 Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; y</p> <p>10.1.1.8 Nombre completo y firma del paciente, si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, del tutor o del representante legal;</p> <p>10.1.1.9 Nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, en su caso, se asentarán los datos del médico tratante.</p> <p>10.1.1.10 Nombre completo y firma de dos testigos.</p> <p>10.1.2 Los eventos mínimos que requieren de cartas de consentimiento informado serán:</p>	<p>Artículo 8.</p> <p>1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, (...).</p> <p>2. El consentimiento será verbal por regla general.</p> <p>Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.</p> <p>Artículo 10. Condiciones de la información y consentimiento por escrito.</p> <p>1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:</p> <p>a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.</p> <p>b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.</p> <p>c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.</p> <p>d) Las contraindicaciones.</p> <p>2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.</p>

<p>10.1.2.1 Ingreso hospitalario;</p> <p>10.1.2.2 Procedimientos de cirugía mayor;</p> <p>10.1.2.3 Procedimientos que requieren anestesia general o regional;</p> <p>10.1.2.4 Salpingoclasia y vasectomía;</p> <p>10.1.2.5 Donación de órganos, tejidos y trasplantes;</p> <p>10.1.2.6 Investigación clínica en seres humanos;</p> <p>10.1.2.7 Necropsia hospitalaria;</p> <p>10.1.2.8 Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo;</p> <p>10.1.2.9 Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.</p> <p>10.1.3 El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento informado adicionales a las previstas en el numeral 10.1.2, cuando lo estime pertinente, sin que, para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.</p> <p>10.1.4 En los casos de urgencia, se estará a lo previsto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.</p>	
--	--

En la tabla anterior encontramos coincidencias en los procedimientos que deben incluir consentimiento informado por escrito, sin embargo, a diferencia del de México, el de España nos indica que pueden ser verbales, solo en los tratamientos que necesitan actos quirúrgicos el consentimiento informado es necesario llenar y estar firmado por el paciente y/o su representante (familiar más cercano, presenta para tomar decisiones).

Tabla 5. Consentimiento informado paciente inconsciente y en ausencia de representante

México	Chile	España	Colombia
<p>Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica</p> <p>Artículo 81.-</p> <p>Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.</p>	<p>Reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud.</p> <p>Artículo 11.- En los casos en que la persona se encuentre incapacitada de manifestar su voluntad al respecto y no sea posible obtenerla de su representante legal, por no existir o no ser habido, los profesionales tratantes aplicarán los tratamientos o procedimientos necesarios para garantizar la protección de su vida. Una vez que el paciente pueda tomar sus propias decisiones, se operará en la forma establecida precedentemente; si ello no ocurre, los profesionales continuarán con los procedimientos que estimen indicados al caso.</p>	<p>Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.</p> <p>Artículo 9. Límites del consentimiento informado</p> <p>2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:</p> <p>a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes (...), se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de</p>	<p>Resolución número 00002003 de 2014</p> <p>En caso de que el paciente no cuente con sus facultades plenas, la aceptación del acto médico la hará el familiar, allegado o representante que sea responsable del paciente.</p>

		<p>personas.</p> <p>b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.</p>	
--	--	---	--

Las leyes de México, España, y Chile indican las pautas a seguir en el momento en que el paciente se encuentra inconsciente por lo que no les es posible obtener el consentimiento informado, además si no se encuentra algún familiar que pueda tomar las decisiones por el paciente, será posible que los médicos tratantes atiendan de acuerdo a la lex artis con los tratamientos adecuados a la urgencia que se presente en el momento de tomar la decisión de atenderle, teniendo que redactar de forma precisa y clara las causas que llevaron a tomar la determinación. Por el contrario, en Colombia no se manifiesta el hecho de la falta de algún familiar y que el paciente no se encuentre consciente.

A continuación analizamos los artículos (80, 81 y 82) referentes al consentimiento informado suscritos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (Secretaría de Salud de México, 2017), en los cuales se establecen las situaciones médicas en las que es necesario recabar la firma del usuario de los servicios de salud en un documento en el que se exprese de manera clara y objetiva acerca de los procedimientos con fines diagnósticos, terapéuticos o de investigación, así como las alternativas y consecuencias secundarias de estos para que el paciente determine el tratamiento a seguir o emita una negativa que le permita sanar.

ARTÍCULO 80.- *En todo hospital y siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico quirúrgicos necesarios de acuerdo con el padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma. Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente.*

En este artículo podemos deducir que el profesional de la salud debe explicar al paciente de manera que entienda, es decir evitando tecnicismos médicos científicos, pues es importante que el paciente y sus familiares (siempre y cuando el enfermo autorice que se informe a su familia) comprendan la información necesaria para tomar la decisión que mejor les parezca acerca de los procedimientos que se deben realizar en el paciente para aplicar los medios necesarios con la finalidad de devolverle un estado de salud óptimo.

ARTÍCULO 81.- *En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, el documento a que se refiere el artículo anterior será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que le acompañe, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización.*

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizadas del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

Este artículo pone de manifiesto que la decisión de atender al paciente cuando este se encuentra en un estado de incapacidad mental o física (inconsciente), quien tiene la decisión del tipo de intervención médica o negarse a esta, recae en el familiar más cercano presente en la institución que le prestará los servicios de salud, y en caso de

existir ausencia de algún familiar, la responsabilidad de actuación queda en manos de los profesionales de la salud, que de acuerdo a los protocolos de actuación para el caso que se presente y previendo los riesgos para la salud del enfermo, debe anteponer la vida del paciente a estos riesgos y actúa para preservar la existencia de la persona.

ARTÍCULO 82.- El documento en el que conste la autorización a que se refieren los Artículos 80 y 81 de este Reglamento, deberá contener:

I.- Nombre de la institución a la que pertenezca el hospital:

Por ejemplo, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salud y Asistencia (SSA)

II.- Nombre, razón o denominación social del hospital;

Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) # 21 del IMSS, UMAE #34 IMSS; Hospital ISSSTE Constitución o de Av. Ruiz Cortines; Hospital Metropolitano, Hospital Materno Infantil, etc.

III.- Título del documento;

Consentimiento bajo información por tratamiento invasivo.

IV.- Lugar y fecha;

V.- Nombre y firma de la persona que otorgue la autorización; y

VI.- Nombre y firma de los testigos.

En este caso los testigos pueden ser por parte de ambos lados de la relación profesional médico paciente, es decir uno por el lado del paciente y otro por parte del médico. El documento deberá ser impreso, redactado en forma clara, sin abreviaturas,

enmendaduras o tachaduras, además debe ser escrito de forma clara, que la letra sea entendible para ser verificable la información escrita, el hecho de ser ilegible puede resultar en responsabilidad por omisión.

ARTÍCULO 83.- *En caso de que deba realizarse alguna amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente en el paciente o en la condición fisiológica o mental del mismo, el documento a que se refiere el artículo anterior deberá ser suscrito, además, por dos testigos idóneos designados por el interesado o por la persona que lo suscriba.*

Estas autorizaciones se ajustarán a los modelos que señalen las Normas Técnicas.

ARTÍCULO 84.- *Toda medida diagnóstica, preventiva, terapéutica o rehabilitadora que tenga carácter experimental...*

Por ejemplo, el diagnóstico mediante medios de contraste en una persona en la que se quiere obtener información acerca de la formación de vasos sanguíneos en una lesión tumoral surge la necesidad de suministrar sustancias que sean visibles a la radiación.

3.1.3 Jurisprudencia del consentimiento informado

Galán Cortes (2005) comenta que en el juicio *Roger vs Oakin*, la Suprema Corte de Massachusetts en 1979 estableció que: “Cada adulto competente tiene derecho a renunciar al tratamiento, o incluso a la cura, si esto se vincula con lo que para él son intolerables consecuencias o riesgos, por más desaconsejables que ello pueda ser a los ojos del médico (González Alcántara, 2009).

En la formación de los profesionales del área médica se privilegia la vida en situaciones en que se hace necesario eliminar un miembro u órgano para preservar la salud y si está en manos del médico tomar la decisión cuando el paciente se encuentra en incapacidad para decidir, usualmente el facultativo elige amputar o eliminar la estructura dañada aunque esto implique afectar la forma de vivir del paciente, en caso contrario en el que el enfermo

puede tomar la decisión previamente informada acerca de las alternativas de tratamiento, beneficios y riesgos, así como de las consecuencias de negarse a ser intervenido por el personal de la salud, debe firmar la negativa a ser tratado como lo indica el párrafo próximo anterior. Esta negativa puede darse, aunque el paciente ya haya firmado el consentimiento y aún no se ha iniciado la intervención, por lo que debe suspenderse el procedimiento a realizar.

El consentimiento informado es consecuencia necesaria o explicitación de derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia, el cual consiste en el derecho del paciente de otorgar o no su consentimiento válidamente informado en la realización de tratamientos o procedimientos médicos. En tal sentido, para que se pueda intervenir al paciente, es necesario que se le den a conocer las características del procedimiento médico, así como los riesgos que implica tal intervención. A través de éste el paciente asume los riesgos y consecuencias inherentes o asociados a la intervención autorizada; pero no excluye la responsabilidad médica cuando exista una actuación negligente de los médicos o las instituciones de salud involucradas (Consentimiento informado en materia médico-sanitaria, sus finalidades y supuestos normativos, 2016).

Cuando el consentimiento informado está bien realizado, explícito, claro para el paciente, con letra legible y sin alteraciones o tachaduras, ni abreviaturas, pero el procedimiento clínico se llevó a cabo fuera de los protocolos de intervención dictados para la técnica a emplear en dicha situación y se presenta alguna complicación del tratamiento, el Consentimiento Informado no exime de responsabilidad al facultativo sobre el resultado de la operación que se realizó en el paciente.

Derivado de lo resuelto por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación puede afirmarse que el consentimiento informado en materia médico-sanitaria cumple una doble finalidad: por un lado, constituye la autorización de una persona para someterse a procedimientos o tratamientos médicos que pueden incidir en su integridad física, salud, vida o libertad de conciencia y, por otro lado, es una forma de cumplimiento

por parte de los médicos del deber de informar al paciente sobre el diagnóstico, tratamiento y/o procedimiento médico, así como de las implicaciones, efectos o consecuencias que pudiera traer a su salud, integridad física o vida (Consentimiento informado, derecho fundamental de los pacientes, 2011).

“El consentimiento informado no solamente es un derecho básico del paciente, sino que además es un requerimiento de carácter ético y legal para el médico y todo el personal de salud” (Cantú Martínez, 2015)

En este sentido las diversas jurisprudencias indican la importancia de informar debidamente a los pacientes acerca de los tratamientos a seguir para tratar la enfermedad o aplicar los procedimientos terapéuticos, aunque con esto el paciente tome decisiones que afecten su vida, tienen que ser respetada a pesar de ir en contra de lo que se le enseña al profesional de la salud en la formación acerca de la importancia del cuidado de la salud y la vida del paciente.

3.2 Historia clínica o expediente clínico

La historia clínica está definida como un documento médico legal en la que están suscritos los datos recabados acerca de la identificación del paciente, el motivo de consulta, el principio y la evolución de la enfermedad que lo aqueja, los hábitos y costumbres del paciente, los antecedentes heredofamiliares, un interrogatorio por aparatos y sistemas, un apartado de exploración física, además de notas de tratamiento y evolución de la enfermedad.

En la carta de los derechos del paciente suscritos por la CONAMED se inscribe el derecho de contar con un expediente clínico el cual presentamos a continuación. El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sea asentado en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo

solicite, obtener por escrito un resumen clínico verás de acuerdo con el fin requerido.

3.2.1 Definiciones

Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables (Secretaría de Gobernación, 2017).

Por su parte (Barreto Penié, 2000) indica que la historia clínica es un instrumento básico en todas las fases de la atención médica que se emplea para implementar el diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, ejecución y control de las acciones destinadas al fomento, recuperación, y rehabilitación de la salud.

Por nuestra parte comentamos que la historia clínica es un documento en el que se registran en primera instancia la ficha de identidad datos del paciente entre los que se incluyen nombre, edad, género, estado civil, dirección, lugar de nacimiento, nacionalidad, escolaridad, ocupación, religión, grupo sanguíneo, teléfonos, correo electrónico, estos datos son recabados con la finalidad de:

Fecha

Para tener identificado el día en que se brindó atención por primera vez al paciente, además de indicarnos las condiciones en que se presentó a la primera cita.

Nombre de la persona

Para identificar quién es la persona que se está tratando, que tratamientos se han llevado a cabo en el paciente y que precauciones se deben tomar si el paciente es alérgico o padece alguna enfermedad. Actualmente se recomienda exigir una identificación con fotografía o utilizar cámaras fotográficas para identificar de manera precisa al paciente, para evitar situaciones fraudulentas o equivocaciones a la hora de tratarlo.

Sexo del (de la) paciente

Una mujer puede estar en estado de embarazo, puede ser propensa a padecer anemia por una pérdida excesiva de sangre durante la menstruación; en el caso del sexo masculino, en edad mayor a 30 años es más propenso a padecer infartos al corazón en comparación con la mujer, debido a que la mujer necesita colesterol para fabricar los estrógenos.

Edad

Este dato indica también es importante por las posibles enfermedades a que está en riesgo el paciente, como pueden ser en infantes, enfermedades relacionadas con viruela, varicela, sarampión, etc. Adultos pueden padecer infartos al corazón, hipertensión arterial, diabetes, etc.

Dirección

Para saber en dónde vive el paciente, por ejemplo, si vive cerca de una mina de oro, en la que se utiliza mercurio para purificar el oro, puede haber riesgos para la comunidad que vive cerca de este sitio de trabajo, un ejemplo de este tipo de riesgos surgió el siglo pasado, en el que las personas que vivían en los alrededores de la mina consumían peces del mar en donde se vertían los desechos del proceso de purificación del oro, en ellos había restos de mercurio que se fue acumulando en los seres vivos de esa zona, las personas que consumieron esos peces acumularon mercurio en su cuerpo y posteriormente presentaron síntomas neurológicos debido al acúmulo de dicha sustancia,

al realizar el estudio de la comunidad se llegó a la conclusión que esos efectos fueron debidos a la zona en donde vivían .

La escolaridad

Para notar la manera en que se explicará al paciente acerca de la enfermedad, los procedimientos diagnósticos, las alternativas de tratamiento y las consecuencias o riesgos de la intervención médica. Esta explicación debe ser de acuerdo con el nivel de comprensión – aprendizaje del usuario de los servicios de salud.

La ocupación

El motivo principal para verificar la ocupación del paciente es para verificar los posibles riesgos epidemiológicos de las enfermedades, por ejemplo, una persona que se dedica a asar carnes tiene la posibilidad de desarrollar enfermedades que afectan el tracto respiratorio o los pulmones, por la cantidad de monóxido de carbono que inhala continuamente por sus labores cotidianas. Por ejemplo, los meseros que trabajan en lugares en los que se permite fumar, lo cual lo convierte en fumador pasivo y le incrementa el riesgo de padecer cáncer de pulmón o enfisema pulmonar.

La religión

Es la información es solicitada con la finalidad de valorar las costumbres que tiene de acuerdo a los hábitos y costumbres que la religión les permite, por ejemplo, si la persona es testigo de Jehová y tiene que ser sometida a una intervención que necesita transfusión sanguínea se negará a recibir dicho procedimiento clínico, por otra parte, si es judía, aunque necesite ser intervenida de urgencia, si es sábado se negará a la intervención, pues en esta religión no se debe realizar actividad alguna en los días sábados.

El grupo sanguíneo

Se necesita tener identificado el grupo sanguíneo, principalmente antes de llevar a cabo algún procedimiento quirúrgico, que puede poner en riesgo de que el paciente sufra una hemorragia y deba ser transfundido, ni se pierda tiempo en la recuperación de sangre perdida.

El número de teléfono

Es para tener un canal de comunicación con el paciente, por ejemplo, para confirmar una cita o en un momento dado para comunicarle que se cancela una cita o verificar que el paciente se encuentre bien después de un procedimiento que se realizó de forma rápida en el consultorio (ambulatoria), por ejemplo, después de una extracción dental.

El correo electrónico

Es también una herramienta para comunicar de forma precisa y escrita con el paciente, a través de este medio resulta más fácil hacerle llegar el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento propuesto al paciente, así como la cotización de los tratamientos a implementar.

Además de estos datos, se continúa con el motivo de consulta, el cual es un relato acerca de las causas que hacen que el paciente acuda a asistencia por parte del profesional de la salud, posteriormente se cuestiona acerca de la manera en que se inició el problema, (hace cuánto tiempo, si ya se atendió antes con algún otro facultativo, si está tomando algún medicamento o remedio para esa molestia, si se aumenta o disminuye con alguna actividad que realice, además se cuestiona acerca de la molestia ha ido aumentando conforme pasa el tiempo.

Una vez obtenidos los datos del principio, evolución y estado actual del padecimiento (párrafo anterior) se continúa con los cuestionamientos relevantes acerca de enfermedades heredofamiliares como pueden ser diabetes (azúcar alta en la sangre),

hipertensión (presión arterial alta), cardiopatías (enfermedades del corazón) o cáncer en la familia, estas enfermedades las mencionamos por ser las más comunes entre las más señaladas como enfermedades que tienen una gran carga genética y además estar presentes en una elevada cantidad de personas en nuestro país. Si el paciente admite que existe esta enfermedad de estas en la familia, se toman en cuenta algunas preguntas centradas en signos (lo que se ve en el paciente [moretones, aumentos de volumen en alguna parte del cuerpo]) y síntomas, lo que el paciente siente (dolor de cabeza, dolor en el centro del pecho, escuchar sonidos tipo campanas, sentir mucha hambre, tener mucha sed, sentirse cansado).

En el siguiente apartado se cuestiona acerca de diversas enfermedades que el paciente se encuentre padeciendo en el momento actual, de resultar positivo en esta pregunta se debe indagar acerca del tipo de tratamiento que se encuentra llevando, medicamentos que necesita para curar o tratar la enfermedad, esto con el fin de evitar alguna situación de interacción medicamentosa entre lo que ingiere para tratar su enfermedad, y lo que en cierto momento se administre al paciente o se indique por nuestra parte para tratar o curar la enfermedad por la cual acude a la atención por parte del profesional de la salud, además se cuestiona acerca de su asistencia a citas de control y evolución de la enfermedad.

Otro dato importante que debemos tener en cuenta antes de iniciar el tratamiento con el paciente que indica padecer alguna enfermedad es la de ponernos en contacto con el médico que atiende el caso, de no ser nosotros quienes atendamos al paciente por la enfermedad que previa a la cita con nosotros, para estar al tanto de los tratamientos y medicamentos que vamos a utilizar, comprobar que efectivamente se encuentre bajo control de su salud.

3.2.2 Experiencia en práctica profesional

Acude un paciente masculino con una edad de 47 años, para una posible extracción dental, al llegar al punto de cuestionarle acerca de padecer una enfermedad, el paciente

asiente y comenta padecer diabetes desde hace 10 años, por lo que a continuación se le pregunta acerca de los cuidados que el médico le recomendó, los hábitos alimenticios y físicos que lleva a cabo, a lo que el paciente comentó que efectivamente ya fue diagnosticado con diabetes.

No acude a control de la enfermedad y por lo tanto no ingiere medicamento para tratar su azúcar alta en sangre, por cuestiones laborales manifiesta tampoco llevar a cabo actividad física de forma constante y la dieta es muy variable, pues no cuida lo que consume de alimentos.

Debido a las respuestas del paciente se le comentó que es complicada la atención de este, pues al tratarse de una extracción dental por movilidad grave y padecer dolor, si estaba indicada la extracción, sin embargo, por presentar descontrol de la diabetes, es arriesgado someter al paciente a una extracción dental.

Al extraer el diente, se estiran los tejidos de la boca en especial de la encía, lo cual genera un corte de la continuidad, cortando los vasos sanguíneos, lo cual abre un espacio para los microbios a un lugar (la sangre) en donde existen infinidad de nutrientes que pueden servir como fuente rica para los microorganismos que penetran en el sistema del paciente, esto puede conllevar a un problema en que las bacterias que habitan en boca se instalan en el corazón o en la misma sangre.

Esta situación pone en riesgo la salud general del paciente, obligando a permanecer internado en un hospital por un tiempo largo. Esta es la razón por la que se niega atención al paciente y se obliga a asistir a consulta con un médico que lleve a cabo un control con este tipo de pacientes, para que, una vez controlado, se puede llevar a cabo la extracción dental sin poner en riesgo la salud general o la vida del paciente.

Además de los datos previos se continúa con la exploración física del paciente en la que se llevan a cabo palpaciones y examen visual, se analizan las cuestiones por las que se presenta el paciente a consulta y se toman exámenes de laboratorio como análisis,

imágenes de alta tecnología o rayos x en el caso odontológico, además de modelos de estudio (moldes dentales) para llegar a constituir un diagnóstico más adecuado. Con estos datos es factible llevar a cabo un pronóstico más atinado con el plan de tratamiento y honorarios a cubrir por la atención brindada, en caso de ser privado, pues en los centros públicos, regularmente no hay costo por el tratamiento o resulta ser un costo simbólico.

Es recomendable contar con hojas de evolución en las que se lleve a cabo la anotación de las atenciones brindadas, con la fecha, la hora, el nombre, la firma y la cédula del profesional de la salud que realiza la intervención, además de contener anotaciones paso a paso de lo ocurrido durante la atención al paciente, así como los materiales empleados.

Cuando se lleva a cabo algún tratamiento en el paciente se tiene que contar con la historia clínica, bien escrita, con letra legible y clara, el consentimiento informado antes de llevar a cabo el tratamiento como invasión al cuerpo del paciente, este documento debe ser redactado de forma clara con palabras que el paciente entienda, con el diagnóstico, pronóstico y tratamientos alternos (cuando sea posible) con sus ventajas, desventajas y posibles complicaciones que se pueden presentar antes, durante y después del tratamiento; estos dos documentos, en palabras de un comisionado de arbitraje médico, escritos de la forma correcta, “representan el mejor bufete de abogados que pueden defender las actividades realizadas a un paciente”. Es importante hacer notar que el paciente puede revocar su consentimiento y evitar la intervención médica antes de haber iniciado la invasión, puede estar iniciando el proceso de anestesia y si el paciente se arrepiente de la intervención, se deberá cancelar el procedimiento.

Es importante hacer mención que actualmente el manejo de datos personales es un tema delicado y que día con día la regulación de la privacidad abarca más campos disciplinarios, y aunque en el área médica, la deontología de la profesión dicte que se debe tener confidencialidad de la información obtenida del paciente, por ley debemos contar con aviso de privacidad como lo menciona la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados misma que remite a la Ley Federal de Protección de

Datos Personales en Posesión de los Particulares, en este sentido (García Barrera M. E., 2012) indica

“Todos los datos que brindamos en el desenvolvimiento de nuestra vida, y aquellos que surgen de actividades de terceros, pero que están relacionados con nuestra persona, van conformando un perfil querido o no querido de nuestras actividades, de nuestros gustos, de nuestras situaciones pasadas y presentes. Aun sin consentimiento del titular y dueño de esos datos, cualquiera que tenga acceso a los mismos, puede tener un panorama global de la vida del otro.”

Por esta razón nos permitimos invitar a indagar más sobre el tema de protección de datos personales en materia de salud.

3.3 Jurisprudencia

“La medicina no es una ciencia exacta, por lo que no puede pronosticar ni asegurar resultados favorables en todos los casos, dado que hay limitaciones propias del profesional en la interpretación de los hechos, como cuando el cuadro clínico no se manifiesta completamente, el paciente no comprende los riesgos y beneficios de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, o entrega información incompleta de sus síntomas; además, las circunstancias en que se da una relación clínica pueden limitar la certeza del diagnóstico y la eficacia de medidas terapéuticas” (Lex artis ad hoc. Su concepto en materia médica., 2013).

De acuerdo al párrafo anterior se comenta que la medicina es una profesión en la que el médico se deja guiar por los signos (lo que ve o siente en el paciente, como puede ser temperatura corporal, un hematoma [moretón], inflamación, etc....) y los síntomas (lo que el paciente le dice que siente, por ejemplo dolor e intensidad de éste, mareos u otras sensaciones que no son visibles por otra personas).

El ocultar información o no entregar la información completa por parte del paciente puede resultar en una complicación para el tratamiento y sus resultados, por ejemplo si un paciente ingiere cocaína la cual es una droga que afecta al sistema cardiovascular de forma tal que puede causar un infarto agudo al corazón, en el ámbito odontológico se utilizan medicamentos como la anestesia local que contiene una sustancia que genera aceleración del corazón (epinefrina, sinónimo de adrenalina) la cual con el uso de este alcaloide puede generar en conjunto una sintomatología de enfermedad cardíaca.

En caso de presentarse la muerte de algún paciente con este antecedente y el seguro reclamo por parte de los familiares del paciente, resulta conveniente la búsqueda de solucionar el conflicto mediante la conciliación, pues cuando el facultativo demuestra que actuó acorde a la *lex artis* (protocolo adecuado) su nombre queda a salvo de la opinión pública, pues es un procedimiento completamente confidencial en contrario la vía judicial es pública.

El término *mal praxis* (mala práctica médica) se ha acuñado para señalar conductas impropias del profesional frente a un paciente y que no sigue las normas o pautas que señala la *lex artis* médica, pero no hay aquí un error de juicio, sino que, la actuación del médico que está en posesión de conocimientos y habilidades no ha sido diligente, o éste ha actuado con impericia e imprudencia frente a una situación clínica para la cual no está capacitado; este tipo de conducta médica constituye un error médico inexcusable y el profesional debe responder por esta conducta inapropiada. Por tanto, la responsabilidad profesional está subordinada a la previa acreditación de una clara negligencia en la prestación de los servicios, independientemente del resultado (*Lex artis ad hoc*. Su concepto en materia médica., 2013).

En la rama de la odontología un caso que puede llevar a este tipo de conductas como lo es la mala praxis resulta de la situación en la que el odontólogo se aventura a realizar una extracción dental de tipo cirugía de una muela del juicio (se le llama así porque regularmente emerge a cavidad bucal a los 18 años) en un diente inferior (de abajo) en la que debe realizar una incisión (corte de la encía), osteotomía (corte de hueso en los

maxilares [hueso donde están incrustados los dientes] y odontosección (cortar el dente en múltiples pedazos para sacarlo en fracciones), sin embargo, el dentista que no tiene suficientes conocimientos en cirugía bucal y al estar realizando la extracción, no realiza los pasos antes descritos, por lo que aplica demasiada fuerza para lograr su objetivo (sacar el diente) que fractura el hueso maxilar inferior (mandíbula); esto es un ejemplo de mala praxis.

La ausencia o deficiencia de la historia clínica, genera una presunción en contra de los médicos que trataron al paciente, respecto a la existencia de una posible mala práctica médica, pues tal ausencia o deficiencia no puede sino perjudicar a quienes tienen el deber de confeccionarla y asentar en ella todos los pormenores necesarios según la ciencia médica y no al paciente, en atención a que son precisamente los médicos quienes se encuentran obligados a documentar detalladamente el curso del acto médico (*Lex artis ad hoc*. Su concepto en materia médica., 2013).

El llenado adecuado de la historia clínica, con todos los datos que se pueden obtener del paciente con la finalidad de conocer acerca de los antecedentes de enfermedad, tratamientos o modo de vivir de forma cotidiana, además de los hábitos y enfermedades heredofamiliares dentro de la familia; trabajar bajo los principios de la bioética y *lex artis* médica, también contar de manera puntual con el consentimiento informado, donde se expresa el diagnóstico y plan de tratamientos con sus ventajas, desventajas y riesgos propios del procedimiento a llevarse a cabo con la finalidad de mejorar las condiciones de vida del paciente, colabora para evitar o minimizar la posibilidad de que se presente una queja o demanda por parte del usuario de la salud, tema que analizaremos en el siguiente capítulo.

Capítulo 4. Medicina defensiva y otras consecuencias por una demanda o queja

Las consecuencias profesionales que un médico o dentista pueden presentar por una demanda o queja interpuesta por un usuario de los servicios de salud, ya sea paciente o familiares de este, pueden ocasionar diversos tipos de reacciones que han sido estudiadas por diversos investigadores en el mundo, entre estas reacciones adversas ocasionadas por un conflicto con un paciente podemos encontrar situaciones que afectan desde problemas psicológicos, familiares y profesionales.

El impacto de la demanda judicial en el médico involucra diversos aspectos, los cuales enlistamos a continuación y contribuimos en la explicación de estos (Lasarte Borreani, 2016):

- i. Aspectos sociales y culturales. En este sentido se refiere a que, al ser expuesto el personal de área médica al escrutinio público, mediante los cuestionamientos acerca de la manera de proceder profesionalmente ante cierta situación en la que un usuario de los servicios de salud le acusa de haberle provocado un daño en su estado de salud, sin tener en cuenta los argumentos del médico, quien se reserva estos comentarios para las autoridades correspondientes.
- ii. Aspectos laborales. Sin duda alguna al estar inmerso en un juicio por supuesta mal praxis, en la mayor parte de estos el proceso suele ser largo, lo que expone al profesional de la salud a poner en tela de juicio sus competencias para brindar de manera eficiente el servicio de atención a pacientes, a la vez de la probabilidad de ser centro de atención entre los compañeros del área laboral.
- iii. Aspectos económicos. Como ya lo hemos mencionado con anterioridad, los procesos judiciales suelen ser largos, con lo que conlleva a la contratación de servicios por uno varios abogados que representanten legalmente al profesionista de la salud, a la vez de erogar continuamente pago de documentos o al abogado para realizar las diligencias necesarias, para llevar de manera más adecuada el caso.

- iv. Aspectos familiares: los aspectos familiares suelen resultar como parte de un desahogo de las frustraciones causadas por el evento estresante que se vive por la existencia de una demanda que en muchas ocasiones el médico considera como una equivocación por parte del paciente, pues en su criterio propio, el servicio lo brindó apegado a los protocolos indicados en el tratamiento al paciente.
- v. Aspectos biológicos: la presencia de una demanda contra un profesional ajeno a la carrera de licenciatura en derecho suele ocasionar un elevado nivel de estrés, el cual puede provocar dolores de cabeza, gastritis, malestar en la zona alta de la espalda, contracturas en la articulación de la mandíbula con el cráneo, desgaste dental por apretamiento nocturno, etc.
- vi. Aspectos psicológicos. El estrés y la ansiedad pueden ser dos manifestaciones psicológicas que se observan en el médico que es notificado por una demanda, esta ansiedad puede provocar la presencia de la medicina defensiva.

4.1 Medicina defensiva

El profesional de la salud puede optar por diversas situaciones que involucran la llamada medicina defensiva, la cual es una estrategia con la intención de tener pruebas de inocencia en caso de una posible demanda futura, entre las actividades relacionadas con la actitud defensiva están:

En una Investigación se entrevistaron a 169 médicos demandados en España en el periodo 2002 - 2005, en esta se encontraron 24 médicos (14,3%) que dejaron de trabajar algún día y 8 (4,8%) no acudieron a trabajar durante más de una semana. La repercusión de la demanda en la vida familiar del médico fue muy importante en 69 ocasiones (41,1%) e importante en 74 (44%). Ciento quince médicos (68%) consideran haber tomado más precauciones legales tras la demanda. 74 médicos (43,8%) piensan que la demanda ha generado modificaciones importantes en su forma de trabajar, 68 (40,2%) reconocen alguna variación. En cuanto a la forma de relacionarse con el paciente, 64 médicos (38,1%) contestan que “claramente si” ha

variado y 67 (39,9%) reconocen “alguna repercusión” (Perea Pérez B. , Santiago Sáez, Labajo González, Albarrán Juan, & Sánchez Sánchez, 2010).

La mayoría de los médicos demandados (97%), reconoció haber tenido reacciones emocionales, en respuesta a ser demandado por negligencia, (16%) dijeron que el juicio fue la etapa más estresante del litigio. La mayoría (52%) indicó que todo el período o una combinación de etapas fueron estresantes manifestando sentimientos de tensión interna, depresión, frustración, y cólera (Charles, Pyskoty, & Nelson, 1988).

Dentro de las consecuencias profesionales que se presentan cuando existe una queja o demanda en contra de un profesional de la salud podemos encontrar situaciones que van desde la llamada medicina defensiva, la cual está catalogada como una serie de actitudes que toma el personal médico y exámenes de laboratorio sin la intención de diagnosticar, sino principalmente contar con pruebas que le sirvan en caso de presentarse algún conflicto con el paciente.

Otra manera en que se puede presentar la medicina defensiva es la adquisición de un seguro de responsabilidad profesional, aun cuando apenas esté iniciando la práctica laboral de su práctica profesional, la cual, de acuerdo al médico, lo coadyuvará en caso de presentarse alguna diligencia de un juicio, pudiendo contar con la ayuda de un abogado que represente la defensa del facultativo ante cualquier situación.

Además, la superespecialización, surge como una manera de evitar la exposición a una mayor cantidad de pacientes, lo cual minimiza las posibilidades de presentarse una queja o demanda.

A continuación, presentaremos a detalle cada uno de los aspectos que nos encontramos estudiando con el objetivo de conocer ‘más a fondo el objeto estudiado.

4.1.1 Uso de la medicina defensiva y la odontología defensiva

Las acusaciones contra facultativos por presunta falla, descuido o negligencia han aumentado en España en los últimos 30 años, de forma parecida en otros países de Europa y Norteamérica, así como de otros países del mundo (Pujol Robinat, Martín Fumadó, Giménez Pérez, & Medallo Muñiz, 2013).

La medicina defensiva tiene tres características: de un lado, el exceso de procedimientos médicos; por otro lado, el incremento de interconsultas y, finalmente, incluso llegando a la necesidad de contratar seguros contra la mala práctica profesional para adelantarse a las posibles demandas que puedan presentarse por la atención médica (Narro Robles, 2006).

Las demandas médico-legales van en aumento, esto contribuye, en parte, al encarecimiento de la atención y aparición de la “medicina defensiva”, es decir, decisiones médicas adoptadas más por temor a los reclamos o solicitudes de los pacientes por motivos clínicos (Portela León, 2013).

La odontología defensiva considera al paciente como un enemigo, alguien que potencialmente puede desencadenar acciones legales, por otro lado, la práctica clínica de bajo riesgo, se configura como un conjunto de medidas legales y éticamente aceptables que el profesional debe tomar con el fin de evitar los litigios largos, onerosos y a menudo innecesarios (Onesti, 2010).

En el caso de la odontología un ejemplo claro de actitudes defensivas podría relacionarse con la extracción dental de un diente con movilidad por problemas periodontales crónicos (Inflamación de la encía con pérdida de hueso de sostén del diente), los cuales poco a poco van mermando la calidad y cantidad de hueso en el que están insertados dichos órganos de la cavidad bucal, esta pérdida ósea ha sido tan grave que el diente se mueve en todas direcciones, lo que causa molestia al comer, en ese caso basta tomar una radiografía convencional, la cual solo aporta datos en 2 dimensiones (largo y ancho), sin embargo el

dentista que maneja la medicina defensiva en odontología, envía el caso a tomar un examen radiológico en tercera dimensión, lo cual incrementa el costo de diagnóstico.

El manejo de la odontología defensiva representa una situación extrema, pues el odontólogo puede realizar exámenes de laboratorio fuera del protocolo habitual para esa atención bucodental específica. Por ejemplo, al momento de llegar un paciente a la cita para una posible extracción dental, el dentista que maneja la profesión de forma defensiva le indica al paciente exámenes de laboratorio, radiografías o técnicas de imagenología no necesarias, electrocardiogramas, etc... Aunado a eso realiza la extracción bajo sedación o anestesia general y en un quirófano, lo cual aumenta excesivamente el costo del tratamiento.

La responsabilidad civil podría inducir a los dentistas a lo que consideran una buena práctica dental, existen casos en que un dentista cumple con el deseo de un paciente y realiza un tratamiento innecesario para preservar la relación paciente-dentista (Eijkman, Assink, & Hoffmans Okkes, 1997).

En este el área odontológica tenemos el ejemplo de los pacientes que tienen coronas de oro $\frac{3}{4}$ en los dientes anteriores (los filos de oro en los dientes de enfrente) con más de 10 años en boca, en ocasiones llegan a pedir que se les cambien esas coronas por otras de cerámica (color natural) porque ya no les gusta cómo se ven al sonreír, sin embargo al realizar el chequeo de estos órganos dentales, se puede observar que no existe ninguna indicación válida para retirarlas, puesto que no presentan caries dental debajo de las coronas y además están sellando muy bien la interface diente-corona.

Además al retirar las coronas de oro, se deben rebajar más los dientes para prepararlos para las coronas nuevas, con ello se someten a una nueva irritación, vuelve a generar un gasto para el paciente y existe la posibilidad que no queden bien adaptadas las coronas, por lo tanto el deber del (la) odontólogo (a), en este caso, será tratar de convencer al paciente de no realizar ningún cambio, en el mismo sentido es la situación de cambio de amalgamas dentales (empastes plateados) por resinas (del color del diente). No hacer lo

que el paciente quiere cuando el tratamiento es innecesario, por el contrario, en muchas ocasiones el paciente agradece y le genera más confianza asistir con el dentista que ejerce como debe su profesión.

Otra de las actividades que representan la actitud defensiva es el uso de medidas diagnósticas exageradas, entre las que se pueden determinar, por ejemplo, para una extracción de un diente que está muy móvil por pérdida de soporte óseo y cuyo diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento se pueden basar en la exploración clínica y en una radiografía simple del diente afectado. Sin embargo cuando el personal de salud adopta una actitud defensiva y puede ser capaz de ordenar al paciente un estudio de imagenología clínica que consta en un aparato de gran avance tecnológico (llamado cone bean), el cual brinda imágenes en tercera dimensión aumentando hasta 10 veces el costo de la imagen y por ende aumenta el gasto del paciente, además no conforme con esto, puede mandar al paciente a realizarse estudios de laboratorio que incrementan aún más, el tiempo y costo de la extracción, la cual puede ser indicada en un quirófano que necesita la intervención de un anestesiólogo.

En Pensilvania se realizó un estudio entre 824 médicos determinó que la prevalencia de medicina defensiva y reveló que el 92% de estos médicos ordenaron pruebas de imagen y medidas de diagnóstico de garantía, además que el 42% estaban eliminando los procedimientos de alto riesgo, así mismo evitaron a los pacientes con complicaciones sistémicas (Studdert, y otros, 2005).

La medicina defensiva es considerada como el uso de las medidas de tratamiento diagnóstico con la finalidad explícita de evitar demandas por negligencia médica, frecuentemente se hace referencia a este fenómeno como uno de los efectos menos deseables debidos al aumento de los litigios en contra de personal de área médica. Muchos médicos y los políticos afirman que la medicina defensiva es responsable no sólo del aumento de los costos en atención para la salud, sino también a la exposición de los pacientes a riesgos significativos de daño, en procedimientos innecesarios (Tancredi & Barondess, 1978).

Medicina defensiva: Es el abuso de medios de análisis y terapéuticos cuya finalidad es evitar demandas” o también se puede definir como “los cambios en la práctica médica para obtener documentos que ayuden al profesional de la salud a defenderse de controversias y demandas por juicios en su ejercicio profesional” (Lifshitz, 2012).

Para nosotros la medicina defensiva representa la manera en que el personal de área médica brinda sus servicios a una persona, buscando tener evidencia de la justificación acerca de las decisiones para tratar a un paciente o remitirlo a otro especialista en el asunto que aqueja al enfermo, por ejemplo, para pedir exámenes de laboratorio innecesarios para “atender” de manera más profesional, buscar el uso de las nuevas tecnologías referentes a imagenología, llevar a cabo procedimientos que el paciente desea, sin tener un sustento científico para realizarlos y lo hace solo por satisfacer las necesidades (caprichos) del paciente, la adscripción a un seguro de responsabilidad profesional, entre otros.

En una encuesta realizada en el año 2002 a más de 700 médicos que fueron ubicados en congresos médicos, se les aplicó un instrumento cuantitativo tipo escala de Lickert, en el que se indagó acerca de la presencia de actitudes defensivas como parte de las labores de atención a pacientes, en esta se encontró que al menos 60% de los encuestados refirió alguna actitud defensiva (Sánchez González, Tena Tamayo, Campos Castolo, Hernández Gamboa, & Rivera Cisneros, 2005).

De acuerdo a los investigadores anteriormente mencionados, en México se realizó esta investigación buscando la existencia de actitudes de medicina defensiva en nuestro país, lo cual se manifiesta con diversas situaciones como ejemplo: el médico da referencia a pacientes que padecen enfermedades sistémicas en busca de evitar el tratamiento, referenciar el paciente a algún otro médico, compra de un seguro de responsabilidad civil y solicitud de exámenes de laboratorio en exceso, entre otras.

En Pennsylvania los resultados de una encuesta realizada a 824 médicos de seis especialidades denominadas de “alto riesgo “para el conflicto, evidenciaron la

solicitud de exámenes, realización de procedimientos de diagnóstico, y referencia para consulta a otras especialidades (92%) sin fundamento médico. Coincidentemente, el más reciente acto de defensa, reportado en 43% de los encuestados, consistió en el uso de tecnología de imágenes en circunstancias clínicamente innecesarias. Otra actitud, también grave, notoriamente opuesta a los principios médicos, consistió en evitar procedimientos en los pacientes percibidos como “más propensos” al litigio o, bien, evadir involucrarse en el tratamiento de pacientes con problemas médicos complejos (Robles Elías, Peña Nina, Diaz Barriga, & Robles Morales, 2014).

“medicina defensiva”, es resultado de una alteración de comportamiento colectivo de los médicos partícipes del conflicto civil o penal, teniendo como resultado una afectación refleja sobre el bien jurídico tutelado.

“Los médicos temen sufrir una larga y prolongada prueba mucho más de lo que temen sus consecuencias financieras, en parte porque el seguro por negligencia médica los protege de las sanciones pecuniarias. Las reformas existentes se han centrado típicamente en limitar la responsabilidad financiera de los médicos que son demandados por negligencia. En su lugar, los estados deberían considerar explorar alternativas como la resolución alternativa de disputas, la responsabilidad empresarial, la responsabilidad selectiva sin culpa y el uso de pautas de práctica clínica” (Sclar & Housman, 2003).

En términos de reducción de la medicina defensiva, la ventaja que los MASC representa más que un juicio ordinario es que el procedimiento es a menudo menos formal, menos costosa y pública que un proceso judicial (Sclar & Housman, 2003).

El sometimiento voluntario a los métodos alternos en solución de conflictos como una vía procedimental para transformar de forma positiva un conflicto que se instaura entre un usuario de los servicios médicos y el profesional de la salud, puede ser en cierto modo beneficioso para el profesionista, puesto que su nombre no aparece.

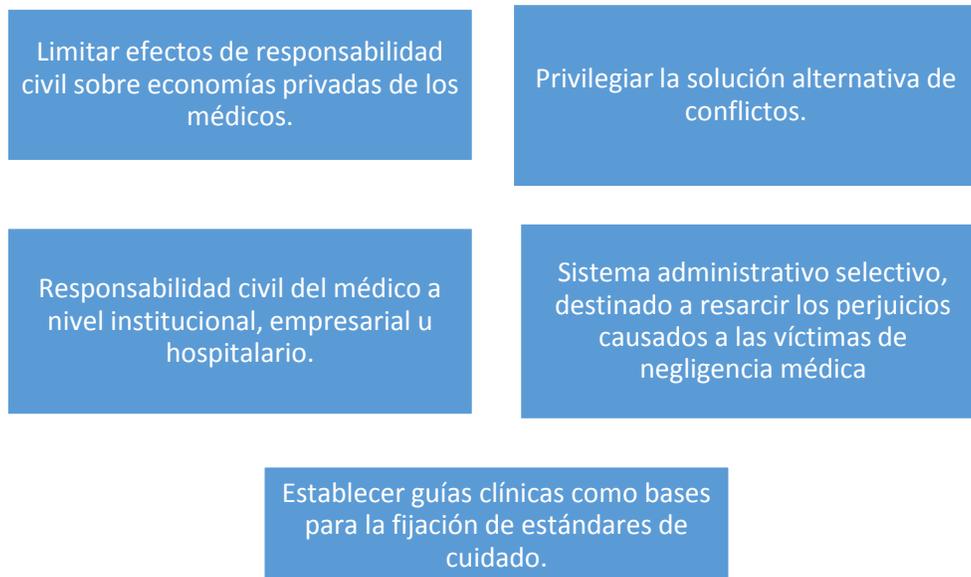


Figura 3 Las soluciones propuestas en Estados Unidos para superar los efectos de la medicina defensiva (Sclar & Housman, 2003).

57,4% de los médicos participantes en el estudio, refiere que este suceso ha tenido clara repercusión en su vocación médica. Estos datos evidencian las importantes repercusiones profesionales que implica esta situación. Y ello teniendo en cuenta que en el presente estudio sólo en el 6% de los casos se ha producido condena judicial (Perea-Pérez, Santiago-Sáez, E., E., & Sánchez-Sánchez, 2011).

Cuando las actitudes y comportamientos propios de la medicina defensiva son realizados por un odontólogo se le denomina *odontología defensiva*, y un ejemplo de esto podría ser lo siguiente:

Un caso en el que el dentista demandado por una complicación de cirugía de tercer molar, la cual normalmente es llevada a cabo en cualquier consultorio dental correctamente equipado y por la que regularmente se cobran cantidades entre \$2,000 y \$3,500. Después de la demanda, este mismo dentista puede decidir aumentar el costo de sus servicios y cirugías. De igual forma puede solicitar a otros pacientes a someterse a examen de orina y/o de glucosa, biometría hemática, etcétera, con la finalidad de disminuir riesgos de complicaciones. Así mismo surge la necesidad de realizar la cirugía en un hospital,

acompañado de anestesiólogo, etc., lo cual lleva a elevar el costo a más de \$8,000 por acto quirúrgico, en detrimento de la economía de los pacientes.

4.1.2 Adquisición de un seguro de responsabilidad profesional

La contratación de un seguro de responsabilidad profesional, el cual puede salir a la defensa del personal de la salud en el momento en que se levanta una queja administrativa ante instancias como la COESAMED o la CONAMED, así como ante una autoridad jurisdiccional, pudiendo ser en el ámbito civil o penal.

A continuación, presentamos la tabla 6 con el costo de las primas presentadas por el grupo financiero Inbursa extraído el día 14 de febrero de 2016 de http://www.segurosinbursa.com.mx/segurosinbursa/regenlinea/agentes/manuales/manual_rc_medicos.pdf.

Primas netas en moneda nacional					
Suma asegurada	Médicos laborando en consultorio particular		Médicos laborando en hospital, clínica y/o sanatorio	Médicos laborando en hospital, clínica y/o sanatorio y en consultorio particular	
	Especialidad		Cualquier especialidad	Especialidad	
	Tipo A	Tipo B		Tipo A	Tipo B
100,000	\$1,183	\$1,580	\$1,183	\$1,580	\$1,890
150,000	\$1,430	\$1,937	\$1,430	\$1,937	\$2,334
200,000	\$1,646	\$2,250	\$1,646	\$2,250	\$2,722
250,000	\$1,841	\$2,533	\$1,841	\$2,533	\$3,074
300,000	\$2,022	\$2,795	\$2,022	\$2,795	\$3,399
350,000	\$2,191	\$3,040	\$2,191	\$3,040	\$3,704
400,000	\$2,351	\$3,272	\$2,351	\$3,272	\$3,399
450,000	\$2,503	\$3,492	\$2,503	\$3,492	\$4,266
500,000	\$2,649	\$3,703	\$2,646	\$3,703	\$4,528

Tabla 7. Catálogo de profesiones que se encuentran encasilladas en la especialidad tipo A entre las que se encuentra la odontología y la medicina general.

Especialidad	Especialidad
Alergología	Medicina nuclear
Audiología	Medicina rehabilitación
Cardiología	Medicina terapia intensiva
Cardiología nuclear	Neumología
Cardiología pediátrica	Neurología
Cardiología vascular	Neurocirugía
Coloproctología	Obstetricia
Dermatología	Odontología
Electroencefalografía	Otoneurología
Endocrinología	Otorrinolaringología
Endoscopia	Pediatra perinatólogo
Fisioterapia	Pediatría
Gastroenterología	Perinatología
Infectología	Proctología
Inmunología	Radioterapia
Medicina cardiovascular	Traumatología
Medicina general	Ultrasonografía
Medicina interna	Veterinaria

Durante la formación de los profesionales de la salud, en particular de los odontólogos se les enseña a tratar y prevenir enfermedades que tienen efectos en la boca y sus anexos (dientes, lengua, mejillas, músculos, etc. Debido a lo mencionado anteriormente y al aumento de demandas, a las nuevas generaciones de estudiantes se les hace énfasis en el

correcto llenado de la historia clínica, el consentimiento informado además de las normas oficiales que reglamentan el acto médico-odontológico.

Pero al momento que se presenta un conflicto con algún usuario de los servicios de salud, por un tratamiento mal realizado el odontólogo entra en una situación de estrés. Si este conflicto no se resuelve mediante el diálogo con el paciente en el consultorio y se va a una instancia administrativa o judicial, el temor se acrecienta, por lo que algunos ven como opción para enfrentar este tipo de situaciones adquiriendo un seguro de responsabilidad profesional.

4.1.3 Súper especialización

El aumento de la súper especialización por motivos legales consiste en definir nuestra actividad profesional a aquellas maniobras en las que nos sintamos más seguros. (...) Si lo hacemos por miedo a ser demandados, no es correcto (Perea Pérez, Labajo González, Santiago Sáez, & Albarrán Juan, 2013).

En este sentido la súper especialización se presenta como una salida viable para algunos profesionistas de la salud, puesto que realizan estudios en un campo muy reducido de la profesión y al tener un menor campo corporal para trabajar, se hacen expertos exclusivamente en el tratamiento de ciertos padecimientos, lo que minimiza el número de pacientes y enfermedades a tratar con la consecuencia de hacer menos probable el que se presente una queja o demanda de nueva cuenta.

Un estudio realizado por Perea-Pérez, et al (2011) con médicos demandados ante instancias judiciales demuestra que, en la gran mayoría de casos, el médico se siente atacado debido a unos hechos sobre los que no reconoce responsabilidad y que tienen para él importantes consecuencias. También parece evidente que el hecho de haber sufrido un proceso judicial implica importantes cambios en la forma de trabajar y en la visión de la profesión. El 68% de los participantes del estudio afirma tomar más precauciones legales, el 84% dice que el episodio le ha hecho

variar su forma de trabajar, y el 78% que ha cambiado su forma de relacionarse con los pacientes.

Cuando el profesional de la salud es formado, el principal motivo de su ejercicio está enfocado en mejorar las condiciones de vida de los pacientes, pues tratará de sanar o tratar la enfermedad; sin embargo, en ocasiones surgen errores en el tratamiento o en la comunicación entre estas partes del acto médico, lo cual hace creer al paciente que se ha practicado una *mala praxis*, aunque la situación sea debida a un malentendido por falta de información o al proceso fisiológico individual del mismo, si el paciente decide demandar ante instancias judiciales, el facultativo suele negar la responsabilidad.

4.1.4 Abandono temporal, parcial o definitivo de la práctica profesional

En una entrevista con maestros de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León se les preguntó si conocían a colegas demandados por algún paciente, al responder de manera afirmativa, se les pidió que nos comentaran acerca de las consecuencias profesionales que observaron en los sujetos; entre las respuestas obtenidas, la principal fue que habían abandonado la práctica, ya sea de forma temporal, parcial o definitiva, por temor a ser demandados nuevamente.

Una investigación llevada a cabo por (Perea Pérez B. , Santiago Sáez, Labajo González, Albarrán Juan, & Sánchez Sánchez, 2010) con 169 médicos demandados, el 81% de los encuestados no dejó de trabajar por estos hechos, 14,3% dejaron de trabajar algún día y 4,8% no acudieron a trabajar durante más de una semana.

(Mello, y otros, 2005) realizaron una encuesta entre cirujanos y otros especialistas de Pensilvania en la que preguntaron hasta qué punto las presiones de responsabilidad han obligado a los encuestados a salir del estado, dejar de practicar, restringir los servicios que ofrecen o limitar los tipos de pacientes que ven.

A los cuestionamientos anteriores respondieron que notaron un incremento en el tiempo de traslado de los pacientes, es decir no tan fácilmente encontraban médico especialista

en algún ramo médico en específico cerca de su ciudad, otros más respondieron que ya habían cambiado de pacientes y solo atendían en particular una clase de pacientes.

Esto nos puede demostrar el impacto que puede tener el cambio en que los pacientes inician una serie de cambios que van en perjuicio del personal del área médica, al considerarlos culpables de ciertas situaciones en salud que les aquejan, dando por resultado un incremento en el número de demandas que se interponen ante los tribunales con la finalidad de hacer que el médico o dentista paguen un supuesto daño que se considera fue creado por este profesionalista.

A continuación, expondremos la cara opuesta de la medicina defensiva, la cual es la medicina asertiva que surge como una serie de acciones que los profesionales de la salud deben tomar en cuenta para minimizar los riesgos de tener un conflicto con los usuarios de los servicios de salud.

4.2 Medicina Asertiva

Para evitar conflictos con pacientes, recomendamos que el profesional de la salud lleve a cabo una comunicación completa y asertiva respecto al diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento con el paciente, además el adecuado llenado del consentimiento informado y la historia clínica, además de estar en continua educación referente a los avances propios en la disciplina de salud que se encuentre ejerciendo, conocer las leyes, normas y reglamentos que regulan su profesión (Fajardo Dolci, y otros, 2012).

Para llevar a cabo la medicina asertiva se deben realizar cuatro acciones (Tena Tamayo & Sánchez González, 2005):

- 1) Mantener una educación continua que permita tener los conocimientos suficientes para actuar con seguridad, sin temor a un resultado inesperado.
- 2) Respetar los derechos de los pacientes.

3) Exigir que se respeten sus derechos como médicos.

4) Mantener una adecuada comunicación con los pacientes y sus familiares.

Practicar la medicina asertiva permitirá mejorar la calidad de la atención médica; incrementará la satisfacción de los pacientes y sus familiares, y evitará demandas o denuncias contra los médicos; con ello se podrá contener y revertir los efectos de la medicina defensiva (Tena Tamayo & Hernández Orozco, Medicina Asertiva, una alternativa para mejorar la calidad, 2018).

Como hemos podido observar la medicina asertiva trata de contener a la medicina defensiva, al proponer a los médicos a informarse de mejor manera acerca de las normativas que rigen a la profesión, la educación continua en el ramo de la salud, conocer los derechos como profesional y reconocer los propios del paciente, a la vez de llevar a cabo los procedimientos necesarios para llegar a un buen diagnóstico y pronóstico aportando en el expediente clínico los pormenores de la atención brindada, además de la obtención de consentimiento válidamente informado.

En el siguiente subtema brindaremos una aproximación al Síndrome Clínico Judicial, el cual indica las situaciones que atraviesa un profesional de la salud por el simple hecho de recibir alguna notificación por reclamos del paciente.

4.3 Síndrome Clínico Judicial (SCJ)

Es definido por el Dr. Hurtado Hoyo en 1993 como “las modificaciones en la salud de una persona que se ve sometida a un juicio procesal desde un inicio (citación, demanda), durante sus diversas fases (conciliación, mediación, juicio, sentencia) y/o después de concluir. Abarca todos los cambios físicos, psicológicos y morales que se pueden originar” (Young, y otros, 2012).

Para nosotros, este síndrome se compone de una serie de síntomas que presenta un profesional de la salud por el hecho de recibir una notificación acerca de una demanda o

queja interpuesta por un paciente que argumenta haber sido atendido de forma errónea o no haber recibido en tiempo y forma la atención médica, por esta razón y por desconocer del tema legal, el médico desencadena una serie de alteraciones psicofisiológicas en los próximos días al de la notificación.

En una investigación se encontró que los médicos de hospital muestran angustia psicológica y efectos negativos potenciales, entre ellos el "descuido de la salud física personal, abuso de sustancias, problemas psiquiátricos, mala conducta profesional, y atención inadecuada del paciente Clarke D, Singh R. (2004) citados en (Diesfeld, 2008).

“se han descrito alteraciones orgánicas, como asma, úlcera gástrica, hemorragia digestiva, hipertensión arterial, infartos, migrañas, dermatopatías, alteraciones en el tránsito intestinal (diarrea, constipación, colon irritable). Desde ya el compromiso psicológico es innegable con aparición de angustia, ansiedad, depresión, ideación paranoide, inestabilidad emocional, irritabilidad, disfunción sexual e insomnio, entre otras. Todas estas repercuten en la vida y trabajo del médico presentando frustración, alteraciones conductuales que alteran la relación familiar y/o social; modificando la relación médico-paciente, médico-familia, médico-médico, médico-institución” (Martínez Ramírez, Chávez Ramírez, & Ortega Larios, 2016).

Ambos autores concuerdan con la aparición de sintomatología psicofisiológica en el momento en que un profesional de la salud recibe una notificación por parte de alguna instancia para dirimir un conflicto con un usuario de los servicios de salud por una supuesta mala praxis o maltrato. Para el profesional de la salud es preocupante cuando su nombre y prestigio son puestos a la luz pública como presunto culpable de causar un daño en un paciente y que después de llevar las pruebas de los hechos, resulta ser inocente de los cargos que se le atribuyen. Este hecho es muy frecuente, pues de acuerdo a múltiples investigaciones se ha podido observar que esta situación sucede en más de la mitad de los conflictos entre un médico/odontólogo y su paciente o familiar de este último.

En este sentido consideramos que como personal de área médica resulta complicado pensar en una situación similar, pues cuando se nos han presentado situaciones que pueden detonar un conflicto hay una serie de alteraciones fisiológicas y psicológicas que van desde el desarrollo de síntomas de gastritis, dolor de cabeza, espalda, etc. solo de pensar que el paciente viene dispuesto a confrontar de manera no muy cordial la situación resulta muy estresante. Así lo comenta en su estudio el Dr. Young y otros (2012) en el siguiente párrafo.

“Este síndrome se puede manifestar de diversas maneras, se han descrito alteraciones orgánicas, como asma, úlcera gástrica, hemorragia digestiva, hipertensión arterial, infartos, migrañas, dermatopatías (alteraciones de la piel), alteraciones en el tránsito intestinal (diarrea, constipación, colon irritable). Desde ya el compromiso psicológico es innegable con aparición de angustia, ansiedad, depresión, ideación paranoide, inestabilidad emocional, irritabilidad, disfunción sexual e insomnio, entre otras que repercuten en la vida y trabajo del médico presentando frustración, alteraciones conductuales que modifican la relación familiar y/o social; modifican la relación médico-paciente, médico-familia, médico-médico, médico-institución y llevan al consumo de tóxicos como alcohol, tabaco, drogas y fármacos”.

Aunque en este estudio ni depresión ni agotamiento se asociaron con horas de sueño registradas o horas de trabajo, la compleja relación entre privación de sueño, salud mental y órdenes de error estudio adicional. El personal de salud involucrado en errores se encuentra en un conglomerado de individuo valores, ética profesional e institucional cultura y condiciones de trabajo que a menudo perpetúan incertidumbre y aislamiento, y por lo tanto obstaculiza enfoques constructivos a la experiencia de error. La evidencia sugiere que la comunicación e interacción con colegas y supervisores se perciben como el recurso más útil por médicos.

Una encuesta realizada por 3,171 médicos examinó cómo los errores afectaron cinco dominios de su trabajo y de su vida, ellos reportaron mayor ansiedad sobre errores

futuros, pérdida de confianza en sí mismos, dificultades para dormir, disminución en la satisfacción laboral y daño a su reputación, después de haber tenido errores; el estrés laboral aumentó cuando se vieron involucrados en un error grave (Waterman, y otros, 2007)

Esta situación es muy común cuando el personal de área médica siente la incertidumbre de haber cometido un error al estar tratando al paciente, el simple hecho de darse cuenta preocupa sobremanera al profesionalista, pues es un escenario completamente adverso, ya que regularmente el profesionalista de la salud trabaja por el bienestar del paciente.

Un ejemplo de este escenario puede surgir cuando el paciente llega al consultorio quejándose de un dolor en un diente de cierta zona de la boca, en especial en el área de las muelas, cuando el odontólogo le realiza la exploración observa que efectivamente existe una caries en un diente del lado derecho que tiene una cavidad cariosa en la parte superior, sin embargo en ocasiones también puede haber un diente con las mismas condiciones de pérdida de tejido orgánico, pero es en el lado de abajo, al analizar las radiografías se da una imagen muy parecida entre ambas, pero el paciente refiere sentir dolor en un diente de abajo, esto puede llevar a confundir al dentista.

En la situación planteada se puede hacer un tratamiento en un diente y resulta que el órgano dental tratado no es el que causa la molestia al paciente y por consiguiente a pesar de haber sido tratado, sigue presentando molestia lo cual es factor predisponente para la presencia de un conflicto.

La prevención para evitar la factible instauración del SCJ se basa desde el punto de vista preventivo formal y práctico: en la correcta atención médica de acuerdo al Juramento Hipocrático, en la buena relación médico-paciente, en una pormenorizada historia clínica y un completo expediente clínico (Martínez Ramírez, Chávez Ramírez, & Ortega Larios, 2016).

A este respecto comentaremos que estamos de acuerdo en el sentido que la confianza que el personal de área médica genera en el usuario de los servicios de salud juega un papel preponderante en la relación médico paciente, pues cuando el facultativo le da información precisa y completa antes de cualquier procedimiento, acerca de la manera de proceder, como sentirá al estarlo trabajando, que riesgos existen al llevar a cabo los procedimientos, cuáles son las posibles complicaciones de realizar o no realizar el acto terapéutico, toda esa es considerada como información.

Sin embargo, cuando sucede la presencia de un signo o síntoma que regularmente pasa con un procedimiento dado, pero el paciente no fue informado antes de llevar a cabo el proceso terapéutico, cuando se le explica al paciente (posterior al evento adverso), él lo toma como una excusa.

Como hemos indagado en el presente capítulo la medicina defensiva concibe una situación de desconfianza entre los individuos que están inmersos en la relación médico paciente, además, las actividades defensivas en área médica generan un costo económico más elevado en la atención médica, y todo con la intención principal de tener evidencia clínica de laboratorio o de imagen en caso de presentarse una queja o demanda por parte del paciente. Además, la medicina defensiva es tomada en cuenta por el profesional de la salud cuando este ha sido denunciado por un paciente ante instancias jurisdiccionales;

Hemos decidido estudiar a la conciliación como una posible solución a la toma de decisiones del facultativo para confrontar una queja realizada por un paciente en su contra, con la finalidad de evitar o minimizar la aparición de actitudes defensivas con futuros pacientes, ya que como método alternativo de solución de controversias cuenta con la ventaja de los intangibles que le propician seguridad, confianza, confidencialidad e imparcialidad entre otros, lo que le mantiene su prestigio y reputación. Además consideramos que éste procedimiento contribuye de forma eficaz a la cultura de paz para evitar conflictos de incremento en el uso de la medicina defensiva, siguiendo a (Cabello Tijerina & Vázquez Gutiérrez, 2018), quienes comentan la importancia de crear micro estrategias, como lo son las actividades cotidianas, con las que podemos crear un cambio

positivo en los miembros de la sociedad, por lo tanto pretendemos contribuir de manera efectiva en evitar la aparición de la medicina defensiva en nuestro país, por lo que en el capítulo siguiente analizamos a la conciliación en el área médica, buscando generar en el lector la valía que representa este método alternativo de solución de conflictos en este sentido.

Capítulo 5. La conciliación médica

En el presente capítulo analizaremos a la conciliación y sus ventajas como un procedimiento que beneficia en la expedites en la solución de conflictos, al contar con el requisito de la voluntariedad se brinda a certeza de abrir más fácilmente los canales de diálogo entre las personas inmersas en el conflicto con la intención de llegar a un acuerdo o aceptar de mejor manera los términos de la resolución de la controversia.

5.1. La conciliación como método de solución de conflictos

Como hemos comentado a través del presente estudio, los conflictos han existidos desde que existe la humanidad, pues son parte inherente a la vida en sociedad, el abordaje de los conflictos que estudiamos en esta investigación lo haremos a partir de la conciliación, la cual es un proceso en el que un tercero experto en el tema que inició el conflicto interviene, tratando de abrir los canales de comunicación entre las partes, bajo los principios de voluntariedad de las partes, imparcialidad en el proceso y bajo el precepto de confidencialidad, además el conciliador puede abonar a la solución de la controversia a través de sugerencias que buscan influir en las decisiones de las partes para transformar el conflicto. A continuación, presentamos algunos conceptos de la conciliación.

La Ley estatal de Mecanismos Alternativos del estado de Nuevo León indica que la Conciliación es un Mecanismo alternativo voluntario mediante el cual uno o más facilitadores denominados conciliadores, intervienen facilitando la comunicación entre los participantes en la controversia y proponiendo recomendaciones o sugerencias que les ayuden a lograr una solución que ponga fin al mismo, total o parcialmente (H. Congreso del Estado de Nuevo León, 2017). El problema real radica en la determinación del momento en que se rompe la barrera divisoria entre la conciliación y la mediación, las sugerencias que formule el facilitador pueden ser por medio de la sutileza, hasta la propuesta directa de una posible solución al conflicto (Sánchez García, 2015).

“La Ley Modelo de la Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional (CNUDMI) sobre conciliación comercial internacional menciona que se entenderá por conciliación a todo procedimiento, en el que las partes soliciten a un tercero o terceros (el conciliador), que les preste asistencia en su intento por llegar a un arreglo amistoso de una controversia que se derive de una relación contractual u otro tipo de relación jurídica o esté vinculada a ellas, el conciliador no estará facultado para imponer a las partes una solución de la controversia” (Organización de las Naciones Unidas, 2004).

Uno de los objetivos de la conciliación, es posibilitar la cooperación de la comunidad en los procedimientos de solución de conflictos, lo cual se relaciona con otros objetivos, tales como el de generar una cultura de trato tolerante entre ciudadanos, o en otros casos, contribuir en la transformación cultural, haciendo posible la justicia por conformidad (Díaz Guzmán & García Ávila, 2014).

Diversos investigadores comentan que este método alternativo de solución de conflictos es igual a la mediación, sin embargo, la diferencia principal entre estas dos prácticas se establece en que en la conciliación el facilitador interviene con sugerencias de posibles alternativas que contribuyan a la solución del conflicto; por otro lado, en la mediación el tercero no puede aportar soluciones, solo debe trabajar en los canales de comunicación para que las partes logren un acuerdo.

De este modo logramos comprender que la conciliación es un procedimiento voluntario que se utiliza para transformar los conflictos que se presentan entre dos partes con la coadyuva de un tercero imparcial quien tiene la calidad para proponer una solución ante las partes, quienes de acuerdo a la convicción de ellos y si les parece adecuada la propuesta, pueden llegar a un acuerdo. A continuación, presentamos el artículo 6 de la Ley Modelo de la Conciliación de la CNUDMI (Organización de las Naciones Unidas, 2004).

Artículo 6. Sustanciación de la conciliación

- 1. Las partes podrán determinar, por remisión a algún reglamento o por alguna otra vía, la forma en que se sustanciará la conciliación.*
- 2. De no haber acuerdo al respecto, el conciliador podrá sustanciar el procedimiento conciliatorio del modo que estime adecuado, teniendo en cuenta las circunstancias del caso, los deseos que expresen las partes y la necesidad de lograr un rápido arreglo de la controversia.*
- 3. En cualquier caso, el conciliador procurará dar a las partes un tratamiento equitativo, teniendo en cuenta las circunstancias del caso.*
- 4. El conciliador podrá proceder, en cualquier etapa del procedimiento.*

La conciliación es una negociación asistida, donde las partes buscan una salida satisfactoria permitiendo la intervención de un tercero, que tenga la autoridad de proponer posibles soluciones que puedan conciliar, fomentado una comunicación asertiva y abierta entre las partes, valiéndose del lenguaje, verbal y no verbal, además del manejo racional de la información con el objetivo de llegar a los verdaderos intereses de las partes (Morales Ramírez, 2010).

5.2. La conciliación en el área médica

Los conflictos entre el personal de servicios médicos y los usuarios de este servicio se presentan comúnmente por una deficiencia en la comunicación, como pudiera ser el caso en que se realiza un tratamiento que, *per se*, involucra riesgos específicos, pero por algún motivo al médico u odontólogo se le pasa por alto comentar esta situación y cuando se presenta uno de los riesgos del procedimiento, el paciente siente que fue mal atendido y puede acusar al profesional de la salud de negligencia o mala práctica, lo que puede crear un conflicto o conllevar al paciente a cambiar de facultativo.

Cuando un usuario se inconforma, por irregularidad o porque le negaron la asistencia de servicios de salud, puede presentar una queja ante la CONAMED. En la conciliación se invita al profesional de la salud implicado para buscar solucionar la controversia planteada por el paciente. Si el facultativo acepta el procedimiento y ambas partes llegan a un acuerdo, se firma el convenio y finaliza la queja (Bustamante Leija, Maldonado Camargo, & González Anaya, 2012).

La mediación y la conciliación pueden ser planteadas aun cuando ya esté en trámite alguna demanda judicial, que puede ser detenida en espera de la solución que las mismas partes den con el auxilio del mediador. Hay que recordar que ni el mediador ni el conciliador resuelven el problema; la decisión está en las manos de las partes.

El campo de la conciliación y la mediación es limitado, pues generalmente es aplicable en casos civiles (familia y contratos), mercantiles, y penales, (en lo referente al pago de la reparación del daño) (Azar, 2005).

El procedimiento de conciliación se puede llevar a cabo cuando un usuario de los servicios médicos tiene duda acerca del proceder profesional al momento de tratarle una enfermedad o por haberse negado a atenderlo, entre otras causas; en este caso se tendría que analizar por qué no se prestó el servicio, para corroborar lo dicho por el quejoso, dándole derecho de réplica al profesional de la salud.

Para prevenir la aparición de conflictos por falta de comunicación adecuada entre facultativo y el paciente, resulta útil el correcto llenado del consentimiento informado, el cual analizamos en diversas perspectivas.

5.3 Conciliación en área médica en México

La divulgación del uso de los Métodos Alternos de Solución de Conflictos (MASC) en la resolución de conflictos entre profesionales de la salud y su paciente cobra relevancia, ya que, cuando la controversia se lleva ante un tribunal judicial existe la posibilidad de que la información salga a la luz pública, caso contrario, la conciliación-mediación se lleva en

total confidencialidad. Lo cual tiene resultados positivos para cuidar el nombre de los facultativos implicados y por ende en el sentido emocional por la sensación de cuidar la reputación. (García Barrera, Córdova Rivera, & Fuentes Rodríguez, 2015).

La situación anteriormente mencionada refleja las principales ventajas de la conciliación médica entre las que se cuida la confidencialidad de las personas inmersas en conflictos, pues la confidencialidad y la reputación del profesionista queda a salvo de la exposición a los medios de comunicación e incluso las redes sociales.

El objetivo principal de la conciliación es tratar de dirimir las controversias entre el usuario y el prestador de servicio médico, su éxito depende de que los funcionarios actuantes conozcan a profundidad la materia en que se encuentren actuando y obviamente la habilidad para promover alternativas de solución al conflicto, la experiencia del conciliador es la punta de lanza para resolver el conflicto (Steel Garza, 2006).

En México los servicios de conciliación en conflictos que surgen a partir de la relación entre personal de área médica con usuarios de los servicios de salud por eventos de supuesta mala praxis son llevados por entes privados y/o por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, o las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico en cada estado de la República Mexicana, esta instancia gubernamental surge como una necesidad ante el aumento de quejas y para descongestionar los juzgados que llevaban dichas controversias. La atención que brinda la CONAMED va desde la atención de quejas, peritajes médicos, orientaciones, conciliaciones y arbitrajes en el área médica.

A continuación, presentamos las situaciones en las que las Comisiones de Arbitraje Médico ya sea a nivel nacional o estatal tienen posibilidad de actuación (Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2018).

Quejas atienden las Comisiones de Arbitraje Médico.

1. Aquellas en la que se hayan propiciado por la negligencia del profesional de la salud en cuanto al diagnóstico, tratamiento, o en la atención, etc.
2. Quejas en las que el usuario de los servicios de salud desee llegar a un acuerdo con el profesional del servicio de salud para solucionar el conflicto de forma pacífica, mediante uno o más convenios formales obtenidos mediante la conciliación o el arbitraje.

Tipos de quejas que en las que no actúan las Comisiones de arbitraje médico.

- Cuando la denuncia sea de tipo penal, como son los delitos.
- Cuando ya se haya presentado una denuncia penal o demandado ante las autoridades judiciales, exceptuando cuando las partes desistan al procedimiento judicial en trámite y acepten el proceso arbitral.
- Las relacionadas con las prestaciones administrativas y laborales.
- Cuando la queja sea solamente por situaciones mercantiles y que no estén relacionados directamente con la atención médica.
- En las que no se quiera conciliar o llegar a un acuerdo para resolver el problema.
- Cuando la queja no se refiera a una negativa o irregularidad en la prestación de los servicios médicos.

Gorjón Gómez y Steele Garza (2008) refieren que el procedimiento de queja y conciliación ante las comisiones de arbitraje en México se lleva a cabo mediante la manifestación de una queja por escrito con los siguientes requisitos:

1. Copia simple del documento que servirá como elemento justificativo de la acción y para establecer la relación contractual médico-paciente (recibo de pago, factura, receta, etc.), además deberá incluir los datos personales: nombre, domicilio y teléfono de las partes.

2. Copia simple de una identificación oficial (credencial de elector, pasaporte, etcétera).
3. Copia simple del expediente clínico, es decir la historia clínica del paciente, a excepción de los estudios imagenológicos u otros estudios, lo cual se someterá a consideración de la dependencia.
4. Una descripción sucinta de los hechos que motivan la reclamación, así como las pretensiones solicitadas por el usuario afectado.

Una vez que la queja se analiza y aprueba la Comisión de arbitraje médico envía una invitación al médico o dentista tratante para notificarle acerca de la existencia de una queja en su contra realizada por un paciente atendido por él e invitarlo a presentar sus argumentos acerca del tratamiento mediante un resumen clínico o copia de la historia clínica sobre los procedimientos realizados. Además, cuando el profesionista acepta acudir al procedimiento de conciliación se le estipula una cita para la primera sesión con el paciente, en la que se les explican las ventajas, los pasos y las reglas a seguir durante la implementación de este método alternativo, con la intención de llegar a un acuerdo para dirimir o transformar de manera positiva el conflicto.

A continuación, verificaremos el procedimiento de conciliación y de acuerdo a (Steel Garza, 2006)

Una vez calificada la queja del usuario respecto a la procedencia de la misma, la institución procederá a requerir dentro del término de diez días hábiles al prestador de servicio médico para que acuda de forma personal en la fecha y hora que establezca la CONAMED o COESAMED, con el objeto de hacerle de su conocimiento de la existencia de la queja interpuesta en su contra , corriéndole el traslado de la notificación y de más elementos que fueran agregados por el usuario y se le informará lo siguiente.

- a) El nombre de la persona que lo denuncia.
- b) Los acontecimientos que se le fincan por parte del paciente.

- c) El tiempo en que deberá presentar por escrito la contestación de todos y cada uno de los hechos que se le imputan.
- d) Los casos de que el prestador de servicios médico sea un establecimiento de salud, se requerirán también una copia del registro diario de pacientes donde conste la atención médica, cuando corresponda a consulta externa y si fue atención hospitalaria se solicitará el expediente clínico.
- e) En la notificación se debe señalar la fecha, lugar y hora para la audiencia de conciliación.

El informe anual de la CONAMED 2011 comenta que previo a la audiencia conciliatoria, un tercero imparcial, experto en el tema de conflicto y con moral reconocida coadyuva en la comunicación entre profesionista y usuario de los servicios de salud durante el proceso de negociación, mediación o conciliación (Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2012).

Esta actividad es importante, puesto que el experto con una moral incuestionable e imparcial aporta un valor intangible a la conciliación, pues para el profesionista en conflicto y para el usuario representa una fuente confiable de solución para transformar de forma pacífica la controversia.

Las comisiones de arbitraje médico cuentan entre otros departamentos con la dirección de Orientación y Gestión, la cual recibe las quejas del usuario de los servicios de salud la cual trata de resolver mediante la aclaración de la situación, se lleva a cabo dicho procedimiento dudas ya sea por parte del personal o gestionan una reunión entre profesionista y usuario de los servicios médicos para demostrar con pruebas que solo se trata de un malentendido, en caso de no resolverse en esta instancia, el caso pasa a la dirección de Conciliación en donde se realiza este Método Alternativo de solución de conflictos con la finalidad de transformar el conflicto que dio origen al problema.

El Informe estadístico sobre laudos concluidos 2012-2015 indica que el 87% de las quejas que se presentan ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, aclaran la situación del

paciente en las primeras 48 horas de presentada la queja. Por otro lado, indica que el 13% restante llega a la conciliación y termina en 3 meses (Secretaría de Salud, 2016).

Estos datos demuestran la eficacia que tienen los MASC (Métodos Alternos en Solución de Conflictos) para transformar los conflictos en el área de la medicina, pues al llevar a cabo estos procedimientos, se maneja la confidencialidad, imparcialidad abriendo de manera oportuna los canales de comunicación entre las partes en conflicto, lo que impacta de manera positiva en el personal de los servicios de salud y muy posiblemente en la relación entre médico y paciente.

En 2013 la CONAMED atendió 1,656 asuntos en conciliación, de éstos, el 55.43 por ciento (918 casos) fueron conciliados (Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2014). Estos datos confirman la utilidad de la conciliación en cuanto a la transformación positiva de los conflictos derivados de la relación entre el personal de área médica y sus pacientes.

A continuación, presentamos una comparativa en los Métodos Alternos en Solución de Controversias a nivel internacional, comparando la mediación sanitaria que se lleva a cabo en España, la mediación que se lleva a cabo en Chile y el uso del Tribunal Nacional de Ética Médica de Colombia, específicamente nos enfocamos a estos tres países debido a que las normas y constituciones son comunes en muchos aspectos y por otro lado son referentes entre sí en cuanto a los avances constitucionales. En Chile y España se maneja la mediación sanitaria, por esta razón se habla de mediación, en el caso de Colombia el Tribunal de Ética Médica es la segunda instancia para conocer los conflictos entre médico y paciente por el ejercicio de la medicina.

5.4 Mediación en área médica en España

Los conflictos que se desarrollan entre un profesionalista y paciente por prestación de servicios de salud entran dentro de los asuntos civiles, por lo que es factible acceder a estas soluciones alternas a un juicio, que brindan ventajas como el arreglo directo entre

las partes contendientes en un conflicto, posibilidad de abrir los canales de comunicación, entre ambas partes con la pretensión de llegar a un entendimiento y acuerdo.

En España se está incrementando la litigiosidad en los últimos años, lo cual repercute en el funcionamiento de la Justicia, por lo que se buscan alternativas a la resolución de conflictos, siendo la mediación uno de ellos (Zato Etcheverría, 2015).

La Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles en el artículo 2 indica que la Ley se aplica a las mediaciones en asuntos civiles o mercantiles, siempre y cuando no afecten derechos y obligaciones (Juan Carlos I, rey de España, 2012).

El artículo 9.2 de la Constitución Española permite la aplicación de procedimientos de mediación, los cuales deberán ser promovidos por los poderes públicos, (Bellido Rodríguez, Peris Salas, & Trilles Solves, 2018).

La mayoría de las demandas penales en contra de los profesionales de la salud están encauzadas forzar al denunciado a pactar pagos monetarios y acuerdos por la vía civil (...) y que pese a que en muchos casos se llega a un acuerdo, el daño moral y emocional que soporta el profesional resultan irreparables y absolutamente desproporcionados (Armadans, Aneas, Soria, & Bosch, 2009).

En el año 2012 se presentaron en total 13,785 denuncias por mala praxis médica en España, lo que suponen 772 más que en 2011, de todos estos casos, 692 fueron resultado de muerte, según la Asociación del Defensor del Paciente, las especialidades médicas más demandadas fueron traumatología, cirugía general, urgencias y ginecología y obstetricia (Coto Jiménez, 2013).

En el artículo 403 del Código civil español indica que para que la intervención médico quirúrgico quede eximida de responsabilidad penal, ha de reunir 3 requisitos:

1. El facultativo denunciado deberá contar con título profesional de la disciplina que ejerce.

2. Que tenga en orden el consentimiento informado para el tratamiento en disputa.
3. Evidenciar el seguimiento del protocolo aplicado al caso en cuestión (Navarro Ameller, 2006).

Acorde al primer punto de la cita anterior, en México se estipula en la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional, relativo al ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal, que es necesario que el médico o cirujano dentista cuenten con un título profesional para poder ejercer dichas profesiones, puesto que los conocimientos adquiridos durante la preparación son vastos para iniciar la atención médica u odontológica, según sea el caso.

Respecto al segundo punto de la referencia, en México en últimos años el consentimiento informado ha cobrado importancia, puesto que es fundamental que el paciente esté consciente de los tratamientos a realizarse en su persona por lo que es parte fundamental antes de realizar cualquier procedimiento.

En cuanto al tercer punto, el llenado correcto de la historia clínica, sin omitir detalles de la intervención realizada al paciente, juega un papel fundamental acerca del o de los procedimientos realizados por el facultativo para demostrar

5.5 Conciliación en área médica en Colombia

El Artículo 43º de la Ley 35 de 1989 de Colombia indica que la competencia para conocer de las conductas profesionales de los odontólogos que puedan ser violatorias de las normas sobre ética contenidas es exclusiva de los Tribunales de Ética Odontológica (Congreso de Colombia, 1989).

Por su parte el artículo 63 de la Ley 23 de 1981 apunta que el Tribunal Nacional de Ética Médica, tiene autoridad para conocer de los procesos disciplinarios ético-profesionales que se presenten por razón del ejercicio de la medicina en Colombia (Congreso de Colombia, 1981).

En Colombia se implementó el Tribunal Nacional de Ética Médica y el Tribunal Nacional de Ética Odontológica los cuales son los responsables de conocer y resolver los casos que se presentan por una queja por parte del usuarios de los servicios de salud en Colombia, estos tribunal están conformados por profesionales del área médica, los cuales deben cumplir con un perfil, el cual indica que deben ser profesionistas con más de 15 años de ejercer la profesión, en caso de impartir cátedra, contar con al menos 5 años de estar realizando esta labor.

En el caso Colombia los Tribunales de ética médica y odontológica, son las instancias gubernamentales que tienen las facultades otorgadas por la ley para indagar y transformar los conflictos que se presentan entre personal de área médica y usuarios de dichos servicios, en el caso de México la CONAMED y las Comisiones estatales de arbitraje médico tienen la facultad para intervenir en los conflictos presentes entre un paciente y su médico/odontólogo tratante. Además, se cuenta con mediadores privados para mediar estos conflictos.

5.6 Mediación sanitaria en Chile

La mediación en los conflictos entre personal de área médica y el usuario de estos servicios en Chile, se sujetan obligatoriamente a este procedimiento antes de acudir a instancias jurisdiccionales; en caso de presentarse conflictos con personal de instancias gubernamentales tiene el deber de interponer la queja ante el Consejo de defensa del Estado y cuando la diferencia se presenta con personal de servicios médicos privados pueden acudir a servicios privados de mediación.

Artículo 43.- El ejercicio de las acciones jurisdiccionales contra los prestadores institucionales públicos que forman las redes asistenciales (...) o sus funcionarios, para obtener la reparación de los daños ocasionados en el cumplimiento de sus funciones de otorgamiento de prestaciones de carácter asistencial, requiere que el interesado, previamente, haya sometido su reclamo a un procedimiento de mediación ante el Consejo de Defensa del Estado, el que podrá designar como

mediador a uno de sus funcionarios, a otro en comisión de servicio o a un profesional que reúna los requisitos necesarios (Ministerio de salud, 2004).

En el caso de los prestadores privados, los interesados deberán someterse a un procedimiento de mediación ante mediadores acreditados por la Superintendencia de Salud, conforme a esta ley y el reglamento, procedimiento que será de cargo de las partes. Las partes deberán designar de común acuerdo al mediador y, a falta de acuerdo, la mediación se entenderá fracasada.

La mediación es un procedimiento no adversarial y tiene por objetivo preferir que mediante la comunicación directa entre las partes y con intervención de un mediador, ellas lleguen a una solución extrajudicial de la controversia.

Artículo 4 (ídem).- En el caso del inciso primero del artículo anterior, el interesado deberá presentar su reclamo ante el Consejo de Defensa del Estado, con indicación del nombre completo, cédula de identidad, edad, profesión u oficio, domicilio y demás antecedentes que permitan su identificación y la de su representante legal, en caso de que, según las reglas generales, deba actuar representado, el motivo del reclamo y, en lo posible, peticiones concretas en contra del prestador reclamado, acompañando todos los antecedentes que estime conveniente.

En el caso del inciso segundo del artículo anterior, el interesado deberá presentar directamente su reclamo a la Superintendencia de Salud. Si el mediador advierte que otras personas podrían tener interés en el acuerdo, o que éste debe contar con la participación de personas que no han comparecido, se las deberá citar. Ingresado el reclamo, se citará a las partes a una primera audiencia, fijándose la fecha, hora y lugar en que deberán comparecer.

Artículo 5 (ídem). - Para ser inscrito en el Registro de Mediadores, se requiere poseer título profesional de una carrera de a lo menos diez semestres de duración, otorgado por una institución de educación superior del Estado o reconocida por

éste, cinco años de experiencia laboral y no haber sido condenado ni haber sido objeto de una formalización de investigación criminal, en su caso, por delito que merezca pena aflictiva.

Tabla 8 Resultados de las mediaciones llevadas a cabo en Chile, estos datos fueron recopilados a partir del Consejo de Defensa del estado de Chile (Estadísticas del Servicio de Mediación por daños en establecimientos de salud pública.

Año	Mediaciones por especialidad (mayoría)	Mediaciones admitidas	Terminadas por decisión de partes	Número de mediaciones sin acuerdo	Número de mediaciones sin acuerdo	Número de mediaciones con acuerdo	Porcentaje de mediaciones con acuerdo
2016	Quirúrgicas 40.8%	532	449	350	78 %	99	22 %
2015	Quirúrgicas 39.6%	1,061	918	690	75.2 %	228	24.8 %
2014	Quirúrgicas 39.2%	1,110	975	776	79.6 %	199	20.4 %
2013	Quirúrgicas 40.9%	1,113	934	747	80 %	187	20 %
2012	Quirúrgicas 39.6%	1,234	982	814	82.9 %	168	17.1

Estos datos que abarcan los años 2012 a 2016 indican que la eficacia de acuerdos logrados mediante la mediación para dirimir conflictos está muy por debajo de lo que argumentan algunos autores, lo cual demuestra la necesidad de indagar la forma en que se brindan los servicios de mediación en Chile.

5.7 Marco Comparativo

5.7.1 Chile

En una comparación con Chile, en México el usuario de los servicios médicos puede presentar una demanda por supuesta mala praxis ante instancias jurisdiccionales o bien presentar una queja ante la CONAMED o COESAMED, (siempre y cuando esta última exista en el estado en donde se presente la controversia, puesto que aún hoy en día existen

estados de la República Mexicana en donde no existe), en cambio en este país sudamericano cuando se presenta una diferencia entre personal de área médica y el usuario de estos servicios la ley dicta que deben someterse a la mediación antes de presentar una demanda.

5.7.2 Colombia

Por otro lado, en Colombia existe el Tribunal Nacional de Ética Médica y el tribunal Nacional de Ética Odontológica los cuales tienen la facultad de suspender de sus funciones al personal que se le demuestre mala praxis, además están formados por profesionistas que cuentan con una vasta experiencia en el área ya sea médica u odontológica, además del perfil que debe contar con una reputación profesional y personal incuestionable. Esto beneficia el juicio, pues la autoridad entiende muy bien los términos científicos de la materia que se esté juzgando y no depende de un tercero al 100% para comprender el caso que esté llevando.

Por el contrario, en México los tribunales son encabezados por licenciados en derecho y son auxiliados por peritos expertos en la materia que se esté juzgando, y en este sentido el dictamen, depende de la habilidad con que se dé a entender el especialista y como el juez interpreta lo dicho y comprobado por el experto.

Además, la CONAMED y COESAMED son instancias que brindan atención a los conflictos presentes entre el personal de área médica de manera confidencial, procurando la renovación adecuada de la relación entre estos dos actores del acto médico, estamos convencidos que la mejor manera de solucionar un conflicto es la de conciliar, evitando la confrontación ante cualquier tipo de tribunales.

5.7.3 España

En este país al igual que en Chile y a diferencia de México en donde se da a nivel institucional la conciliación en área médica, en estos países se lleva la mediación, en la que, como ya lo hemos mencionado con anterioridad la principal diferencia está en la

intervención que realiza el facilitador, en la mediación solo coadyuva con la apertura efectiva de los canales de comunicación entre las partes envueltas en el conflicto y la conciliación permite que el facilitador proporcione alguna (s) alternativa (s) de solución al conflicto presente.

Concluimos que los conflictos que se presentan entre el personal de área médica y los usuarios de estos servicios se presentan día con día, la mayor parte de estas diferencias entre los actores del acto médico surgen como consecuencia de una mala comunicación acerca del diagnóstico (lo que puede ser debido a un error en la identificación de la causa de la enfermedad, malestar o una mala interpretación del paciente hacia el diagnóstico proporcionado por el profesional); un pronóstico erróneo y/o un mal plan de tratamiento, lo cual puede ser auxiliado con el correcto registro del consentimiento informado de forma clara (con palabras que el paciente entienda y comprenda) y breve.

En cuanto a la conciliación en conflictos presentes en una relación médico paciente, en México se lleva a cabo a partir de una queja de un paciente en contra de un profesional de la salud, quien deberá dar su consentimiento de forma voluntaria para someterse a este método alterno, de lo contrario no se puede llevar a cabo dicho procedimiento; en Chile, la mediación previa a un juicio es obligatoria, con todos los principios que dicta la teoría de los MASC.

Como propuesta final del presente capítulo nos permitimos expresar la conveniencia que tiene la ley de Chile, respecto a someter a mediación-conciliación, antes de asistir a los juzgados, puesto que como hemos estado comprobando, la mayoría de los reclamos que presentan los pacientes, suelen ser causados por una falta de comunicación asertiva entre los actores del acto médico, de tal manera que se evita la exposición al estrés en el profesionalista causado por una demanda, además a los medios de comunicación por supuesta mala praxis, con el consecuente daño en la reputación del facultativo. Por esta razón consideramos necesario que los legisladores de nuestro país tomen en cuenta esta visión de crear una ley que de acceso directo a los servicios de mediación o conciliación en los conflictos con el personal sanitario con pacientes, con el único fin de evitar los actos

médicos defensivos, pues el requerir a los pacientes el consentimiento informado con el único fin de protegerse, además tomar medidas en general de realizar estudios muchas veces innecesarios, también con el fin de protección para el personal de área médica aumentan los costos de la atención de salud.

CAPÍTULO 6. AUTOCONCEPTO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

En el presente capítulo nos aproximamos a las teorías que forman la personalidad de los individuos en general, dando posterior abordaje a la formación del autoconcepto, el cual se forma a partir de las experiencias que se tiene día con día con las personas que los rodean, tomando en cuenta la manera en que supone que es percibido por los demás.

6.1 Personalidad

La personalidad es una característica individual que nos diferencia de las demás personas, es la forma en que actuamos ante diversas circunstancias que ocurren a nuestro alrededor, además de ubicarnos en el contexto en que nos relacionamos. Cada persona puede reaccionar de maneras diversas ante situaciones que ocurren en un mismo lugar en un mismo tiempo y ser vividas por diversos individuos, cada uno tiene una perspectiva diferente y una experiencia distinta lo que hace que respondan de maneras heterogéneas.

6.1.1 Definiciones de personalidad

El término personalidad se puede referir a todo lo que se sabe acerca de una persona, o a lo que es único en alguien, a lo típico de una persona. Incluye rasgos como el atractivo social y la atracción de los demás (DiCaprio, 2004). Por su parte (Cloninger, 2003) comenta que la personalidad puede definirse como las causas internas que subyacen al comportamiento individual y la experiencia de la persona. Podemos observar que mientras DiCaprio se enfoca en la imagen de la persona ante la sociedad, Cloninger lo cataloga como una serie de cimientos tanto internos como sociales que describen a una persona, lo cual puede ser debido a las diversas vivencias y adaptaciones que ha tenido a lo largo de la vida.

“Gerber, Huber, Doherty & Dowling, (2011) refieren que hoy en día, uno de los marcos de referencia más influyentes en el estudio de la personalidad es el de los Cinco Grandes, modelo que organiza en cinco dimensiones los aspectos del individuo los cuales son estables a lo largo del ciclo vital y que determinan la

manera como el individuo tiende a responder a las demandas de la vida cotidiana”
(Salgado, Vargas Trujillo, Schumutzler, & Wills Herrera, 2016).

Tabla 9 Las dimensiones de la personalidad de los Cinco Grandes, elaboración propia:

Dimensión	Comprensión
1) Apertura a la experiencia (openness to experience), que “describe la amplitud, profundidad, originalidad y complejidad de la vida mental y aquella derivada de la experiencia de una persona”.	El contar con experiencias vastas en el transcurso de los años, estimula el aprendizaje para manejar de distinta forma una situación que se vuelve a presentar tiempo después y que ya se ha vivido con anterioridad.
2) Meticulosidad (conscientiousness), que “describe el control de los impulsos que es prescrito socialmente y facilita los comportamientos dirigidos al logro de tareas y metas, como pensar antes de actuar, postergar las recompensas, seguir normas y reglas, y planear, organizar y priorizar las tareas”.	La meticulosidad podemos definirla como la rectitud que guía la personalidad de las personas, en este sentido podemos ubicar este rasgo como un característico de las personas que son muy responsables, evitan romper las reglas, ser muy puntuales, además responsables en sus labores, entregan a tiempo lo que se les pide.
3) Extroversión (extraversión), que “implica una aproximación energética hacia el mundo social y material e incluye rasgos como sociabilidad, actividad, asertividad y emocionalidad positiva”.	La extroversión se encuadra en la capacidad de la persona para generar vínculos con las personas que se encuentran en su entorno.
4) Afabilidad (agreeableness), que “contrasta una orientación pro social y comunal hacia los otros con el antagonismo, e incluye rasgos como altruismo, ternura, confianza y modestia”.	En este sentido la característica de este tipo de rasgo implica que la persona regularmente evita conflictuarse con personas que se encuentran en su entorno, piensa muy bien las cosas antes de confrontar.
5) Neuroticismo (neuroticism), que “contrasta la estabilidad emocional y un ánimo estable con la emocionalidad negativa, tal como sentirse ansioso, nervioso, triste y tenso”.	Este tipo de rasgo caracteriza a personas con baja autoestima y negativas, sienten que todo sale mal, no tiene capacidad de resiliencia para enfrentar de manera adecuada las diversas situaciones adversas.

“El desarrollo de la personalidad adulta puede derivarse de fuentes sociales externas o del interior del individuo. Algunos teóricos ponen el acento en las fuentes externas. Erikson decía que los adultos, al igual que los niños, se desarrollan al enfrentar las crisis psicosociales y al ajustarse a expectativas de la sociedad específicas a la edad. Los teóricos del aprendizaje subrayan los determinantes externos” (Cloninger, 2003).

Cada una de las escuelas que han trabajado el problema de la evolución de la personalidad, ha elaborado su propio marco conceptual, por ejemplo, los conductistas ponen acento sobre el aprendizaje, los psicoanalíticos que giran alrededor de la unidad del “yo” y conceptos culturalistas (Filloux, 1992).

A continuación, daremos un extracto de las diversas corrientes teóricas que abordan la personalidad, definiendo los factores que, según los autores de ellas consideran los puntos críticos en el desarrollo de las características individuales.

6.1.2 Teorías de la personalidad

6.1.2.1 Teoría cognitivo social

Según Bandura, el aprendizaje puede ocurrir tanto en una consecuencia del reforzamiento como a través del modelamiento u observación solos, además subraya el enfoque del aprendizaje social porque sostiene que la mayor parte de nuestro aprendizaje se da en contextos sociales a través del modelamiento (DiCaprio, 2004).

Esta corriente psicológica alude la personalidad, a las situaciones del entorno que han marcado la vida de la persona teniendo como base principal a las personas que están en contacto frecuente con ellas.

En el ramo profesional se observa que durante la formación del personal de la salud es importante contar con catedráticos responsables en el horario de clase, que se encuentren ejerciendo práctica profesional, para dar testimonio a sus alumnos acerca de

las diversas situaciones que se presentan o se pueden presentar al atender a un paciente, además de la forma de vestir, de relacionarse con los demás es importante, ya que al exigir cierto comportamiento en clase, se da formalidad a la personalidad médica.

Bandura (1977), es uno de los teóricos de la personalidad cognitivo social, él argumentaba que la personalidad se obtiene a través del aprendizaje que nos aporta la sociedad del entorno en que nos desarrollamos, de tal manera que el ejemplo de la familia y los maestros durante la niñez nos aporta gran parte de la personalidad que mostraremos en el futuro.

Watson, (1930) otro de los grandes aportadores a esta teoría de la individualidad, decía “dame a un niño y te lo puedo desarrollar un profesionalista, un criminal, un ignorante, etc., con esta aseveración aseguraba que el entorno es fundamental en la formación personal de los individuos.

6.1.2.2 Teoría psicoanalítica de los seres humanos

Freud (1923), propuso que la personalidad se da en torno a tres estructuras; el *id* (ello), el *ego* (yo) y el *superego* (superyó). De estas estructuras el *id* es inconsciente y está constituida por los impulsos y deseos inconscientes que buscan expresarse. Se rige por el principio del placer (es decir intenta conseguir satisfacción inmediata y evitar dolor); por otra parte el *ego* es el mecanismo psíquico que controla el pensamiento y las actividades del razonamiento, el *ego* opera el principio de la realidad, por medio de razonamientos inteligentes trata de posponer la satisfacción de los deseos hasta que pueda hacerlo segura y exitosamente por su parte el *superego* se encarga de observar y guiar al *ego*, del mismo modo que lo hicieron los padres con el niño. Idealmente el *id*, el *ego* y el *superego* funcionan en armonía (Morris & Maisto, 2001).

En el párrafo anterior podemos observar las diversas estructuras que interfieren en la personalidad de los individuos, como se asevera, el *superego* da la moralidad a la parte primitiva que solo necesita ser satisfecha en sus antojos, en una persona que no tiene

bien desarrollado al guardián moral, le puede resultar muy simple dar recompensa a sus necesidades sin pensar más allá pudiendo dañar a alguien más, sin pensar en las repercusiones que esto le traería.

Derivando el autoconcepto de estas teorías podemos definir que este se construye a partir de la formación personal desde la infancia hasta la etapa adulta y este se puede ir reforzando con los aprendizajes formales que vamos adquiriendo a lo largo de la formación profesional y la educación continua, la cual nos brinda herramientas para desarrollar la personalidad profesional idónea de acuerdo al campo que desempeñamos.

6.2 Autoconcepto

El autoconcepto se refiere a la forma en que el sujeto percibe su identidad básica, indica como se ve a sí mismo y responde a “cómo soy yo” (representación cognitiva) (Mestre Escrivá, Pérez Delgado, Samper García, & Martí Vilar, 1998). Por su parte (Domínguez Fernández, Padilla Segura, Domínguez Fernández, & Domínguez Padilla, 2013) comentan que autoconcepto es aquello que el individuo percibe de sí mismo, y condiciona su comportamiento.

Por otra parte (Saura Calixto, 1996) comenta que el autoconcepto se configura por medio de la interacción como capacidad de observar, responder y orientar la conducta a través de un proceso reflexivo de interpretación a partir del significado que tienen las cosas para el sujeto, activado por los otros, lo que permite organizar cogniciones y actitudes.

El autoconcepto está relacionado con la percepción de uno mismo, con la aceptación de las propias habilidades, capacidades y destrezas, y también con los fracasos, frustraciones y decepciones del propio self, el cual se va conformando por las interacciones con el medio familiar, escolar y social (Gimenez, 2015).

Por nuestra parte comentaremos que el autoconcepto se ha aprendido a partir de las múltiples experiencias a lo largo de la vida, las personas con las que se comparte o se han compartido vivencias de forma cotidiana, las reacciones ante situaciones que se viven, y

en el área médica como se ha venido comentando el simple reclamo del paciente puede crear una alteración en el autoconcepto del profesional de la salud.

El autoconcepto es: la imagen que un individuo percibe de sí mismo, a nivel corporal, psicosocial y mística, construida a partir de su relación con la sociedad, experiencias vividas y establecida por la forma en la que se percibe y asimila la información proveniente del exterior (Álvaro González, 2015).

Considerando la definición anterior podemos declarar que el autoconcepto en el sentido profesional es el resultado de la percepción que tiene una persona acerca de las relaciones que tiene en su comunidad, en el caso del personal de área médica se conjuga con la reputación y prestigio que ha ganado de acuerdo con el trato directo con sus pacientes y el número de pacientes referenciados que le llegan solicitando sus servicios recomendados por un paciente actual o que fue atendido en el pasado.

Conocer mejor el autoconcepto personal como pilar para el desarrollo de la persona y el bienestar mental permite incrementar el conocimiento de la estructura lógica de estas variables, brindando las bases de la madurez a la que desea el humano (Goñi Palacios & Madariaga Orbea, 2009).

Algunas definiciones del concepto contemplan la existencia de, al menos, las cuatro siguientes dimensiones del autoconcepto (Goñi, A., 2000) citado en (Casado Lozano & Manzano Bazaga, 2013):

- El autoconcepto afectivo-emocional: Cómo se ve una persona a sí misma en cuanto a ajuste emocional o regulación de sus emociones. En este rubro podemos decir que el profesional de la salud adquiere un incremento en la satisfacción cuando el paciente agradece haber sido manipulado con profesionalismo y un diagnóstico acertado con el consecuente éxito en el tratamiento de la enfermedad que lo aqueja.
- El autoconcepto ético/moral: Hasta qué punto una persona se considera a sí misma honrada. En la profesión médica el concepto de ética conlleva el brindar los tratamientos

más adecuados para la enfermedad que un paciente manifiesta, además de indagar de manera oportuna y veraz acerca de la causa que origina los malestares al paciente, sin aprovecharse de la ignorancia que regularmente los pacientes tienen respecto al campo de la medicina.

- El autoconcepto de la autonomía: La percepción de hasta qué punto decide cada cual sobre su vida en función de su propio criterio. El concepto de la autonomía en la formación del profesional de la salud pretende desarrollar las actitudes responsables acerca de los tratamientos específicos y adecuados para sanar o mantener bajo control las enfermedades que están presentes en los pacientes que acuden para eliminar el malestar que los mantiene en un estado de padecimiento.

- El autoconcepto de la autorrealización: Cómo se ve una persona a sí misma con respecto al logro de sus objetivos de vida. El hecho de lograr un título profesional médico que le otorga la facultad de tratar pacientes merece la satisfacción de influir de manera positiva en la salud de las personas que buscan atención a sus enfermedades y si el tratamiento por el que el usuario de los servicios de salud buscó al médico resulta exitoso, el profesionista de la salud recibe con agrado las señales que indican que logró impactar de manera positiva la calidad de vida de otro individuo.

El autoconcepto es muy importante para desarrollar la personalidad, tal como lo enfatizan las principales corrientes epistemológicas de la psicología; un autoconcepto positivo tiene sustento en el buen funcionamiento personal, social y profesional dependiendo de la satisfacción personal, el sentirse bien consigo mismo (Esnaola, Goñi, & Madariaga, 2008).

En el área médica el personal de los servicios de salud goza de un prestigio por el simple hecho de ser una persona que tiene el conocimiento científico necesario para cuidar y proteger la salud de la comunidad, ayudando a los miembros de la sociedad a curar o tratar enfermedades que les aquejan, así como tratar de prevenir la aparición de estos malestares mediante la medicina preventiva.

El profesionalista de la salud se prepara durante su etapa escolar profesional para enfrentar las situaciones que crean malestar o dolor en forma física, tomando en cuenta la conexión existente entre lo mental y lo social, ya que, cuando un paciente padece una enfermedad, puede desencadenarse una situación psicológica negativa en el convaleciente (por ejemplo, cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad terminal, existe la posibilidad de que tome la decisión de terminar lo más pronto posible con su vida y decida suicidarse) además, tiene el deber de tratar con la familia del enfermo ya que también adolece junto a este.

Una vez que el facultativo coadyuva mediante el conocimiento científico a mejorar las condiciones de salud de la persona enferma, se gana el mote de ser un buen médico y su reputación crece, con la satisfacción de haber brindado a alguien más el vivir de una mejor manera, acrecentando su ego profesional y por ende el autoconcepto. En este sentido Standal (1980) comenta que la necesidad de consideración positiva se logra necesariamente por medio de las inferencias obtenidas a partir del campo experiencial de otra persona. En consecuencia, esta satisfacción es a menudo ambigua (Cueli, Reidl, Martí, Lartigue, & Michaca, 1990).

“Las situaciones o fracasos que acompañan a las experiencias relativas al yo pueden experimentarse por el individuo al margen de toda manifestación de consideración positiva de los demás”. (Cueli, Reidl, Martí, Lartigue, & Michaca, 1990).

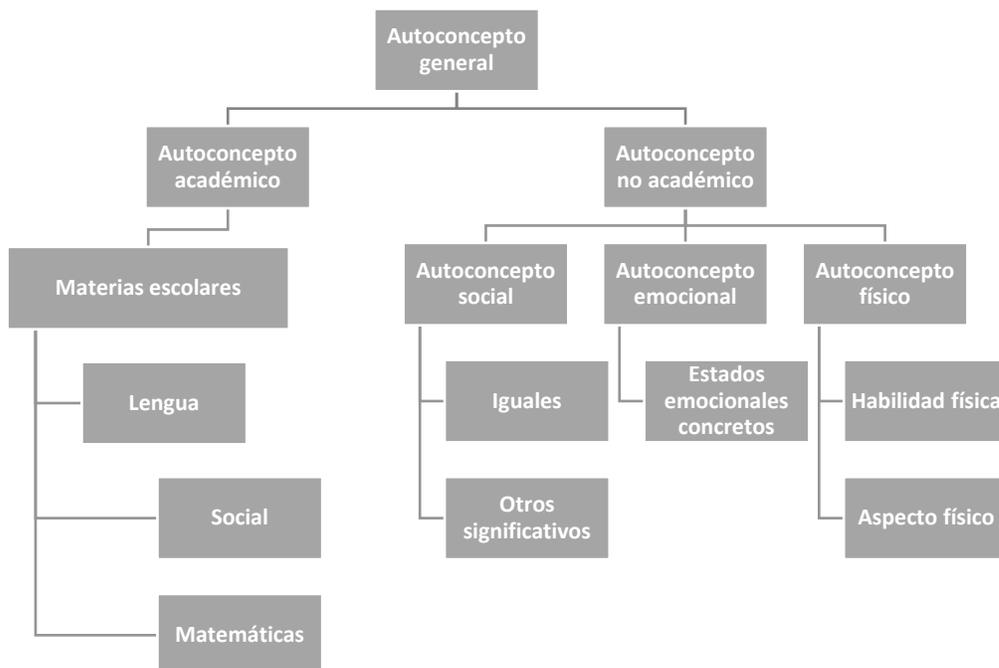
El pertenecer al área médica conlleva una responsabilidad ante la sociedad de continuamente actualizar el conocimiento, ya que día con día la tecnología avanza a pasos agigantados, por tal razón el estar tomando educación continua brinda al facultativo la confianza de prestar a sus pacientes el tratamiento más adecuado tomando en cuenta la terapéutica más moderna contra la enfermedad que se esté padeciendo; cuando el usuario de los servicios médicos siente que el doctor actúa de manera responsable y ética reconoce su trabajo y lo recomienda, lo cual confiere ampliar la reputación del médico ante la comunidad. De tal manera que diariamente se mejora el autoconcepto del

facultativo que lleva a cabo las actividades de su profesión con la intención principal de coadyuvar a la salud de su comunidad.

Cuando un médico logra colaborar con devolver el bienestar de un paciente se siente un confort indescriptible, por ejemplo, cuando el convaleciente acude por un dolor que es intenso (en una escala del 1 al 10, lo manifiesta en el número 8) de manera persistente (es decir, que es continuo), y espontáneo y el facultativo lleva a cabo un buen procedimiento semiológico (historia clínica y exploración clínica) con lo que logra encontrar la causa original de dicha dolencia, el llevar a cabo la terapéutica adecuada y eliminar o disminuir el dolor al enfermo, brinda al doctor la satisfacción de haber podido quitar las molestias generadas por el padecimiento que aquejaba al paciente, con esto se le acrecienta la autoestima y su autoconcepto profesional se eleva.

En la presente investigación indagamos acerca de las dimensiones del autoconcepto académico, emocional y social, puesto que son los más impactados en una demanda o queja que se presenta contra el facultativo, como lo han indicado los estudios del Síndrome Clínico Judicial.

Figura 4. Modelo de Autoconcepto de Shavelson, Huebner y Stanton (1979).



De acuerdo al presente cuadro el autoconcepto se subdivide en académico y no académico, de los cuales analizaremos el autoconcepto académico para tomarlo como base del autoconcepto profesional, el social y el emocional, puesto que está comprobado que el personal de área médica sufre una serie de reacciones emocionales que pueden afectar su autoconcepto general cuando son llevados ante un órgano jurisdiccional o administrativo.

6.2.1 Autoconcepto académico

El rendimiento es causa del autoconcepto académico. Las experiencias escolares, tanto en las buenas como las malas, impactan en el autoconcepto del estudiante a través del papel de las evaluaciones de los otros significativos y de la teoría de la comparación social. El alumno que obtiene buenas calificaciones, se forma un autoconcepto positivo, el que no,

expresa un bajo rendimiento escolar y manifiesta un autoconcepto académico negativo (Goñi Palacios, 2009).

En la actualidad, todos los estudiantes de pre y posgrado, e incluso los médicos experimentados, utilizan al paciente para estudiar, esto no sólo en hospitales-escuela, sino en todos los ámbitos de atención a la salud. A veces se olvida que el aprendizaje práctico no se lee ni en el mejor libro publicado, y que cada paciente es un libro abierto (García Dingman, Medina López, González Treviño, & García Guerrero, 2008).

Por esta razón en la dimensión académica el médico debe tener un autoconcepto elevado, pues al estar frente a un paciente continuamente está aprendiendo y tomando experiencia, de tal modo que el exponerse a un conflicto con un paciente puede disminuir el autoconcepto como profesional de la salud, y con más razón si este conflicto sale a la luz pública, ya que aunque no se conozca el fallo del juez, la comunidad suele enjuiciarlo como culpable y lo señala como mal practicante.

6.2.2 Autoconcepto Social

El autoconcepto social se relaciona significativamente con numerosos rasgos emocionales como la estabilidad emocional, la sociabilidad y la responsabilidad (Esnaola, Goñi, & Madariaga, 2008). Las investigaciones que han tratado de enmarcar las dimensiones del autoconcepto social parten de concepciones y definiciones dispares que responden a dos criterios: por contextos y por competencias (Cazalla Luna & David, 2013).

En este sentido podemos comentar que los criterios por contextos se refieren principalmente a la forma en que las personas se comportan de acuerdo al lugar o situación que se encuentren. Por otro lado, en los criterios de competencias se refieren a las habilidades que los individuos tienen las cuales le pueden brindar un rol en la sociedad, como en el caso del médico que tiene competencias para coadyuvar a mantener o devolver a las personas el estado de salud óptimo, lo cual eleva el autoconcepto en la dimensión social.

6.3 Autoconcepto en el profesional de área médica

Para alumnos de una carrera de tan alta exigencia académica como lo es la medicina, el tener un desarrollo adecuado del autoconcepto en sus diversas dimensiones se constituye en un factor que protege la salud, la calidad de vida y la resistencia al estrés escolar del estudiante (Montoya Londoño, Dussán Lubert, Hernández Botero, & De la Rosa, 2015).

El profesionista de la salud tiene un autoconcepto alto, pues durante su preparación profesional le inculcan el valor que conlleva trabajar por el bienestar de la comunidad en general, esta actividad le brinda un nivel de prestigio que impacta de forma positiva en su personalidad. Porque tiene la oportunidad de beneficiar a las personas que le rodean, en todo el mundo la imagen del médico en una sociedad es muy valorada y más cuando a través del tiempo demuestra su valía al momento de tratar asertivamente a sus pacientes.

En el libro de lecciones orales de moral médica el Dr. José Eleuterio González comenta que el médico se aparta del común de las personas, se coloca como un hombre público, y que este hecho lo obliga a dar ejemplo del cuidado de la salud, ser una persona responsable, un buen hombre o mujer y buen (a) ciudadano (a), aún a costa de su tiempo, reposo, comodidades, de su salud, de su vida o hasta de su honra (González, 1878).

Estas manifestaciones del Dr. González le dan al médico la instrucción del deber ser en la profesión que está creada para lograr el bienestar de la población, no importando que sean pacientes pobres o ricos, se debe tratar a todos por igual, esto le aporta una imagen benévola y con mayor responsabilidad sobre sus acciones, para ser visto como un ejemplo a seguir.

“La Medicina es una de las profesiones que en mayor medida requiere una fuerte vocación” (Marañón, 1976), pues sin ésta es imposible asumir la misión propia del médico: cooperar con el paciente a la realización óptima y digna de éste como persona humana. La medicina es una vocación de servicio, a veces en condiciones muy difíciles y angustiosas (Córdoba Palacio, 2007).

Hoy en día han cambiado los papeles del médico, pues a partir de la valía que tomo el uso del consentimiento informado, es deber del médico considerar al paciente como un ente autónomo que puede tomar decisiones debidamente informadas, por lo que el facultativo debe manifestarle al paciente la enfermedad que convalece, los diversos caminos a seguir para tratar o sanar la enfermedad y él definirá con el conocimiento de causa el tratamiento que considere como mejor opción para continuar su vida de manera normal.

A través de los tiempos, la humanidad ha otorgado al "sanador", un puesto de privilegio ante la comunidad, aun siendo esclavo, porque admite que su misión sobrepasa lo meramente técnico y lo reconoce como protector del patrimonio humano, incluyendo el más importante, la existencia, el cuidado de la vida, tanto en lo orgánico como en lo espiritual (Córdoba Palacio, 2007).

Para (Vera Carrasco, 2013) las características del acto médico son:

- a) **Profesionalidad:** sólo ejecutable por el profesional médico; sujeto a las normas de excelencia profesional vigentes (*lex artis ad hoc*), teniendo en cuenta el desarrollo científico, complejidad del acto médico, disponibilidad de equipo y medios de trabajo, y las circunstancias específicas de la enfermedad del paciente.
- b) **Beneficencia:** búsqueda del bien del paciente. No maleficencia (*primum non nocere*), obligación de no producir daño; prevenir el daño; eliminar lo que está haciendo daño y promover lo que hace bien al paciente.
- c) **Autonomía:** que es el respeto por las decisiones del paciente informado; tiene derecho a decidir sobre sí mismo, de acuerdo a su personal proyecto de vida y código de valores.
- d) **Justicia:** es que todas las personas deben ser tratadas por igual; nadie debe ser discriminado por su raza, sexo, edad, ideas, creencias o posición social.

“Concebimos perfil profesional al conjunto de rasgos y capacidades que, certificadas apropiadamente por quien tiene la competencia jurídica para ello, permiten que alguien

sea reconocido por la sociedad como “tal” profesional, pudiéndosele encomendar tareas para las que está capacitado y competente” (Hawes & Corvalán, 2005).

En el área médica, el ejercicio de la profesión debe ser acreditado por la Dirección General de Profesiones, siendo una de las profesiones que obligatoriamente necesita tener cédula para comprobar que se realizaron los estudios en una institución que acredita las competencias necesarias para atender pacientes con los conocimientos adecuados.

Dentro de los deberes del médico que constituyen las bases de atención a las personas que acuden a solicitar los servicios profesionales de éste con tal de prevenir o tratar un malestar encontramos los siguientes (Lara y Mateos, 1999).

1. Debe recordar la obligación de preservar la vida humana.
2. Debe a todos sus pacientes todos los recursos de su ciencia y lealtad, cuando se ve rebasado por las necesidades del paciente, debe canalizar a otro profesional de la salud más competente en el ramo que el paciente solicita.
3. Debe preservar en absoluto secreto todo lo relacionado con el paciente, aunque el paciente haya fallecido.
4. Debe proporcionar atención médica de urgencia como deber humanitario, a menos que esté seguro de que otros médicos puedan o quieran brindar atención.

En los deberes del médico podemos observar la conducta que un médico debe manifestar ante la atención de los pacientes, el preservar una vida o colaborar en la sanación de alguna enfermedad brinda al médico una seguridad personal y gran satisfacción por mejorar la calidad de vida de alguien más, este tipo de logros abonan de forma directa en la reputación y el prestigio del tratante, pues al ver que la enfermedad ha disminuido o ha sido curada, el paciente y los familiares de este, dan recomendación personal por la experiencia vivida y esto en la mayoría de los casos logra una mejor publicidad pues de boca en boca es la mejor.

6.4 Atención en pacientes nuevos

El aspecto humanista del servicio médico juega un papel especial, el trato personal ofrecido al paciente se convierte en un factor más importante que cualquier campaña publicitaria o de marketing emprendida (...) los valores de confianza y cordialidad están más presentes que en cualquier otro sector profesional (Medina Aguerrebere, 2012).

El autoconcepto en el personal médico se refuerza, cada vez que se atiende a un paciente y se logra percibir la confianza que se genera en el trato médico-paciente, cuando el paciente corresponde de manera positiva a los tratamientos o indicaciones que le son sugeridas para curar o sobrellevar una enfermedad.

Es importante que el profesional de la salud sea asertivo, claro y directo, tratando de no minimizar la enfermedad en cuanto a la evolución y la imposibilidad de manejar la incurabilidad de esta, en caso de presentarse dudas acerca del tratamiento o diagnóstico, se tiene que indicar al paciente o los familiares los posibles diagnósticos de forma que no sientan más pesar que el de la noticia, por ejemplo cuando a un padre de familia se le tiene que dar la noticia de que su hijo padece cáncer o que ha fallecido, son noticias desgarradoras que de no tener cuidado pueden acentuar una culpa en el médico que se siente impotente profesionalmente ante la situación.

Esto se manifiesta cuando el médico tiene la responsabilidad de dar una mala noticia a alguien, le puede resultar penoso y difícil y esto puede atentar contra su autoconcepto porque el enfermo empeora y el sentimiento de culpabilidad va asociado al fracaso en el tratamiento (Polaino-Lorente, Abad Alamo, Martínez Cano, & del Pozo Armentia, 2000).

El hecho de dar una noticia en la que el médico siente la incapacidad de tratar o curar una enfermedad y dejarlo todo a la respuesta del paciente, en múltiples ocasiones causa una impotencia en el facultativo que le puede repercutir en su vida cotidiana y crear una situación de estrés que repercutirá en su ejercicio cotidiano, hasta liberarse de la mala noticia.

En este apartado hemos encontrado que el autoconcepto del profesional de la salud se ve trastocado por el hecho de recibir una notificación de cita para resolver una queja o demanda interpuesta por un usuario de los servicios médicos, ya sea ante la Comisión de Arbitraje Médico o ante instancias jurisdiccionales, ya que si bien, el paciente acusa que se ha llevado a cabo un mal tratamiento o fue tratado de forma inadecuada y el médico no reconoce esa mala práctica por la que se le requiere, debido a que durante el proceso de formación profesional se le inculca a trabajar por el bienestar de la salud del paciente.

Los datos obtenidos en múltiples investigaciones concuerdan en que la mayor parte de las quejas o demandas interpuestas por los usuarios de la salud suelen estar originadas por una comunicación defectuosa entre las partes del acto médico, por lo que al pasar por un proceso de conciliación y firmar el acuerdo se ha llegado a recuperar el autoconcepto del profesional de la salud e incluso se ha visto que se recupera la relación preexistente entre el médico y su paciente.

En el siguiente capítulo examinamos el valor intangible que le otorga la confidencialidad a la conciliación en los conflictos de relación entre el profesional de la salud y los usuarios de servicios médicos, y cómo este principio de los MASC contribuye en la recuperación del autoconcepto del facultativo.

Capítulo 7. La confidencialidad de la conciliación y su impacto en el prestigio y la reputación para el profesionista de la salud

Como ya hemos mencionado con anterioridad, la conciliación médica es un procedimiento que se lleva a cabo bajo la voluntariedad y petición de las partes, al presentarse algún conflicto entre personal de área médica y los usuarios de dichos servicios por supuesta mal praxis médica, errores bajo negligencia por parte del médico. Esta forma de solucionar las controversias tiene la finalidad de transformar el inconveniente brindando la posibilidad de reabrir los canales de comunicación que se encuentran cerrados y con apoyo del conciliador, las partes pueden encontrar una solución para lograr un acuerdo que transforme esta complicación en la relación preexistente.

Cada persona es única en su constitución fisiológica y puede reaccionar de diferentes maneras a los distintos tratamientos realizados, recetados o recomendados por su médico en búsqueda de sanar alguna enfermedad, por lo que es importante hacerle saber al usuario de los servicios médicos que antes de presentar una demanda o querrela, en donde se puede perjudicar el prestigio y la reputación del médico en cuestión, es posible transformar el conflicto por la vía del diálogo mediante la conciliación médica.

Es necesario brindar mayor difusión a los Métodos Alternos en Solución de Conflictos en relación a los conflictos médico-paciente, con el fin de mejorar la práctica médica en búsqueda de evitar daños profesionales, personales o familiares en el facultativo. Gracias a la conciliación en los conflictos médico paciente se ha logrado establecer que en muchas ocasiones el facultativo tiene mayores

Se puede transformar la disputa, de manera voluntaria siempre y cuando sea susceptible de llevarse ante las instituciones que brindan dichos servicios como la COESAMED (Comisión Estatal de Arbitraje Médico) o la CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico), si el proceso de la conciliación es muy ríspida o no hay voluntad para conciliar, se invita a los participantes en el conflicto a someterse a un arbitraje médica, de seguir la

renuencia a solucionar por la vía pacífica el problema se dejan a salvo los derechos del paciente para demandar por mal praxis médica.

La confidencialidad que se presenta durante el proceso de la conciliación médica, juega un papel fundamental para el médico, puesto que la mayoría de las quejas ante las instancias que colaboran como coadyuvantes de la transformación del conflicto que se presenta entre un profesional del área médica y los usuarios de esta prestación de servicios (paciente y familiares) resultan ser ocasionados por una falta de comunicación entre estos actores del acto médico. El prestigio del profesionista está en juego cuando por alguna causa se presenta una demanda por supuestos malos tratos por parte del facultativo hacia su paciente, debido a que se le expone de forma pública, aunque en muchas ocasiones resulta ser inocente de los cargos que se levantan en su contra.

El confrontar un conflicto ante el sistema judicial, puede representar un impacto económico, temporal, psicológico y fisiológico, debido al estrés que esto genera, además de la exposición a los medios de comunicación, puesto que, el facultativo, al entrar en litigio, es más factible que se dé a conocer su nombre, teniendo un impacto negativo en su imagen profesional y esto le genera una “mala fama”, e incluso puede hacerlo perder una suma económica representativa o en casos más complicados perder la cédula profesional (importante para ejercer la profesión) o hasta su libertad (vía penal). Por el contrario, con la mediación o conciliación en el conflicto médico-paciente se ofrece una vía confiable, voluntaria, imparcial, confidencial y más rápida que la vía judicial, puesto que la negociación se lleva a cabo de forma directa entre los involucrados en el conflicto (García Barrera, Córdova Rivera, & Fuentes Rodríguez, 2015).

En una sociedad como la nuestra, los individuos necesitan contar con buena salud en general para llevar a cabo sus actividades cotidianas y en caso de padecer alguna enfermedad necesita buscar atención en el ámbito público o privado, regido por normas, leyes y reglamentos de nuestro país, en el sector particular siempre se lleva a cabo, con la comodidad de contar con cubículos personales para mantener la confidencialidad durante la consulta, diagnóstico y tratamiento indicado para cada paciente. Esto conlleva al inicio

de una relación entre ambos (profesional de la salud y usuarios de sistema de salud), dando la posibilidad de ganarse la confianza para tratar la enfermedad.

7.1 La intangibilidad de la confidencialidad en la conciliación

Se consideran recursos intangibles a todos aquellos recursos de las organizaciones que carecen de existencia física, que son potencialmente utilizables, que son renovables luego de usarlos y que no disminuyen sino que aumentan en cantidad y calidad mientras son usados, además de poder ser usados de manera simultánea, y presentar un elevado grado de especialización (Diefenbach, 2006) citado en (Núñez Guerrero & Rodríguez Monroy, 2015).

Tabla 10. Características principales de los intangibles (Gorjón Gómez, 2013), adaptado por García Barrera, Córdova Rivera & Fuentes Rodríguez.

Generan Valor.	En este sentido el valor que genera la conciliación para el personal de área médica es la confidencialidad, la cual tiene la significación de la protección de los datos del facultativo brindados durante el desarrollo de este Método Alternativo de Solución de Conflictos. Lo cual hace más factible que se disminuyan las consecuencias del llamado Síndrome Clínico Judicial.
Generan competitividad.	Al llevar a cabo la conciliación se crean condiciones para cuidar la imagen pública del facultativo en conflicto, la cual es un baluarte para él, puesto que al solucionarlo de forma pacífica y entre las partes, el médico en cuestión puede tomar la situación como una experiencia que le muestra las áreas de oportunidad a mejorar al momento de atender a sus pacientes.
Generan aprendizaje y potencializan destrezas, habilidades y competencias.	De acuerdo a información brindada durante el pilotaje cualitativo de la tesis en desarrollo, obtuvimos información valiosa a este respecto, pues al verse inmerso en este procedimiento, el personal de área médica revalora la importancia de mantener los canales de comunicación abiertos de forma permanente con el paciente o sus familiares, permite aprender de esta experiencia y valorar las áreas de oportunidad que brinda el arreglo directo con el usuario del servicio de salud para evitar un nuevo conflicto con algún paciente en el futuro inmediato.
Generan adaptabilidad y desarrollo.	Del mismo modo se desarrollan capacidades de comunicación entre el equipo profesional del área de la salud y los usuarios de estos servicios.
Transformadores de vida y de procesos.	Permite mejorar tener mayores precauciones al realizar el llenado del expediente clínico, se invierte mayor tiempo como un recurso valioso en el proceso de obtención de información para permitirnos ganar

	confianza y conocer más acerca del estado de salud general del paciente y su modo de vida, con la finalidad de llevar a cabo el trabajo profesional con mejores predicciones, así como tener las precauciones necesarias durante la atención del paciente.
--	--

En México, la justicia tradicional (judicial) se aplica de forma pública, en el ámbito médico, esto suele causar un fuerte impacto en la imagen y el prestigio del facultativo, el cual se pone en riesgo, pues cuando la población se entera de una situación en la que un prestador de servicios médicos es acusado de haber realizado una mal praxis médica (actos médicos suministrados con negligencia), las personas suelen evitar ser atendidas por este profesional, puesto que temen ser “víctimas” de un mal procedimiento en el ámbito de su salud.

Esto se puede evitar cuando la solución al conflicto es llevada a través de la conciliación médica ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, institución que brinda sus servicios de forma gratuita, profesional y confidencial, esta última característica tiene un alto valor intangible ya que no se expone al personal de área médica a la opinión pública.

Dentro de los valores intangibles que brinda la conciliación en general, para el ámbito médico la confidencialidad impacta de forma muy positiva en la reputación y el prestigio del facultativo inmerso en un conflicto con un usuario de la salud por una supuesta mal praxis.

7.2 La confidencialidad de la conciliación médica

La confidencialidad es un pilar fundamental en la atención de personas que expresan situaciones muy particulares de sus experiencias y vivencias y es deber de los profesionales que atienden situaciones personales el mantener la secrecía de los datos obtenidos en relación a la condición tratada. Esto hace que los procesos que en ellas se dan vayan cambiando, de la misma forma que van cambiando los marcos asistenciales y jurídicos que las acogen.

“En el artículo 34 de la Ley de Transparencia del estado de Nuevo León, se considera como información confidencial aquella que se refiere a los datos personales. Esta información mantendrá este carácter de manera indefinida y sólo podrán tener acceso a ella los titulares de la misma y los servidores públicos que requieran conocerla para el debido ejercicio de sus funciones” (H. Congreso del Estado de Nuevo León, 2016).

“El principio de confidencialidad establece que los sujetos obligados deben asegurar el manejo confidencial de los sistemas de datos personales, y que su transmisión o divulgación solamente puede darse previo consentimiento del titular” (García Barrera M. E., 2016).

Confidencialidad es un concepto ético-profesional no legal que se refiere a la protección de la información oral o escrita obtenida durante el transcurso de una relación profesional (American Psychological Association, 1981; Asociación de Psicólogos de Puerto Rico, 1978; Keith-Spiegel & Kocher, 1985) citados en (Ribera González, 1987).

Con la vía extrajudicial alternativa se pretende garantizar las indemnizaciones de modo más ágil y satisfactorio y amparar a los profesionales sanitarios:

a. Evitando el descrédito del médico y la reacción a ello (la medicina defensiva, cuyo paradigma es mandar al enfermo a otro servicio).

c. Actuando con mayor rapidez y menos burocracia.

d. Procurando discreción y secreto en las actuaciones, con lo que se trata de evitar el descrédito del médico y general de la medicina (Hernández Moreno, Hernández Gil, & Hernández Gil, 2002).

7.3 Marco legal y bioético de la confidencialidad

“Los derechos del ser humano, parten del respeto a la vida y a la dignidad de la persona, los médicos nos debemos a los pacientes, también esperamos de ellos el mismo respeto a los derechos que norman la relación médico-paciente” (Garza Garza, 2006).

El médico debe explicar al paciente que se está obligado a trabajos de medios, es decir tratar la enfermedad, pero no de resultados o evolución del paciente de forma definitiva, siempre y cuando haya realizado una minuciosa historia clínica para obtener un diagnóstico mayormente acertado, en el argot médico se dice que el 80% del éxito en el tratamiento de una enfermedad está en el diagnóstico de la misma.

Tabla 11 Legislación para la confidencialidad y protección de datos privados aplicables a la conciliación médica.

Ley/ Artículo	Redacción
Artículo 6o Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (Cámara de Diputados, 2016).	La manifestación de las ideas no será objeto de ninguna inquisición judicial o administrativa, sino en el caso de que ataque a la moral, la vida privada o los derechos de terceros, provoque algún delito, o perturbe el orden público; el derecho de réplica será ejercido en los términos dispuestos por la ley. El derecho a la información será garantizado por el Estado.
Artículo 282. (Cámara de Diputados, Código Penal Federal, 2016).	Se aplicará sanción de tres días a un año de prisión o de 180 a 360 días multa: I.- Al que de cualquier modo amenace a otro con causarle un mal en su persona, en sus bienes, en su honor o en sus derechos, o en la persona, honor, bienes o derechos de alguien con quien esté ligado con algún vínculo.
Artículos 35 Ley de Transparencia y acceso a la información (H. Congreso del Estado de Nuevo León, 2016).	Artículo 35.- se considerará como información confidencial: I.- Los datos personales (información numérica, alfabética, gráfica, fotográfica, acústica o de cualquier otro tipo concerniente a una persona física identificada o identificable, relativa al origen étnico o racial, las características físicas, morales o emocionales, a la vida afectiva y familiar, domicilio particular, número telefónico particular, cuenta personal de correo electrónico, patrimonio personal y familiar, ideología y opiniones políticas, creencias, convicciones religiosas o filosóficas, estados de salud físico o mental, las preferencias sexuales, la huella digital, ácido desoxirribonucleico (ADN), fotografía, número de seguridad social, y toda aquella que permita la identificación de la misma). II.- La protegida por los secretos comercial, industrial, bancario, fiduciario, fiscal y profesional.
Artículo 43 Ley de Transparencia y acceso a la información (H. Congreso del Estado de Nuevo León, 2016)	Toda persona tiene derecho a la protección de su vida privada y de sus datos personales e información relacionada con los mismos, la cual será custodiada, protegida, manejada y en su caso rectificada en los términos de la presente Ley. (REFORMADO, P.O. 17 DE SEPTIEMBRE DE 2012) Los sujetos obligados al tratar los sistemas de datos deberán observar los principios de consentimiento, información previa, finalidad, licitud, calidad de la información, confidencialidad y seguridad, proporcionalidad, máxima privacidad y responsabilidad, así como garantizar el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los titulares de los datos personales o sus legítimos representantes.
Artículo 36 Ley Reglamentaria del	Todo profesionista estará obligado a guardar estrictamente el secreto de los asuntos que se le

Artículo 5o. constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal. (Cámara de Diputados, 2010).	confíen por sus clientes, salvo los informes que obligatoriamente establezcan las leyes respectivas.
Artículo 8º. Ley de Métodos Alternos para la Solución de Conflictos del Estado de Nuevo León (H. Congreso del Estado, 2012).	Los Métodos Alternos son de carácter confidencial, implicando que toda persona que participe en los mismos no podrá divulgar la información obtenida durante su desarrollo a ninguna persona ajena a aquellos, ni utilizarla para fines distintos al Método Alternativo elegido para la solución del conflicto. Lo anterior, salvo acuerdo en contrario de los participantes en conflicto respecto de ellas, que conste por escrito, que no contravenga alguna disposición legal y que no afecte los intereses de terceros, ni de menores o incapaces.

Al recibir la notificación de la queja del paciente con el requerimiento para presentarse ante instancias administrativas como las comisiones de arbitraje médico, el profesional de la salud llega a sentir incertidumbre por la causa de este evento, así como lo indica Perea Pérez y otros (2011) en gran parte de los casos, el médico se siente agredido debido a unos actos sobre los que no reconoce culpabilidad y que tienen para él secuelas importantes. Asimismo, parece evidente que el hecho de haber atravesado por un proceso judicial deriva importantes cambios en la forma de trabajar y en la visión del ejercicio de su profesión.

El compromiso para el juicio coloca al médico acusado en un estado de ansiedad e incertidumbre que puede desencadenar el síndrome clínico judicial, afectando así su vida, primero como individuo y luego como profesional, además se deben tener en cuenta los factores agravantes que incluyen: usuarios de servicios médicos, propaganda negativa en el lugar de trabajo, rencor y chismes de colegas y colaboradores, y la notoriedad del evento y los cargos de los medios de comunicación (Santoro, 2014)

El principio de la confidencialidad de la conciliación, pero sobre todo el llegar a un acuerdo ante un conflicto con el usuario de los servicios médicos evita que el facultativo sea expuesto a los medios públicos, por lo que este último recobra la tranquilidad y el autoconcepto profesional se recupera después de firmar la transformación del conflicto pues nunca fue expuesto a los medios públicos, esto ayuda a mejorar su atención a los pacientes llegando a utilizar la medicina asertiva.

7.4 El prestigio

El prestigio se puede estudiar desde el punto de vista del honor, la estima, la deferencia o la aceptación; este depende de las posiciones que ocupa el individuo a nivel social, de cómo desempeña sus funciones y de otras cualidades personales (Gómez Bueno, 1996).

El prestigio de los individuos, incluye la posición social y el modo en que ejerce el papel que corresponde a este (...), referido a profesiones en general, el prestigio es solo la evaluación de la sociedad a lo buenas o lo malas que son las posiciones, incluyendo los roles inherentes a ellas pero no a su desempeño (Carabaña Morales & Gómez Bueno, 1997).

Prestigio es el resultado de las valoraciones humanas acerca de aquellas situaciones en las que nos encontramos en todo momento; es una valoración más elevada de un individuo o de un fenómeno colectivo, (...) de esta valoración procede la tendencia a apreciar ciertos factores como prestigiosos y poseedores de autoridad (Boucek, 1957).

“El prestigio social del médico se funda en su capacidad clínica, en la relación con los pacientes en la consulta, en el alivio del sufrimiento enfermedades, y en la ayuda para morir sin dolor y sin desesperación” (Gérvás, Pérez Fernández, & Sánchez Sánchez, 2012).

Cuando se ingresa al ejercicio de alguna profesión del área médica, una vez obtenido el título y la cédula profesional para ejercer la práctica de los servicios de salud como lo indica el artículo 79 de la Ley General de Salud (Secretaría de Salud, 2016), inmediatamente se tiene la carga de llevar a cabo el trabajo de la mejor manera posible, con el único fin de llevar a los pacientes a recuperar su estado de salud, prevenir enfermedades o por lo menos, mejorar la calidad de vida durante una enfermedad crónico- degenerativa; cuando el personal de área médica logra otorgarle al paciente la mejora en su vida, inicia el camino del reputación y el prestigio, en este momento se hace acreedor de la confianza, no solo del convaleciente, sino además de sus familiares,

quienes comienzan a confiar en él además lo recomiendan con personas cercanas a ellos y que sufren algún padecimiento.

El prestigio al que aspira el médico hipocrático es expresión de algo que va más allá del beneficio económico. El médico que haga buenos pronósticos ‘ofrecerá una mayor confianza en que conoce los males de los pacientes, de manera que la gente se decidirá a ponerse en sus manos y este podrá atenderlos con mayor garantía y se eximirá de responsabilidad’. A su vez, ‘el arte de la medicina es el único que en las ciudades no tiene fijada una penalización, salvo el deshonor (Lara Nava, 2004).

Al respecto (Gorjón Gómez & Steele Garza, 2012) comentan que dentro de las consecuencias que presenta un profesionista de la salud por una demanda judicial, cuando es demandado con justa razón por un paciente es el desprestigio, inhabilitación profesional e incluso hasta la cárcel, además el desprestigio se puede dar, aunque el paciente carezca de razón.

Por esta razón consideramos que la confidencialidad que nos brinda la conciliación es una ventaja considerable, puesto que aunque en el momento de acudir a una cita en ante la Comisión de Arbitraje Médico, sea estatal o nacional, se tiene el cuidado de mantener al facultativo del conflicto anónimo, ya que, de manera cordial se le invita a pasar a un pequeño cubículo, en donde se le pide que aguarde un momento entre tanto llega la contraparte o se afinan los detalles para iniciar la sesión de conciliación y de esta forma se mantiene a salvo la identidad de las personas que se encuentran en procedimientos de conciliación o arbitraje.

7.5 La reputación

Goldberg et al. (2003) consideran que una reputación positiva es un recurso vital para el éxito (...), y Zimmerman (1997) apunta que aquellos (...) que no disfrutaban de reconocimiento de su legitimidad institucional suelen tener problemas a la hora de lograr financiación, clientes y recursos humanos eficientes (López López & Iglesias Antelo, 2010).

“La reputación se trata de la suma de la identidad, la imagen, las percepciones, creencias y experiencias que los sujetos de los grupos de interés han ido relacionando con la empresa o el profesional a lo largo del tiempo” (Martínez & Olmedo, 2010).

“El prestigio y la buena reputación social y profesional de los médicos generales/de familia dependen de ofrecer a sus pacientes cuidados variados y proporcionados, preventivos y curativos, a lo largo del tiempo y para muy variados problemas de salud” (Gérvás, Pérez Fernández, & Sánchez Sánchez, 2012).

La reputación se trata de la suma de la identidad, la imagen corporativa, las percepciones, creencias y experiencias que los sujetos de los grupos de interés han ido relacionando con la empresa a lo largo del tiempo (Martínez & Olmedo, 2010).

Las redes sociales y el internet actualmente dominan en una sociedad tecnológica y por lo tanto existen cada vez más personas que pueden acceder a información que puede afectar de manera directa a las compañías mediante noticias falsas o verdaderas de por la exposición de forma masiva. Los blogs, tweets, mensajes de texto, peticiones online, sitios de protesta en Facebook y videos digitales representan nuevas amenazas potenciales y las compañías deben aprender a responder ante ellos (Gaines Ross, 2010).

Así como lo indica Gaines Ross, la reputación y el prestigio se pueden sufrir graves daños, el simple hecho de ser acusado de haber realizado un trabajo de forma errada en las redes sociales causa efecto en los posibles pacientes a futuro ya que como dice un dicho popular entre el personal de área médica y que se aplica a cualquier profesionalista que trabaja de forma privada “un paciente contento te recomienda con dos o tres pacientes más, sin embargo uno molesto, te quita diez prospectos de paciente”.

Tabla 12 Comparativa entre prestigio y reputación

Reputación del profesionalista de la salud.	Prestigio del profesionalista de la salud.
La reputación de un profesionalista se basa principalmente en la forma en que se ha desempeñado en cuanto al trato personal con sus pacientes o la familia de éstos y en el ámbito profesional en la asertividad de los diagnósticos y tratamientos para los usuarios de los servicios de salud.	El prestigio se refiere principalmente al hecho de ejercer la profesión, pues ante la sociedad es un trabajo muy importante, si aunado a esto, el médico u odontólogo posee un puesto gerencial en una clínica u hospital y posee poder económico, el prestigio es mayor, ya que el prestigio se debe principalmente a las posiciones sociales en que se desempeña un individuo.

La CONAMED y COESAMED son instituciones que fueron creadas para coadyuvar en la solución de los conflictos que se presentan entre usuarios de los servicios médicos y los profesionistas de la salud por mal praxis, haciendo posible la transformación de estas diferencias a través de la conciliación médica, con la ventaja de manejarse de forma confidencial (sin exponer a los usuarios a la luz pública), cuidando el prestigio y la reputación del personal de área médica que acepta de forma voluntaria el uso de este método alternativo de solución de conflictos, debido a que más de la mitad de estos conflictos suelen ser causados por un malentendido del paciente, siendo el personal de área médica inocente de los cargos presentados en su contra.

Capítulo 8. Metodología cualitativa: entrevista semiestructurada y grupo de enfoque

El estudio cualitativo trata de indagar la perspectiva de los diversos actores sociales que participan de manera cotidiana en la realidad que el investigador se encuentra estudiando, para demostrar de forma fehaciente la existencia de las variables implicadas en su investigación. De acuerdo a (Galeano Marin, 2004) el proceso metodológico cualitativo se propone la comprensión de la realidad desde las múltiples perspectivas, lógicas y visiones de los actores sociales que construyen e interpretan la realidad.

Para demostrar la hipótesis propuesta en nuestra investigación, hemos decidido llevar a cabo un análisis metodológico cualitativo y cuantitativo. El presente capítulo está enfocado en la metodología cualitativa y lo hemos dividido en diversos apartados, en el primer apartado redactamos los criterios para la selección de la muestra, la forma en que se llevó a cabo la aproximación a los sujetos de estudio que contribuyeron a las entrevistas semiestructuradas para la comprobación de las variables objeto de estudio, así como la construcción del instrumento definitivo para dichos fines.

En un segundo apartado se explica la elaboración del pilotaje para validar el instrumento, en el cual se realizó una aproximación a la conciliación médica a odontólogos con más de 10 años de experiencia en la práctica profesional privada, que además son catedráticos de una facultad de odontología del estado de Nuevo León. En un tercer apartado presentamos el análisis de los datos que hemos recabado y realizado en el programa de MAXQDA: Qualitative Data Analysis Software.

8.1 Diseño de la investigación

Para llevar a cabo la presente investigación decidimos indagar los beneficios que aporta la conciliación en el área médica, principalmente para el profesional de la salud, por ser un procedimiento totalmente confidencial, en búsqueda de la solución por acuerdo de partes, la cual otorga ventajas a diferencia de la defensa en los juzgados.

En la resolución judicial existe una alta posibilidad de que el facultativo sea expuesto a los medios de comunicación acusándole de mal profesionalista y, además, la “reparación del daño” queda en manos de la sentencia de un (a) juez, de esta manera, muchas veces no existe la posibilidad de comunicación directa entre las partes.

Por el contrario, en la conciliación se trata de abrir los canales de comunicación directa entre las partes que forman parte del conflicto, buscando que se llegue a un acuerdo entre estos actores. Se han indagado capítulos de marco teórico con la finalidad de conocer más acerca del tema y de las condiciones de la conciliación médica, se han hecho aproximaciones a las circunstancias diversas que desencadenan los conflictos en la relación de personal de área médica-paciente con la finalidad de conocerlas y analizarlas y dar sustento a la presente investigación.

Por esta razón se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con especialistas en el tema de la conciliación en área médica, para obtener el punto de vista de los actores que juegan un papel preponderante para lograr la comunicación asertiva entre las partes en conflicto, pues ellos ven de forma directa las reacciones que los profesionales de la salud van teniendo conforme avanza el procedimiento de la conciliación, pues en ocasiones llegan temerosos o enojados, pero al explicar las ventajas de este método alternativo para solucionar los conflictos cambian su disponibilidad para tratar el problema por el cual se está llevando este proceso.

8.2 Selección de los participantes

Se realiza la selección de los sujetos de estudio con las características y los criterios de inclusión los cuales se determinan en los siguientes puntos.

- Personal con experiencia en la conciliación en área médica.
- Con más de un año de experiencia en el ámbito.
- Ser residente en los Estados Unidos Mexicanos.

- Laborar o haber laborado en alguna dependencia que brinde servicios de conciliación médica.

Para dar viabilidad al modelo cualitativo del estudio hemos decidido tener la comunicación con los comisionados de arbitraje médico de los estados de Nuevo León, Coahuila y Tamaulipas, sin embargo, por las condiciones de inseguridad en ese último estado de la república aunado a la falta de comisionado estatal se han estado llevando a cabo las funciones de dicha comisión en la CONAMED, por tal razón decidimos acudir en busca de especialistas en el tema investigado en la Ciudad de México.

8.3 Elección de la técnica de recolección de datos cualitativos

La técnica de recolección de datos seleccionada en la presente investigación fue la entrevista semiestructurada. Esto debido a que nos permite adaptar, acortar o realizar preguntas de acuerdo a las respuestas que se van obteniendo por parte del entrevistado; es decir que a pesar de haber realizado un guion de las diversas cuestiones que se van a indagar para comprobar la existencia de las variables integradas como parte de la hipótesis se pueden generar nuevos cuestionamientos dirigidos a las variables inmersas en la presente investigación.

Las entrevistas semi estructuradas, se utilizan cuando el problema de investigación no se puede observar o es muy difícil hacerlo por ética o complejidad y permiten obtener información personal detallada (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2006).

“La entrevista semiestructurada se centra en el planteamiento de una hipótesis, Su mayor ventaja reside en que puede utilizar preguntas complementarias tipo prueba, de indagación o exploración, cuyo objetivo es profundizar o clarificar respuestas para obtener una información más completa y precisa, Se recomienda no informar a los sujetos sobre los propósitos de la investigación para evitar sesgar a los sujetos” (Arnau Gras, Anguera Argilaga, & Gómez Benito, 1990).

Por otra parte (Montañes Serrano, 2009) comenta que se deben formular preguntas concretas de lo que se desea obtener como respuesta, también pueden surgir cuestionamientos en el transcurso de la entrevista que pueden estar condicionados por las respuestas que la persona entrevistada ofrezca.

“La entrevista es una reunión para intercambiar información entre una persona, el entrevistador, y otra u otras, entrevistados” (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2006).

Sin embargo, como investigadores, no coincidimos con esta definición, pues en la entrevista se trata de obtener información de las personas que viven de forma cotidiana los hechos que se están investigando, buscando extraer las opiniones de acuerdo a su experiencia, con la finalidad de sacar conclusiones con sustento empírico de los actores del fenómeno estudiado, por lo que la información debe fluir del entrevistado al entrevistador.

8.4 Instrumento

Para la estructuración del guion de la entrevista se tomaron en cuenta las variables de la hipótesis con la finalidad de obtener respuestas que le den sustento a la demostración o nulidad. Es importante hacer mención que en un inicio se tomaron en cuenta variables que son elementos de la conciliación como la confidencialidad durante la implementación de la conciliación, la dialógica respetuosa de las partes, la empatía, las competencias del conciliador y la recuperación de la autoconfianza por parte del profesionista.

Con el paso del tiempo se fueron modificando las variables con lo que actualmente se pretende demostrar que la confidencialidad del proceso de conciliación mejora el autoconcepto del profesional de la salud que ha sido alterado con la presencia del conflicto, asimismo pretendemos demostrar que salir de la Comisión de Arbitraje Médico con un acuerdo con el paciente, evita o minimiza la posibilidad de manifestar la llamada *medicina u odontología defensiva*, dando como resultado la medicina asertiva, la cual se

tiene por definida, como la correcta administración de los procedimientos clínico diagnósticos para llegar a un plan de tratamiento mejor sustentado y con una mejor comunicación directa con el paciente antes de proceder a realizar cualquier acto médico.

8.4.1 Sujetos de muestra

Para la elección de los sujetos de muestra hemos decidido llevar a cabo las entrevistas con expertos en conciliación médica, quienes por experiencia propia aplicando dicho método alternativo de solución de conflictos son los más idóneos para brindar las respuestas que nos comprueben las variables de estudio.

Para la aproximación a los sujetos de entrevista se ha solicitado a través de correo electrónico la posibilidad de aplicar los instrumentos de la presente investigación al Comisionado Estatal de Arbitraje Médico en Nuevo León, quien por motivos de agenda nos encaminó hacia los subcomisionados médico y jurídico de dicha institución, quienes se mostraron receptivos al momento de explicarles de manera general la dinámica de trabajo y aceptaron colaborar con la participación de los conciliadores de dicha comisión.

La Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Nuevo León, se encuentra ubicada en la Av. Ignacio Morones Prieto 2110, Loma Larga, 64710 Monterrey, N.L. (edificio Manchester) a donde tuvimos que asistir para llevar a cabo las entrevistas con 4 conciliadores entre los cuales se encuentran el subcomisionado médico y el jurídico. Además, se nos comentó la presencia de un nuevo conciliador médico, sin embargo, por tener una antigüedad de 2 meses en la comisión se excluye de la presente investigación.

En un segundo punto de aproximación nos comunicamos vía correo electrónico con personal de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) para lograr una cita con la Directora General de Orientación y Gestión y encargada del despacho de la Dirección General de Conciliación, quién por motivos de agenda, no pudo recibirnos. Sin embargo, se nos dirigió con el coordinador jurídico de las direcciones generales de orientación y gestión y de conciliación, quien además es fundador de la CONAMED, con

más de 20 años de experiencia en el tema. La entrevista fue llevada a cabo el día 3 de agosto del 2017 en las instalaciones de la CONAMED en la ciudad de México con la dirección Mitla No.250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia) Col. Vertiz Narvarte, Deleg. Benito Juárez, Ciudad de México. C.P. 03600.

En un tercer punto de aproximación nos comunicamos con la subcomisionada médica de la Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico (COCCAM), quien nos contactó con el Comisionado Médico para solicitarle una cita con la finalidad de pedir autorización para entrevistar a él y los conciliadores médicos del estado de Coahuila acerca de su experiencia como conciliadores, así como obtener información respecto a las variables que se encuentran en nuestra investigación. A lo cual de inmediato aceptaron la entrevista, la cita para dicha actividad fue llevada a cabo el día 19 de abril del año 2017, en las instalaciones de la COCCAM ubicadas en calle La Madrid #1940 Col. República Ote, Saltillo Coahuila, en donde se reunieron con el investigador el comisionado médico, el subcomisionado jurídico y la subcomisionada médica en una triada del tipo grupo de enfoque, debido a que los especialistas en conciliación antes mencionados se estuvieron complementando durante la aplicación del instrumento y dando sus puntos de vista acerca del objeto de estudio de la presente investigación.

8.5 Descripción de estudio piloto en metodología cualitativa

Para la prueba de pilotaje se realizaron una entrevista semiestructurada y un panel de expertos, para los cuales se elaboraron una serie de preguntas que fueron realizadas en base a la problemática y las variables incluidas dentro de la investigación.

Dentro de los criterios de inclusión para ser participante del pilotaje cualitativo en ambos rubros, se eligieron odontólogos de práctica privada, con más de 10 años de experiencia y además de estar laborando como catedráticos de la profesión odontológica; El doctor que participó en la entrevista, cuenta con más de 40 años de experiencia ejerciendo de forma privada la profesión odontológica y con más de 35 años de ser catedrático, acudió a una

plática de aproximación a los Métodos Alternos en Solución de Conflictos, junto con los participantes del panel de Expertos.

Dentro de las preguntas que se realizaron se incluyeron cuestionamientos acerca de la problemática que estamos indagando, “las consecuencias profesionales” que sufre un dentista al verse inmerso en un conflicto que se soluciona fuera del consultorio, es decir en la COESAMED o CONAMED, incluso obtuvimos respuesta de conflictos llevados ante instancias judiciales, por otro lado se les preguntó sobre sus opiniones acerca de las variables que son: Confidencialidad, autoconfianza, mediador-conciliador médico, empatía, diálogo. Además, se cuestionó su conocimiento acerca de las funciones de la COESAMED Nuevo León y las ventajas que esta instancia gubernamental ofrece ante una situación de esta naturaleza (conflicto entre un dentista y su paciente).

8.5.1 Pilotaje panel de expertos y entrevista semiestructurada

Para la implementación del panel de expertos se invitó a una Doctora experta en MASC para la realización de una plática previa de aproximación a la conciliación médica a los odontólogos invitados a participar en dicho método cualitativo, con la finalidad, de que dieran sus puntos de vista acerca de la problemática planteada y las variables incluidas en la presente investigación, siendo posible la validación debido a su experiencia profesional, junto al nuevo conocimiento puntual de la conciliación en área médica.

Dentro de los cuestionamientos se incluyeron preguntas generales acerca del conocimiento de los Métodos Alternos de Solución de Conflictos (en especial ante conflictos odontólogo-paciente) y la aplicación de la conciliación en este tipo de conflicto, además de las instituciones que la implementa en el estado de Nuevo León, asimismo las situaciones que representan la generación de un conflicto con un paciente, entre los cuales, la principal es la falta de comunicación por parte del personal de área médica.

En el segundo apartado se realizan cinco preguntas en donde se cuestiona acerca de las experiencias que han tenido en torno a conflictos con pacientes y la manera en que ellos

han enfrentado dichas situaciones, desde la falta de comunicación por un lenguaje muy elevado para el paciente o su familia, o que el usuario de los servicios de salud considere que el profesional de la salud llevo a cabo algún mal procedimiento o terapéutica adecuada al tratamiento necesitado por el paciente.

El tercer grupo de preguntas están inmersas en las variables de la hipótesis de la investigación (confidencialidad, autoconfianza, dialogo, conciliador-mediador y empatía) y su relación con la minimización de la aparición de consecuencias profesionales, posterior a la solución del conflicto con un paciente mediante la conciliación-mediación.

Culmina con cuestionamientos acerca del conocimiento por parte de los dentistas de estos pilotajes sobre las repercusiones profesionales que se presentan en un dentista cuando éste es requerido por la COESAMED o COANMED; incluso ante instancias judiciales.

En el anexo 1 se muestra el perfil de sujetos de la muestra (Panel de expertos y entrevista).

En el anexo 2 se muestra Tabla de codificación del instrumento para el pilotaje cualitativo

Tabla 13 Resultados obtenidos en el pilotaje cualitativo

Categoría del problema aceptada en el pilotaje	Variable integrada en la investigación Comprobada	Categoría obtenida y no integrada en la investigación	Variable obtenida y no integrada en la investigación	Categoría integrada y no obtenida en la investigación	Variable integrada y no obtenida en la investigación
Odontología defensiva	Confidencialidad	Mala fama	Neutralidad	Super especialización	Autoconfianza
	Mediador conciliador	Deterioro físico	Equidad		

Abandono de la profesión	Empatía	Estrés	Positividad		
	Diálogo	Gasto económico	Buen trato		

Como lo indica la tabla, los participantes en el pilotaje han comentado que la posición defensiva por parte del profesional de la salud suele darse en situaciones en que el caso de conflicto se lleva ante un órgano jurisdiccional, donde también entra el abandono de la profesión, temas que se eligieron para el estudio de las variables de la presente investigación, además del autoconcepto y sin duda alguna la confidencialidad con la que se tratan los conflictos a través de la conciliación médica.

8.6 Informe final del pilotaje de la metodología cualitativa

Como resultado preliminar general del pilotaje se obtuvo la comprobación de las categorías del planteamiento del problema como son las consecuencias profesionales y la odontología defensiva, mientras que la categoría súper-especialización no se menciona por el grupo de expertos en la odontología. Sin embargo, también se mencionan las categorías de consecuencias físicas y emocionales.

Por otra parte, son mencionados los elementos de la conciliación puesto que continuamente fueron referidos como importantes, en el sentido principal surgió la confidencialidad para evitar dichas consecuencias, así mismo la que tuvo menos interés por parte de los expertos en la odontología fue la autoconfianza. Se mencionó como importante la neutralidad del mediador como variable no incluida, que por ser una de las principales dudas de los usuarios debido a que se considera que están del lado del paciente, pero por ser pertenecientes al área médica el usuario también duda al respecto, sin embargo debe quedar claro que los principios de neutralidad, incluso obligan a que, en caso de haber familiaridad por parte del conciliador con alguno de los participantes en el conflicto, tiene que disculpar su función debido a dicha circunstancia.

8.7 Conclusiones de estudio piloto

Como resultado del estudio piloto decidimos cambiar las variables de estudio y enfocarnos directamente en las ventajas que tiene la firma del acuerdo de conciliación para el personal de área médica para transformar un conflicto con un paciente.

El nuevo enfoque va dirigido al principio de confidencialidad de la conciliación en área médica para minimizar los efectos colaterales de la transformación positiva de un conflicto entre un profesional de la salud con el usuario de los servicios médicos, ya que evita la exposición a los medios (en este estudio enfocado en el profesional de la salud), conservando a salvo el prestigio (que se da por el hecho de ser de área médica) y la reputación (que se va ganando con el tiempo de ejercicio) con el resultado de mantener el autoconcepto profesional y evitando que el facultativo deje de manera temporal o definitiva la profesión y que mejore su atención médica con los pacientes futuros al conflicto, evitando la medicina defensiva y tomando a la medicina asertiva como parte fundamental en su ejercicio profesional.

8.8 Diseño del Instrumento cualitativo

Para llevar a cabo la elaboración del instrumento cualitativo se llevó a cabo una prueba piloto acerca de las variables que se indagan en el presente estudio, para ello tuvimos que recurrir a autores especialistas en los temas de estas para conocer a profundidad acerca del tema por lo cual hemos decidido realizar preguntas que se presentan en la tabla de categorización y codificación del cuestionario definitivo, revisar-Anexo 3).

A continuación, presentamos los mapas conceptuales referentes a las variables de la presente investigación.

Figura 5. Mapa conceptual de la codificación de la variable confidencialidad y su categorización en donde observamos las posibles respuestas que esperamos sean ratificadas por los entrevistados en la aplicación del instrumento cualitativo tipo entrevista semi estructurada para validar la confidencialidad como factor de impacto de la conciliación en los conflictos entre profesionales de la salud y los usuarios de la salud.

Fuente: Elaboración propia

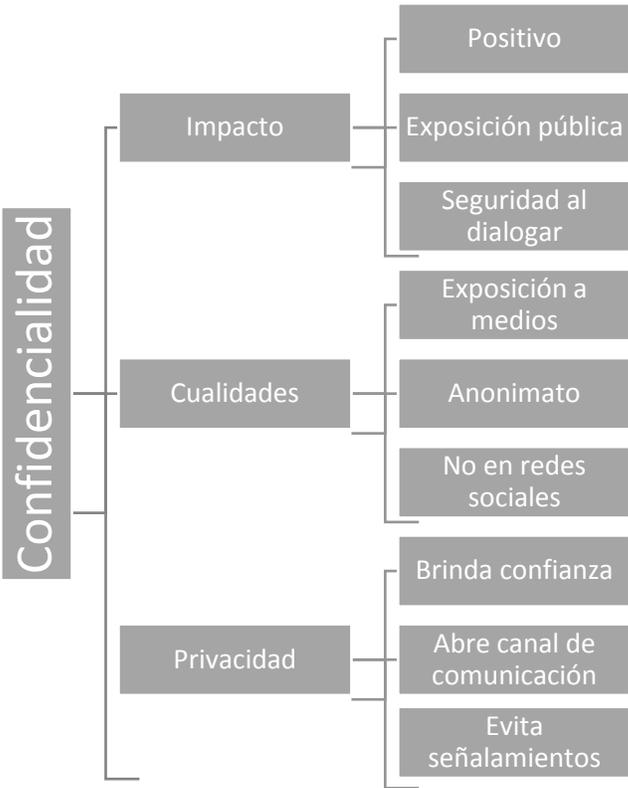
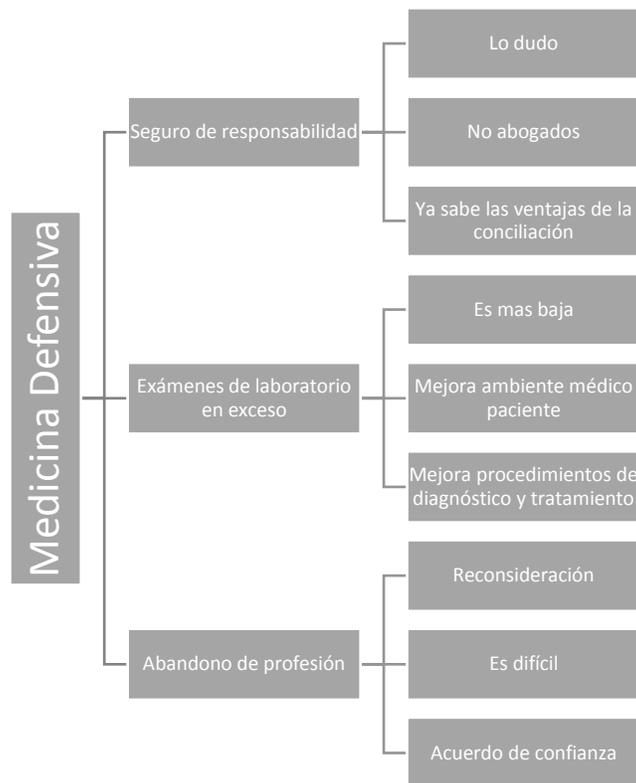


Figura 6. Mapa conceptual de la codificación de la variable Autoconcepto y su categorización en donde observamos las posibles respuestas que esperamos sean ratificadas por los entrevistados en la aplicación del instrumento cualitativo tipo entrevista semi estructurada para validar el factor de impacto de la conciliación en el autoconcepto del profesional e la salud en los conflictos entre el personal de área médica y los usuarios de la salud. Fuente: Elaboración propia.



Figura 7. Mapa conceptual de la codificación de la variable Medicina Defensiva y su categorización en donde observamos las posibles respuestas que esperamos sean ratificadas por los entrevistados en la entrevista semi estructurada para validar el factor de impacto de la conciliación para minimizar la posibilidad de tomar actitudes defensivas por parte del profesional de la salud cuando se presentan conflictos entre estos y los usuarios de la salud. Fuente: Elaboración propia.



8.8.1 Grupo de enfoque

El grupo de enfoque se estableció en la Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico (COCCAM), el trabajo realizada en el estado de Coahuila fue llevada a cabo el mismo día y a la misma hora con el comisionado estatal y los subcomisionados médico y jurídico, dicha labor se llevó en forma de grupos de enfoque en el cual los participantes

(los tres funcionarios públicos) intercalaban respuestas para complementar las mismas de los otros compañeros.

El grupo focal está diseñado para obtener información cualitativa en profundidad, la discusión es informal entre las personas participantes para que hablen de sus experiencias, preferencias, necesidades, observaciones o percepciones (Zapata Martelo, y otros, 2004). Un grupo de enfoque, o grupo focal, es una sesión informal en la que los participantes que representan una población diana discuten varios aspectos sobre un tema o asunto en específico y son necesarios para conocer más a fondo actitudes, creencias y valores de grupos en estudio (Amezcu Viedma, Jimenez Lara, Bermejo Ascorbe, García Alonso, & Ramalle Gómara, 1996).

Siguiendo con Amezcu Viedma, et, al (Op cit) comentan además que los grupos de enfoque se pueden utilizar para identificar conductas y percepciones previas a la aplicación del cuestionario; obtener información sobre la forma de expresarse, modismos de la población de objeto para formular de forma clara las preguntas del cuestionario. Las principales ventajas de los grupos de enfoque es que necesitan una grabadora, ofrecen flexibilidad, resultados rápidos, además de estimular nuevas ideas entre los participantes.

El grupo de enfoque fue utilizado en el presente trabajo de investigación a manera de triada, pues en la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico de Coahuila la Subcomisionada médico, el subcomisionado jurídico y el comisionado estatales, llevan a cabo los procesos de conciliación en el ámbito médico además de ser los responsables administrativos de dicha institución.

Tríadas: Consisten en hacer más pequeño el mini grupo de enfoque contando solo con tres integrantes, usualmente requiere una hora o una hora con quince minutos, lo conduce un moderador y al igual que cualquier otro grupo de enfoque es video grabado (Rodríguez Burgos & Gorjón Aguilar, 2014).

8.8.2 Aplicación de entrevista semiestructurada

Por otro lado en la Comisión de Arbitraje Médico del estado de Nuevo León y Nacional se llevaron a cabo entrevistas de manera individual con el subcomisionado jurídico de Nuevo León, un licenciado en derecho conciliador (Master en MASC), un médico conciliador, además del coordinador jurídico de las direcciones generales de orientación y gestión y de conciliación de la CONAMED, otro más de los entrevistados es un experto ex conciliador de la COESAMED de Nuevo León con más de 10 años en ese trabajo. Para ver el instrumento definitivo, revisar anexo 4.

8.8.3 Análisis de resultados de la metodología cualitativa

En el presente subcapítulo presentamos el resultado que obtuvimos a partir de las entrevistas realizadas durante el estudio y a la vez del grupo de enfoque que se llevó a cabo con la finalidad de responder a las preguntas dando pie a la fundamentación válida vía expertis de los profesionales que tienen conocimiento empírico de más de 3 años en el rubro de la conciliación en el área médica.

Como ya se ha mencionado con anterioridad el análisis se llevó mediante el software MAXQDA 12, en el que se agregaron 3 categorías de variable y 3 subcategorías por cada variable y 3 códigos por subcategoría, dando origen a 27 códigos en las 3 variables. De tal manera que a continuación presentamos los siguientes datos arrojados de acuerdo al análisis de las entrevistas en conjunto con el grupo de enfoque.

8.8.3.1 Confidencialidad

En el rubro de la confidencialidad logramos verificarla en su totalidad, pues al ser uno de los principios rectores de la conciliación se manifiesta como una ventaja primordial en contra de los procesos jurisdiccionales, debido a que el profesional de la salud no queda expuesto ante los medios de comunicación, con lo cual se salvaguarda su prestigio ganado por el hecho de ser de área médica, y su reputación, la cual ha sido lograda con el paso del tiempo.

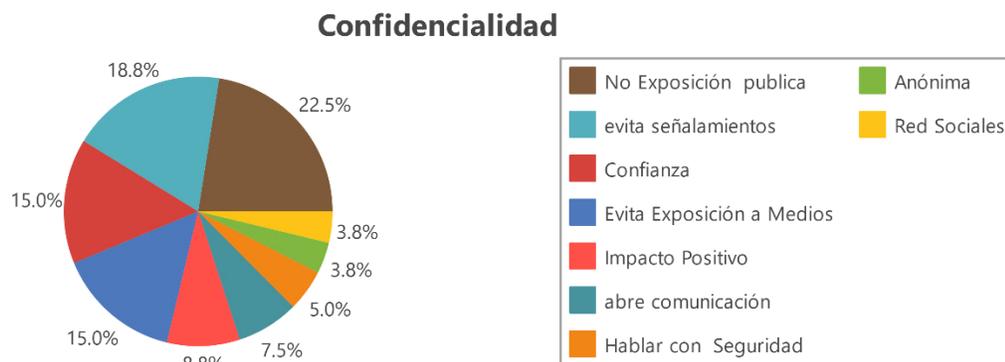
A continuación, presentamos la tabla de resultados de la codificación realizada en el rubro de la conciliación.

Tabla. 14 codificación de la confidencialidad.

Nombre	Frecuencia	% porcentaje	% porcentaje (válido)
No Exposición publica	18	22.50	22.50
Evita señalamientos	15	18.75	18.75
Confianza	12	15.00	15.00
Evita Exposición a Medios	12	15.00	15.00
Impacto Positivo	7	8.75	8.75
Abre comunicación	6	7.50	7.50
Hablar con Seguridad	4	5.00	5.00
Anónima	3	3.75	3.75
Red Sociales	3	3.75	3.75
Total (Válido)	80	100.00	100.00
Perdido	0	0.00	-
Total	80	100.00	-

En esta tabla podemos observar que de acuerdo a los entrevistados las principales ventajas que tiene la confidencialidad, es la no exposición pública, evitar ser señalados por la comunidad y la confianza que da el proceso para hablar de los temas sin temor de ser juzgado por un error durante la atención medica que conllevó al conflicto; por otro lado, los códigos menos mencionados fueron redes sociales o anonimato.

Gráfica 1 Codificación de la confidencialidad.



Gráfica: Codificación de la confidencialidad como ventaja de la conciliación médica.

En esta gráfica podemos observar que los entrevistados le otorgan importancia a la no exposición pública con lo que se evitan señalamientos para el profesional de la salud, representando entre los primeros 3 valores un valor superior a 55%.

A continuación, presentamos evidencia de las frases que concuerdan con los códigos que realizamos para identificar a la confidencialidad como ventaja para el profesional de la salud y que fueron emitidos por los diversos sujetos de entrevista.

Tabla. 15 Evidencia de códigos y frases de la variable confidencialidad.

Nombre del documento	Código	Segmento
Entrevista JC	Confidencialidad \\Evita Exposición a Medios	“Que sea expuesto en medios por no haber llegado a una conciliación a tiempo”.
Entrevista JC	Confidencialidad \\No Exposición pública	“Nunca se expone a nadie “. “Siempre cuidan ese aspecto de confidencialidad”. “Y por lo mismo si llega otro médico ahí o llega otro paciente a otra cita, yo creo que eso es bueno desde que llegas”.
Entrevista JC	Confidencialidad \\Red Sociales	“No te expone a nada y en aquel entonces no existía lo que existe ahora que son las redes sociales y el día de hoy con las redes sociales cualquier paciente”.

Lic. CONAMED	Confidencialidad \ Hablar con Seguridad	“La libertad de decir lo que tú quieras decir sin que esto afecte de alguna manera que sea jurídica”.
Lic. CONAMED	Confidencialidad \ No Exposición publica	“Ese principio es primordial y sustancial para los medios alternos”
Lic. CONAMED	Confidencialidad \ Confianza	“La confianza es fundamental”.
Lic. CONAMED	Confidencialidad \ Evita señalamientos	“Entonces es exactamente lo opuesto en conciliación, en la conciliación no está aquí en calidad ni de indiciado, ni de enjuiciado, ni del presunto, no”.
Lic. CONAMED	Confidencialidad \ Evita señalamientos	“Un médico puede decir incluso me equivoqué en esta parte pero creo en ustedes en que la corrijamos no podemos prejuzgar este acto por dos razones”.
Lic. A. A. COESAMED	Confidencialidad \ Evita señalamientos	“Se dan cuenta que no se ve manchada su reputación”.
Lic. A. A. COESAMED	Confidencialidad \ Evita señalamientos	“El principio de confidencialidad se salvaguarda a cabalmente, nosotros realmente promovemos los métodos alternos desde los pilares factores y entre ellos está la confidencialidad”.
Lic. A. A. COESAMED	Confidencialidad \ Evita Exposición a Medios	“Se les explica que si ventilan a los medios el caso pues el prestador de servicios médicos ni siquiera vaya a venir aquí con nosotros y ellos entienden esta situación”.
Dr. C. COESAMED	Confidencialidad\ Evita Exposición a Medios	“Las características principales son aquí en la comisión la confidencialidad”.
Dr. C. COESAMED	Confidencialidad\ Confianza	“Sentir en plena confianza de que puede ventilar abiertamente la postura “.
Dr. C. COESAMED	Confidencialidad\ Evita Exposición a Medios	“El ambiente es tranquilo, no tratarlos con audiencias públicas porque los hacen sentir mal”.
COCCAM comisionados	Confidencialidad\ No Exposición publica	“Al médico lo hace su publicidad, su fama y es lo que tratamos de cuidar mucho, es lo mejor que le conviene porque si se va a juzgado ya sale el periodico al otro día”.
COCCAM comisionados	Confidencialidad\ No Exposición publica	“Vamos a resolver el problema, pero lo que yo voy a decir ahí que me voy a abrir con mi paciente, y lo que vaya a decir ahí, ahí se va a quedar, no vamos a andar publicitándolo, no lo vamos a andar publicando”.
Grupo de enfoque COCCAM	Confidencialidad\ No Exposición publica	“En los periódicos, y es ahí donde se dice por qué ponen mi nombre en internet con el nombre del consultorio donde salga todo lo referente al médico y encima usen títulos como médico asesino, usó mala práctica, cuando ni siquiera se tiene evidencia que sea una mala práctica y aun así sale en primera plana como negligencia y aunque digas tú que ya se determinó que no haya mala práctica es cuando sale la nota en la octava página y en chiquito es ahí donde no le dan la importancia que debe de tener el malentendido”.

Nota: La tabla completa se presenta completa en el anexo 5.

8.8.3.2 Autoconcepto profesional

El autoconcepto lo tenemos definido como la imagen que tiene el profesional de la salud, acerca de sí mismo con referencia de lo que observa en el trato de los demás hacia su persona, con lo cual se relaciona con la autoestima y la autoconfianza. A continuación observamos los datos obtenidos durante el análisis de esta variable de estudio, llevado a cabo en el sistema MAXQDA 12.

Tabla. 16 Codificación del Autoconcepto Profesional.

Nombre	Frecuencia	% porcentaje	% porcentaje (válido)
Reputación intacta	15	26.32	26.32
No afectado	14	24.56	24.56
Tranquilo	9	15.79	15.79
No persecución	6	10.53	10.53
Trabajo Positivo	6	10.53	10.53
Recupera Autoconfianza	4	7.02	7.02
Mejora autopercepción	2	3.51	3.51
Calidad en trato a pacientes	1	1.75	1.75
Trato a otros pacientes	0	0.00	0.00
Total (Válido)	57	100.00	100.00
Perdido	0	0.00	-
Total	57	100.00	-

En la presente tabla observamos que de acuerdo a lo expuesto por los entrevistados durante la conciliación y la firma de convenio conciliatorio se mantiene una reputación intacta en la que el profesional de la salud no se ve afectado en su prestigio, lo que ayuda a brindarle una tranquilidad al seguir atendiendo pacientes de forma “normal”, sin temor de que se vuelva a generar un nuevo conflicto con algún otro paciente.

Gráfica 2. Codificación del autoconcepto profesional.



Gráfica: Autoconcepto como ventaja de la conciliación

En la presente gráfica podemos observar que el autoconcepto del profesional de la salud se mantiene, después de firmar un convenio de conciliación y las vemos como los entrevistados coinciden en que la reputación se mantiene intacta, que no se ve afectado en su autoconcepto, lo que mantiene su prestigio, con lo que se le da la tranquilidad de ser perseguido por “una supuesta mala praxis”. Con lo cual, estos cuatro códigos de la investigación representan más del 75%.

Mediante estos datos observamos que el autoconcepto no se ve tan afectado pues las personas que se enteran de la existencia de un conflicto firman un convenio de confidencialidad en el que se estipula que no puede salir la información de la institución en donde se lleve a cabo la conciliación y por lo tanto se evita el señalamiento social con lo que se ve menos dañada la imagen del facultativo.

A continuación, presentamos evidencia de las frases que concuerdan con los códigos que realizamos para identificar que el autoconcepto se mantiene durante y después de haber firmado un acuerdo de conciliación como ventaja para el profesional de la salud y que fueron emitidos por los diversos sujetos de entrevista.

Tabla. 17 Evidencia de códigos y frases de la variable autoconcepto profesional.

Nombre del documento	Código	Segmento
Entrevista JC	Autoconcepto\No persecución	"Si el dentista tiene la razón pues se le hace ver al paciente, que el procedimiento fue hecho de manera correcta y que no hay nada que perseguir y que cualquier profesional lo hubiera hecho de esa manera y que fue un buen procedimiento, es lo que se le hace ver al paciente".
Entrevista JC	Autoconcepto\Tranquilo	"Si, se siente ese temor de que hay caray porque me llegó esa notificación, pero después te tranquilizas porque sabes que hiciste las cosas bien".
Entrevista JC	Autoconcepto\Reputación intacta	"Puede acabar la reputación en menos de cinco minutos"
Lic. CONAMED	Autoconcepto\Tranquilo	"No se sabe cuánto tiempo dura, todo depende de la fuerza del doctor porque yo puedo meter un amparo por esto, meter un amparo por lo otro y meter otro amparo, y la revisión, y no sé cuánto tiempo, es un desgaste económico y físico de las partes por lo tanto creo yo que sí causa temor el ver una práctica médica ya relacionada en un conflicto legal donde la incertidumbre es bastante a donde llega esto, creo que esto sí causa un conflicto, un problema en el sujeto incluso tal vez hasta en su economía y sin embargo en medios alternos y en conciliación precisamente es lo que se trata de evitar que la gente venga con confianza".
Lic. CONAMED	Autoconcepto\Reputación Autoconfianza	"Por eso no podemos proclamar ni juzgar ni intuir ni decir nada que afecte la honestidad y el buen comportamiento del médico".
Lic. A. A. COESAMED	Autoconcepto\trabajo Positivo	"Lo veo más como una repercusión positiva".
Lic. A. A. COESAMED	Autoconcepto\Reputación intacta	"Yo he escuchado comentarios positivos de "qué bueno que nos mencionan" y eso es un área de oportunidad para los médicos para venir a arreglarlo".
Lic. A. A. COESAMED	Autoconcepto\Reputación intacta	"Ni pensar en el estrés por el que pasa la vía judicial más que nada porque está manchada su reputación ya que el acceso a la información es público y no es confidencial, o sea la repercusión no es tanta".
Dr. Cruz COESAMED	Autoconcepto\Reputación Autoconfianza	"Procuramos ser muy bastos con explicarle tanto al usuario como al médico o los médicos dejarles ver muy en claro que todos somos humanos que el médico no es un ser superior de ninguna manera, que la medicina no es una ciencia exacta, que nadie está excelso de cometer un error o de que las cosas resulten como se esperaban sin explicaciones muy sencillas".
Dr. C. COESAMED	Autoconcepto\Tranquilo	"Conseguimos que tomen las cosas de una manera natural y tranquila, que se vayan en santa paz, como quien dice".
Dr. C. COESAMED	Autoconcepto\Tranquilo	"Las reacciones de lo que sucedió y sentirse vamos a decir relajado, en cuanto a estar dispuesto a manejar argumento".
Grupo de enfoque COCCAM	Autoconcepto\Tranquilo	"La conciliación y obviamente desde el punto de vista médico en donde la confidencialidad con la que se llevan los casos, la rapidez y todo lo que evitan, que evitan que te expongan en medios, pues ahorita los medios de comunicación están sobre estas noticias ya que la negligencia o todo lo que tenga que ver con el acto médico vende muchísimo, nosotros lo hemos visto en redes, en periódicos, es por eso que los puntos de la conciliación es tratar de resolverlo en cuanto se presenta y para que sea lo mejor para ambas partes entonces pues obviamente estoy convencida al 100 que el método alternativo es la mejor opción que me puede

		pasar y que presenten una queja en un método alternativo y no en otra instancia”.
Grupo de enfoque COCCAM	Autoconcepto\Tranquilo	“En los periódicos, y es ahí donde se dice por qué ponen mi nombre en internet con el nombre del consultorio donde salga todo lo referente al médico y encima usen títulos como médico asesino, usó mala práctica con un niño cuando ni siquiera se tiene evidencia que sea una mala práctica y aun así sale en primera plana como negligencia y aunque digas tú que ya se determinó que no haya mala práctica es cuando sale la nota en la octava página y en chiquito es ahí donde no le dan la importancia que debe de tener el malentendido”.
Grupo de enfoque COCCAM	Autoconcepto\Tranquilo	“Por ello se firma un acuerdo de confidencialidad en el momento en que se entra la etapa conciliatoria por ambas partes que una vez estando aquí no se puede ir a andar diciendo que el doctor hizo, el doctor dijo, el doctor me pagó, y es que tenemos una cláusula de confidencialidad, eso da mucha tranquilidad a los médicos de decir”.

La tabla completa se presenta en el Anexo 6.

8.8.3.3 Medicina defensiva

La Medicina defensiva ha sido estudiada como una consecuencia de los conflictos con pacientes que son llevados a instancias jurisdiccionales, entre estos pedir estudios de más al momento de llevar a cabo un diagnóstico, además de cerrar de manera temporal o definitiva la consulta, otra situación que puede suceder es la supe especialización para reducir el número de pacientes y a la vez los posibles conflictos.

Tabla. 18 Codificación de la medicina defensiva.

Nombre	Frecuencia	% porcentaje	% porcentaje (válido)
Medicina asertiva	8	24.24	24.24
No lo creo	7	21.21	21.21
Es difícil	5	15.15	15.15
Confianza en su trabajo	4	12.12	12.12
Sabe ventajas	3	9.09	9.09
No hay abogados	3	9.09	9.09
Mejora ambiente	2	6.06	6.06
Reconsidera trato	1	3.03	3.03
Baja	0	0.00	0.00
Total (Válido)	33	100.00	100.00
Perdido	0	0.00	-
Total	33	100.00	-

En esta tabla observamos que, más que medicina defensiva la conciliación puede mejorar la consulta del personal de área médica convirtiendo su actividad profesional en medicina asertiva además de considerar que la medicina defensiva es difícil de presentarse después de firmar un acuerdo.

Gráfica 3. Codificación de la medicina defensiva



Grafica: representación de los códigos representativos de la medicina defensiva como ventaja de la conciliación médica

En esta gráfica observamos que la Medicina asertiva es la que predomina en las repuestas referentes a la Medicina defensiva, por otro lado, se presentan respuestas de los expertos en la conciliación en el área médica referentes a que es difícil la presencia de medicina defensiva o que no creen que se llegue a presentar.

Tabla. 19 Evidencia de códigos y frases de la variable medicina defensiva.

Nombre del documento	Código	Segmento
Entrevista JC	Medicina defensiva\No lo creo	"No, dejar el consultorio no".
Entrevista JC	Medicina defensiva	"Eso sirvió para complementar o hacer mejor nuestro expediente clínico, incorporar una hoja de consentimiento informado a nuestra historia clínica que tenía antes de esa vivencia y como regla, a todos los pacientes se les toman modelos de estudio, radiografías seriadas y un historial fotográfico con fotografías clínicas, ya lo hacemos como rutina".
Entrevista JC	Medicina defensiva\Confianza en su trabajo	"Procuramos que todos los tratamientos que hacemos en la clínica, pues sean sustentados en evidencia científica, para tratar de una manera correcta".
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	"Cualquier factor que afecte a cualquiera de las partes no te va a llevar a un buen resultado".
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	"Pero eso no quiere decir que tiene el conocimiento real de las cosas de la enfermedad el pensador o el médico sabe el contexto integral de la enfermedad y de lo que se va a llevar por lo tanto nadie puede, ni el conciliador ni todos los que participen nadie puede decir ni prejuzgar sobre la actuación médica porque no han entrado en el fondo del asunto, porque no ha investigado y porque no se ha llevado la metodología para saber si fue o no una mala práctica".
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	"No cubra esta medicina defensiva precisamente yo creo que es acertada la CONAMED y otros espacios afines para evitar precisamente esto".
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	"No, hasta hoy a los veinte años de experiencia que tengo en esta institución no es conocido un solo caso de una persona que deje de ejercer su profesión por una queja o por simple temor de tenerla".
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	"Yo he escuchado comentarios positivos de "qué bueno que nos mencionan" y eso es un área de oportunidad para los médicos para venir a arreglarlo".
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva\Reconsidera trato	"Eso lleva a no cometer errores".
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	"Ni pensar en el estrés por el que pasa la vía judicial más que nada porque está manchada su reputación ya que el acceso a la información es público y no es confidencial, o sea la repercusión no es tanta".
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	"Muy probablemente el médico que vino aquí por miedo muy probablemente vaya a ejercer una medicina defensiva".
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	"Yo creo que no es factible, es el seguro de responsabilidad civil contratarlo, no creo que sea factible".

Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva\Es difícil	“Sería prácticamente imposible para nosotros sí puede dejar su profesión temporal o definitivamente”.
Dr. C COESAMED	Medicina defensiva	“Nosotros procuramos ser muy bastos con explicarle tanto al usuario como al médico o los médicos dejarles ver muy en claro que todos somos humanos que el médico no es un ser superior de ninguna manera, que la medicina no es una ciencia exacta, que nadie está excelso de cometer un error o de que las cosas resulten como se esperaban sin explicaciones muy sencillas”.
Dr. C COESAMED	Medicina defensiva	“Brindarles la confianza lo cual la acción o cual acuerdo pueda o no tener consecuencias sobre todo negativas”.
Dr. C COESAMED	Medicina defensiva	“El ambiente es tranquilo, no tratarlos con audiencias públicas porque los hacen sentir mal”.
COCCAM comisionados	Medicina defensiva	“Por ello se firma un acuerdo de confidencialidad en el momento en que se entra la etapa conciliatoria por ambas partes que una vez estando aquí no se puede ir a andar diciendo que el doctor hizo, el doctor dijo, el doctor me pagó, y es que tenemos una cláusula de confidencialidad, eso da mucha tranquilidad a los médicos”.
COCCAM comisionados	Medicina defensiva	“Empezar a hacer lo que sea conveniente para mejorar la relación”.
COCCAM comisionados	Medicina defensiva	“Donde revisamos el expediente y decimos, oye te falta esto y aquello, y tenemos que cumplir ciertas normas porque a veces tú estás en tu consultorio, escribes en un papelito y le entiendes a tus garabatos y el paciente no te está entendiendo nada entonces yo creo que empieza a cambiar un poco más el irnos hacia lo defensivo”.

La tabla completa se encuentra en el Anexo 7.

Se establece durante la metodología cualitativa a través del guión de la entrevista como la variable más mencionada y que está integrada dentro de la hipótesis a la confidencialidad. Debido a que también es un pilar fundamental de la conciliación, por lo tanto, siempre debe estar presente, pero a la vez toma un papel fundamental en la percepción del personal de área médica, puesto que su imagen no se ve expuesta y a la vez hay sugerencias de mejorar su ejercicio a través del diálogo con los conciliadores que son colegas del indiciado en la queja interpuesta por unos usuarios de sus servicios médicos.

Tabla 20 Descripción de hallazgos acerca de los comentarios de los sujetos de investigación.

N°	Descripción de hallazgo
1	La confidencialidad de la conciliación médica evita la exposición a los medios.
2	La confidencialidad da la oportunidad de abrir el diálogo por parte del profesional de la salud.
3	La confidencialidad brinda seguridad al profesional de la salud acerca de lo que va a decir no será usado en su contra.
4	La confidencialidad cuida el prestigio y la reputación de la profesional de la salud.
5	El autoconcepto profesional se recupera gracias a la confidencialidad.
6	Con la conciliación médica se mantiene el autoconcepto profesional.
7	La medicina defensiva no se manifiesta.
7	En vez de medicina defensiva se presenta medicina asertiva.
9	No se cierra la consulta, continúa.

8.9 Resultados de la metodología cualitativa

Durante las entrevistas encontramos que los sujetos de investigación describen a la confidencialidad como un pilar fundamental de la conciliación médica, comentan que evita la exposición a los medios y cuida el prestigio y la reputación del profesional de la salud. En cuanto a la Medicina defensiva se indica de acuerdo a los entrevistados, más como una mejora en la actividad del profesional de la salud debido a que se hacen indicaciones del adecuado manejo del expediente clínico, así como del consentimiento informado y en cuanto al Autoconcepto se comenta que se recupera, debido a que a través de la conciliación se mantiene el anonimato de las personas que participan de este procedimiento, se abren los canales de comunicación sin miedo a sentirse señalado o indiciado, sino que si existe algún tipo de responsabilidad por parte del profesional de la salud, lo puede admitir y llegar a un acuerdo con el usuario y si este lo acepta, en ese momento queda enmendado el error, sin miedo a que después se ventile en los medios o redes sociales.

8.10 Conclusión de la metodología cualitativa

En el ejercicio de las entrevistas semiestructuradas hemos encontrado un valor fundamental en la experiencia de las personas entrevistadas puesto que manifiestan que la conciliación médica representa un área de oportunidad en el manejo de conflictos entre personal de área médica y los usuarios. Lo anterior debido a que en la mayor parte de los casos la queja suele presentarse por algún malentendido entre ambas partes, con lo cual se pueden dirimir a través de la gestión inmediata de la queja.

La mayor parte de los conflictos entre médico y paciente que son derivados a la conciliación son causados por mala comunicación entre ambos actores del acto médico, este procedimiento de los MASC brinda la oportunidad de hacerle ver a las partes que a través del diálogo se pueden abrir canales en la búsqueda de comunicación para resolver las diferencias existentes, dando oportunidad de otorgar una explicación más exhaustiva por parte del profesional de la salud para hacer ver al usuario (cuando es un error en la percepción de este), el origen de la queja y que por lo tanto el médico o dentista es inocente de lo que se le señala en la queja interpuesta en la comisión de conciliación y arbitraje médico.

Del análisis de las quejas presentadas ante la CONAMED, se ha encontrado que un alto porcentaje (> 60%) es causada por una deficiencia en la comunicación debida a una información no proporcionada (previa al tratamiento) o brindada en términos incomprensibles para el paciente, sin empatía (Tena Tamayo & Sánchez González, 2005).

Por otro lado, también abre la posibilidad de hacerle ver al médico la importancia de reconocer la responsabilidad de los actos llevados a cabo en el paciente, cuando esta existe, hablar claro y llegar a un acuerdo que al paciente le parezca adecuado para reparar el daño realizado y que ahí quede el asunto, sin necesidad de llegar a otra instancia que pueda llevar a dañar la profesión del médico en cualquier ámbito.

Capítulo 9. Metodología cuantitativa

La metodología es la estrategia que hemos elegido para responder a la pregunta de investigación, la técnica cuantitativa es útil para obtener una imagen general en base a ciertas magnitudes de interés (Hueso & Cascant, 2012).

Para realizar la comprobación de la hipótesis de la presente investigación mediante la metodología cuantitativa decidimos recurrir a la encuesta, la cual de acuerdo a García Córdova (2004) es un método que se realiza por medio de técnicas de interrogación, procurando conocer aspectos relativos a los grupos.

La encuesta es un instrumento que captura información mediante la utilización de un cuestionario estructurado (Hueso & Cascant, 2012) de muchas unidades de análisis, es útil para describir algo y contrastar hipótesis o modelos, el tiempo necesario para capturar la información es muy variado y depende de la cantidad de preguntas (Alvira Martín, 2011).

La construcción del cuestionario debe realizarse cuidadosamente, puesto que de este depende que se obtenga la información que se desea y la no influencia en las respuestas de los entrevistados (Díaz de Rada, 2001).

Para la construcción del instrumento se trabajó en la localización teórica de las variables, para comprenderlas y hacer la operacionalización a partir de las definiciones de estas, así como la ubicación de cuestionarios preexistentes para valorar las diversas preguntas que nos parecen pertinentes para su adecuación y adaptación a lo que pretendemos demostrar en nuestra investigación.

9.1 Operacionalización de la hipótesis

A continuación, presentamos la tabla de operacionalización de la hipótesis, en donde observamos las definiciones de las tres variables de estudio, llevadas a cabo como elaboración propia.

Tabla 21. Operacionalización de la hipótesis

Variable	Naturaleza	Definición	Unidad de medición
1	La confidencialidad	Es la declaración privada que realiza una persona a otra en un ámbito de confianza, esperando que el que recibe la información, tenga la precaución de guardarla o mantenerla en secreto.	Grado de confianza en la confidencialidad del proceso de conciliación.
2	Autoconcepto profesional	Es la percepción que un profesional tiene de sí, en el sentido profesional, como se siente al trabajar y ejercer su labor, así como en el trato a los pacientes.	Percepción de auto confianza que tiene el profesional de la salud posterior a la conciliación médica.
3	Medicina defensiva	Son las actividades que un médico u odontólogo presentan al estar laborando con un paciente como pueden ser (análisis de laboratorio, exámenes de imagen, referencias extra a especialistas) con el fin de proteger su trabajo de una demanda, más que con fines diagnósticos o terapéuticos.	Presencia o ausencia de actitudes defensivas presentes después de la conciliación médica.

En primera instancia se construyó cuestionario del anexo 8.b

Para la construcción del cuestionario se han revisado múltiples herramientas cuantitativas referentes a las variables incluidas en el presente estudio, con lo cual decidimos adaptar preguntas de 2 diferentes cuestionarios en uno solo.

A partir del cuestionario de autoconcepto personal (APE) elaborado en una versión inicial (Goñi y Fernández, 2007), y la segunda versión compuesta por 22 ítems se pone a prueba en una tesis doctoral (Goñi, 2009); ahora bien, sucesivos análisis psicométricos del cuestionario (Goñi, Madariaga, Axpe y Goñi, 2011)

Asimismo, se trabajó con el cuestionario de reclamaciones médicas elaborado por B. Perea-Pérez, A. Santiago-Sáez, E. Labajo-González, M.E. Albarrán-Juan y J.A. Sánchez-Sánchez (2011)

Matriz de desglose de variables

Confidencialidad

1. A parte de los involucrados, nadie sabe la existencia del conflicto.
2. No se publicó el conflicto (redes sociales, radio, prensa y televisión).
3. Se mantiene en secreto.
4. Nos arreglamos entre nosotros.
5. Considero muy importante la confidencialidad del procedimiento de conciliación.

Autoconcepto profesional

1. Me considero buen profesional de la salud.
2. Creo en las decisiones que tomo para el bien estar del paciente.
3. Estoy conforme con mi profesión.
4. Tengo miedo de que me vuelvan a denunciar.
5. A partir del conflicto con el paciente, dudo de mis decisiones de los procedimientos.

Medicina defensiva

1. Envío a mis pacientes a realizar un mayor número de exámenes de gabinete para evitar alguna situación que me ponga en riesgo de tener una demanda.
2. Ahora trabajo “algunos” procedimientos en el quirófano.
3. Contraté un seguro de responsabilidad civil.
4. Estoy especializándome para dedicarme a una sola rama del área médica.
5. Dejé mi profesión (temporalmente o definitiva) después del conflicto con un paciente.

Tabla 22. Sustento de variables

Variable	Teóricos que sustentan las variables
Autoconcepto	Goñi. E. (2009), Ramírez Salguero & Herrera Clavero (2002)
Confidencialidad en la conciliación	Gorjón Gómez y Steele Garza (2012); García Barrera (2012) Sánchez García (2015)
Medicina defensiva	Repercusiones profesionales en área médica, Perea-Pérez, B; Labajo González, M. E. &

	<p>Santiago Sáez, A. Repercusiones profesionales en área médica, Perea Pérez, B., Santiago Sáez, A., Labajo González, M., Albarrán Juan, M., & Sánchez Sánchez, J. Repercusiones profesionales en área médica, Portela León, F. J. (2013).</p>
--	--

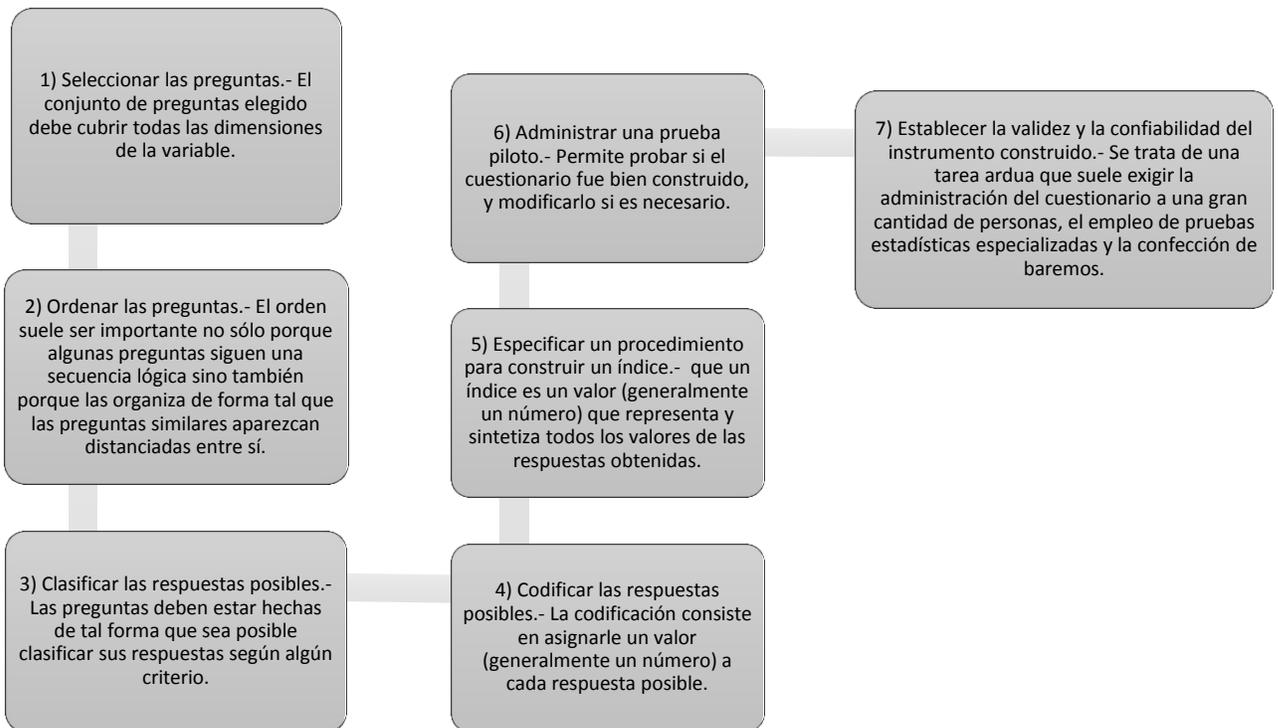


Figura 8. Pasos fundamentales de la construcción de un cuestionario, Pablo Cazau (2006).

Para el ámbito del autoconcepto profesional adaptamos las preguntas 1, 12, 16 y 22 del Cuestionario de Autoconcepto Dimensional el cual se construyó a partir de cuestionarios previos del grupo Psikor: el Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF), el de Autoconcepto Personal (APE) y el de Autoconcepto Social (AUSO) realizado por (Fernández Zabala, Rodríguez Fernández, & Goñi, 2015), en las preguntas de nuestro Cuestionario para Personal de Área Médica (CPAM) se encuentran adaptadas en los ítems

3, 7, 15 y 16, en cuanto a las preguntas del CPAM 1 y 2 están basadas en las preguntas 12 y 4 del Cuestionario de Autoconcepto Personal (APE) Goñi.

	Autoconcepto	Medicina defensiva	Confidencialidad	Control
Preguntas del Cuestionario para el Personal de Área Médica (CPAM)	1, 2, 3, 7, 15, 16	4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 19	13, 17, 20, 21, 22	10, 18
Preguntas adaptadas del APE al CPAM	12- (1) 4 – (2)			
Preguntas adaptadas del AUDIM al CPAM	1- (3) 22- (7) 12- (15) 16- (16)			
Preguntas adaptadas del Cuestionario de reclamaciones a médicos al CPAM		15- (4) 16- (5) 17- (6) 18- (14) 20- (11) 21- (8 y 9) 22- (19) 25- (12)		
Preguntas obtenidas de la operacionalización de la Confidencialidad			<p>Pregunta 13- El Artículo 18 del (Congreso Español, 2016) comenta lo siguiente en cuanto a la confidencialidad.</p> <p>1. Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.</p> <p>Preguntas 17 y 20- El derecho a la vida privada ocurre al momento de proteger del conocimiento ajeno los expedientes médicos, legales y personales (García Barrera, 2012).</p> <p>Pregunta 21- La Comisión Nacional de Arbitraje (...) fue creada para atender controversias, ofreciendo un ambiente seguro, ágil y confidencial (Dubon Peniche, 2012).</p> <p>Pregunta 22- Las posibles consecuencias que provoca una demanda judicial contra un médico (...) desprestigio, inhabilitación y, a veces (...) (Gorjón Gómez & Steele Garza, 2012).</p>	

Tabla 23. Relación de preguntas del cuestionario (CPAM) y sus cuestionarios base

9.2 Prueba piloto

Para la construcción del instrumento cuantitativo se llevó a cabo la indagación de las variables inmersas en la presente investigación, a la vez que se elaboró un cuestionario adaptando varios preestablecidos y adaptándolos a las necesidades propias de nuestro estudio, una vez que se terminó la construcción del mismo se llevó a cabo un pilotaje para valorar la claridad en el entendimiento de las preguntas.

“Es muy importante para adaptar las preguntas y vocabulario del cuestionario a la población de estudio, además para valorar si las personas que responden entienden las preguntas. En la aplicación piloto, es conveniente recoger todas las reacciones que manifiesten los encuestados, tales como facilidad, entusiasmo, aburrimiento, incertidumbre, duda, incomprensión o fatiga” (Hueso & Cascant, 2012).

En esta prueba analiza si las instrucciones se comprenden y las preguntas funcionan de manera adecuada. Los resultados de esta prueba se usan para calcular la confiabilidad y, de ser posible, la validez del instrumento de medición. La prueba piloto se realiza con una muestra inferior y diferente a la muestra definitiva (Gómez, 2009).

Para este cuestionario se realizó una prueba piloto con 15 personas ajenas al tema para verificar que la redacción de la encuesta sea clara en primera instancia, los resultados del pilotaje arrojaron los siguientes datos.

1. Cambio en la redacción de las preguntas 1, 2, 5, 8, 9, 11 y 13.
2. Agregado de preguntas 21 y 22.
3. Agregado de nombre del cuestionario.
4. Se agregaron instrucciones de llenado, finalidad del cuestionario y principio de anonimato en el llenado de este.
5. Se agregó una pregunta de opción múltiple para identificar el tipo de conflicto que causó el problema.

Una vez identificadas y realizadas las correcciones se volvió a realizar una prueba piloto en 21 profesionistas de la odontología asociados al Colegio de Odontología Infantil de Nuevo León A. C., los cuales fueron seleccionados para el llenado del cuestionario con la condición de ser graduados y ejercer la profesión, así como haber pasado por algún conflicto con un usuario de los servicios de salud en consulta privada. En los anexos se presenta la segunda versión del instrumento diseñado para esta investigación.

El cuestionario en la segunda versión fue sometido a análisis de Alfa de Cronbach en el programa SPSS IBM versión 22 y en este se obtuvo una fiabilidad de .655, por lo que se decidió eliminar las preguntas 1, 2 y 19, ya que no tenían alto impacto sobre las variables a estudiar en la presente investigación. Al realizar los cambios a dicho cuestionario, eliminando los cuestionamientos antes comentados se logró incrementar el Alfa de Cronbach en el mismo programa a .731 dando por resultado un coeficiente aceptable y se decide aplicar este instrumento modificado a los profesionales de la salud inmersos en conflictos con sus pacientes, llevando a cabo un proceso de conciliación ante alguna comisión de arbitraje médico en los estados de Nuevo León, Coahuila y Ciudad de México.

9.3 Codificación de la encuesta

Codificar las respuestas posibles. - La codificación consiste en asignarle un valor “generalmente un número” a cada respuesta posible (Cazau, 2006).

En este apartado damos valor a las diferentes codificaciones de las variables, las cuales indican que a mayor número que se obtenga al contestar la encuesta es mejor el impacto de la conciliación en el profesional de la salud después de firmar un acuerdo con el usuario de los servicios de salud, puesto que los mayores valores están dados en la baja presencia de medicina defensiva, alto nivel de fortaleza en el autoconcepto y alta confianza en la confidencialidad durante el proceso de conciliación.

Codificación de instrumento cuantitativo., para ver instrumento definitivo ver anexo 8 a.

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
		Índice de codificación				
1		5	4	3	2	1
2		5	4	3	2	1
3		5	4	3	2	1
4		5	4	3	2	1
5		5	4	3	2	1
6		5	4	3	2	1
7		5	4	3	2	1
8		5	4	3	2	1
9		5	4	3	2	1
10		1	2	3	4	5
11		1	2	3	4	5
12		5	4	3	2	1
13		5	4	3	2	1
14		1	2	3	4	5
15		5	4	3	2	1
16		1	2	3	4	5
17		5	4	3	2	1
18		1	2	3	4	5
19		1	2	3	4	5

Variable	Resultado
Autoconcepto profesional	
Medicina defensiva	
Confidencialidad	
Preparación de facultativos vs conflictos	

9.4 Recomendaciones de uso del instrumento cuantitativo

Para llevar a cabo la aplicación del instrumento CPAM y contrastar la eficacia de la conciliación en en el conflicto médico-paciente, especialmente en el facultativo, se recomienda aplicar la encuesta inmediatamente después de la sesión de información y en un segundo momento, cuando se llega a un acuerdo entre estos actores del acto médico, de esta manera se podrá analizar si existe relación entre la conciliación, la recuperación del autoconcepto profesional y la minimización de aparición de medicina defensiva.

9.5 Aplicación del instrumento.

Antes de aplicar el instrumento definitivo se solicitó a los miembros de la comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico que se analizara y se diera el visto bueno para validar el instrumento por parte de ellos, (el comisionado estatal, la subcomisionada médica y el subcomisionado jurídico), a lo cual su respuesta fue favorable en todos los sentidos y actualmente se aplica de manera voluntaria a los profesionales de la salud que llegan a un acuerdo conciliatorio ante dicha instancia, ver anexo 9.

El presente Instrumento se aplicó a 4 profesionales de la salud del estado de Coahuila en los meses de noviembre 2017 a enero 2018, debido a que se presentó la encuesta y se solicitó al Comisionado de la Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico la posibilidad de aplicar en profesionales de la salud que atraviesan por un proceso de conciliación médica y aceptan responder de forma autoadministrada (Cazau, 2006), a lo que este funcionario aceptó, ya que se pretende que sea aplicado sin violar el derecho a la confidencialidad y los encuestados hayan firmado un convenio de conciliación.

Por otro lado, decidimos probar la eficacia del instrumento al implementar su aplicación en 17 dentistas clínicos (ejercen su profesión) y que refieren haber tenido conflictos con pacientes, sin embargo, aseguran que han subsanado dichas diferencias con el usuario del servicio de salud en su consulta, sin tener necesidad de que el conflicto salga de las paredes de la oficina en donde se prestaron los servicios médicos.

Además, se realizó la misma petición al Comisionado Estatal de Arbitraje Médico al respecto de autorizar la aplicación autoadministrada del presente instrumento a lo que se negó, argumentando que por principio de confidencialidad es imposible acceder a dicha solicitud.

9.6 Resultados

Durante el análisis de las encuestas aplicadas hemos encontrado una diferencia significativa, principalmente en la percepción de la confidencialidad, en la medicina defensiva y en la percepción de los conflictos de forma general entre los profesionales de la salud que han pasado por una conciliación y llegaron a un acuerdo reparatorio con el paciente y los facultativos que han transformado de forma positiva algún conflicto con pacientes directamente (sin la necesidad de un tercero) en el área de consulta.

A continuación, presentamos los datos analizados mediante el estudio de las medias de las diversas respuestas recolectadas de los sujetos de estudio, este análisis se llevó a cabo con la finalidad de comprobar la fiabilidad del instrumento, ya que, como lo hemos mencionado con anterioridad es una aportación a la ciencia, debido a que actualmente se mide a la conciliación médica de acuerdo a las quejas interpuestas contra el número de quejas conciliadas mediante un convenio.

De este modo, el instrumento elaborado en la presente investigación nos ayudará a conocer más acerca de los efectos que se presentan en el profesional de la salud al momento de finalizar una conciliación mediante un acuerdo que transforme el conflicto que se presentó con un usuario de los servicios de salud, dando la posibilidad de evaluar el impacto de este procedimiento en términos reales al momento de llevar a cabo su ejercicio profesional con nuevos pacientes.

Para determinar los efectos de la conciliación en los profesionales de la salud que llegaron a un acuerdo conciliatorio en la Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico, en comparación con profesionales de la salud que han tenido conflicto con pacientes y han podido dar fin a un conflicto in situ (dentro de su consultorio).

Enseguida presentamos los datos obtenidos en las encuestas elaboradas por los sujetos de estudio que conciliaron ante la COCCAM.

Tabla 24. Resultados cuantitativos del sujeto 1

Sujeto 1 (Prostodoncia M)	
Autoconcepto	92%
Confidencialidad	84%
Medicina defensiva	60%
Percepción de conflictos	93%

En la presente tabla podemos observar que de acuerdo a la codificación llevada a cabo el sujeto 1 es prostodoncista de género masculino en el cual se establece que el impacto de la conciliación fue positivo ya que los números son positivos en cuanto al autoconcepto profesional se observa poco mermado, con mucha confianza en la confidencialidad del procedimiento y en cuanto a la medicina defensiva notamos que de acuerdo a la codificación no se muestra con números negativos, ya que entre más abajo se encuentre en la denominación es más la afectación referida. Por otro lado, en la percepción de conflictos entre usuarios de los servicios de la salud y los profesionales de la salud es alta.

Gráfica 4. Datos referidos en la tabla del sujeto 1.

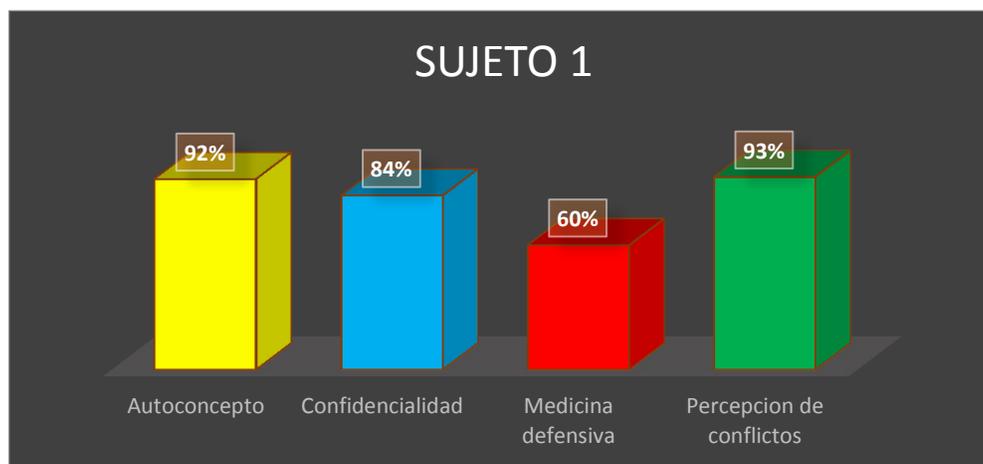


Tabla 25. Resultados del sujeto 2

Sujeto 2 (Dentista F)	
Autoconcepto	80%
Confidencialidad	80%
Medicina defensiva	36%
Percepción de conflictos	73%

En el presente sujeto observamos que es una odontóloga y que en la el ámbito del autoconcepto y la confianza en la confidencialidad de la conciliación se mantuvieron altos, sin embargo en la medicina defensiva se percibe un impacto negativo, dándonos datos que definen la implementación de actitudes defensivas para con los pacientes que se atienden en un tiempo posterior al proceso de conciliación médica, inferimos que esto puede estar dado por la exposición a un tercero que conoce del conflicto (el conciliador), aunque el tema se maneje bajo el principio de la confidencialidad. En el rubro de la percepción, aunque es más bajo que en el caso anterior se sigue presentando un elevado nivel de sensación de conflictos médico-paciente.

Gráfica 5. Datos referidos en la tabla del sujeto 2

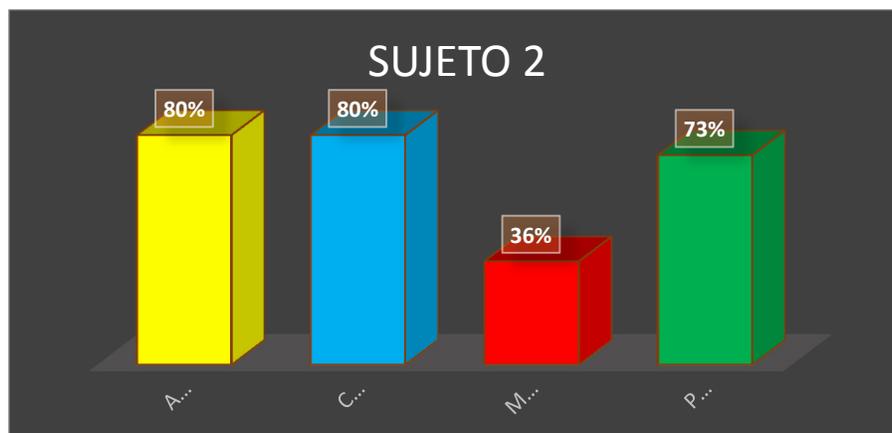


Tabla 26. Resultados del sujeto 3

Sujeto 3 (Traumatólogo M)	
Autoconcepto	76%
Confidencialidad	68%
Medicina defensiva	40%
Percepcion de conflictos	67%

En el sujeto 3 observamos que es un traumatólogo de género masculino cuyo autoconcepto se mantiene en niveles altos, la percepción de la confianza en la confidencialidad del proceso también se mantienen altos, sin embargo y a pesar de que esta especialidad médica está catalogada como una de las más altas en cuanto a presencia de conflictos con pacientes, la percepción de incremento de conflictos es más baja que en los anteriores casos, además observamos un efecto negativo en la presencia de actitudes defensivas.

Gráfico 6. Datos referidos en la tabla del sujeto 3

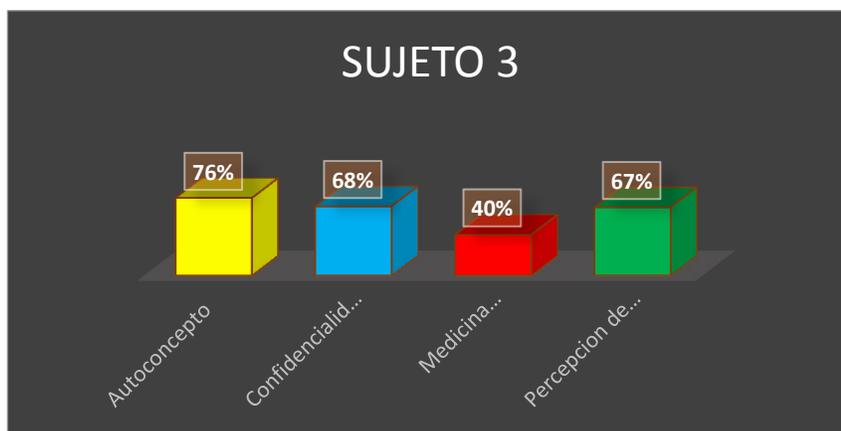
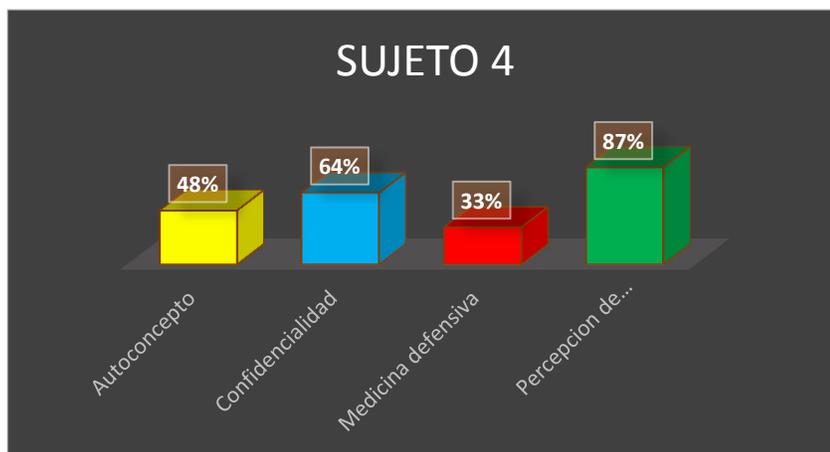


Tabla 27. Resultados del sujeto 4

Sujeto 4 (Medico F)	
Autoconcepto	48%
Confidencialidad	64%
Medicina defensiva	33%
Percepción de conflictos	87%

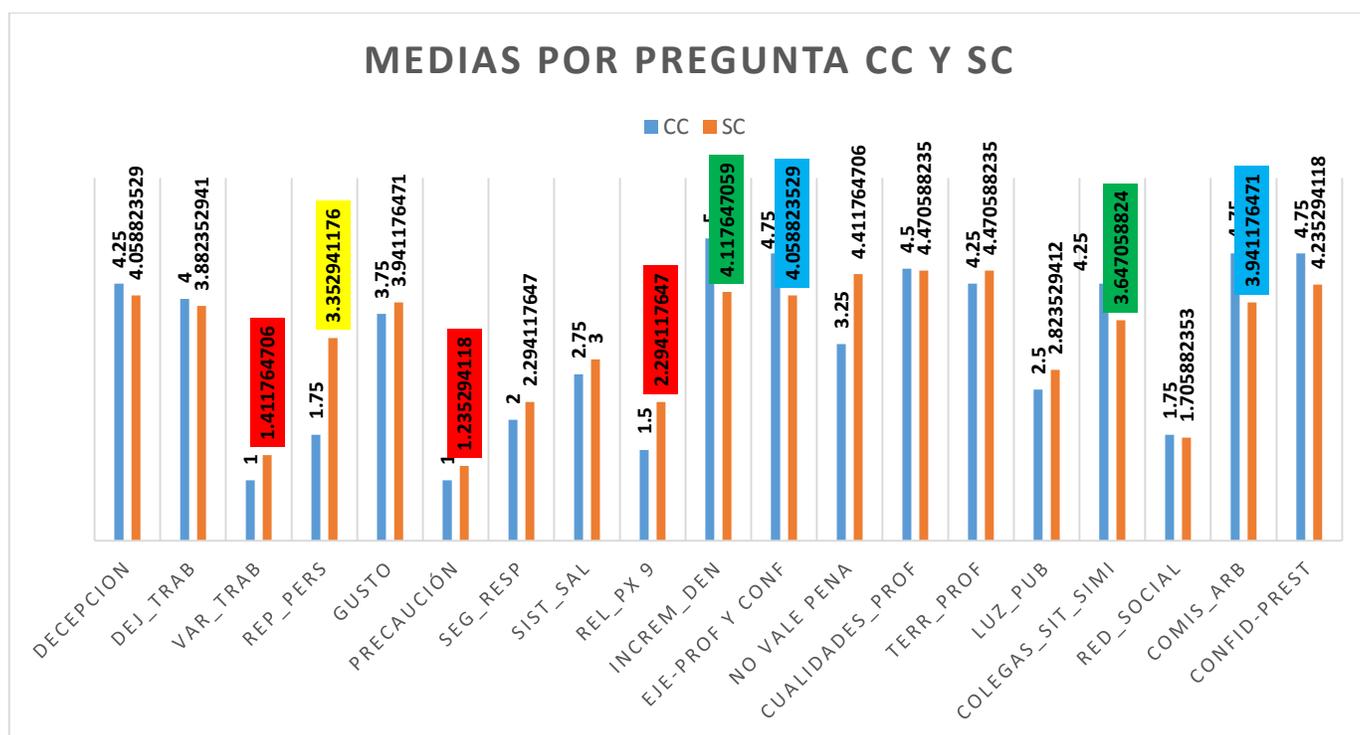
El sujeto 4 es una profesional de la salud médico general en quien se observa un impacto negativo referente a su autoconcepto profesional, pues está por debajo del 50%, además de que en el rubro de la confianza en la confidencialidad y en comparación con los anteriores 3 sujetos es la más baja, en cuanto a medicina defensiva refiere los niveles más altos de impacto, siendo ella quien presenta mayores posibilidades de tomar actitudes defensivas con los pacientes que llegan a su consulta médica. En el ámbito de la percepción también se observa alta respecto a los conflictos entre estos implicados en la relación médico paciente.

Gráfico 7. Datos referidos en la tabla del sujeto 4



9.7 Profesionales de la salud que han tenido conflictos con sus pacientes, pero no han llegado a conciliación médica

En el presente subtema hemos realizado la implementación del cuestionario en 17 profesionales de la salud que refieren haber tenido un conflicto con sus pacientes y que además han sido tratados directamente en el consultorio, por lo que no han participado en una conciliación, sin embargo, ellos han conocido del tema de la conciliación en el ámbito médico que se presenta en nuestro país, habiendo observado conferencias referentes al tema central de la presente investigación.



Gráfica 8. Diferencias que existen entre los profesionales de la salud que se encuentran en conflicto con pacientes y que han sido transformados directamente por ellos y los usuarios de los servicios de salud, en un grupo en el consultorio y en el otro mediante un tercero “el conciliador” facilitador de la Comisión de Estatal de Arbitraje Médico.

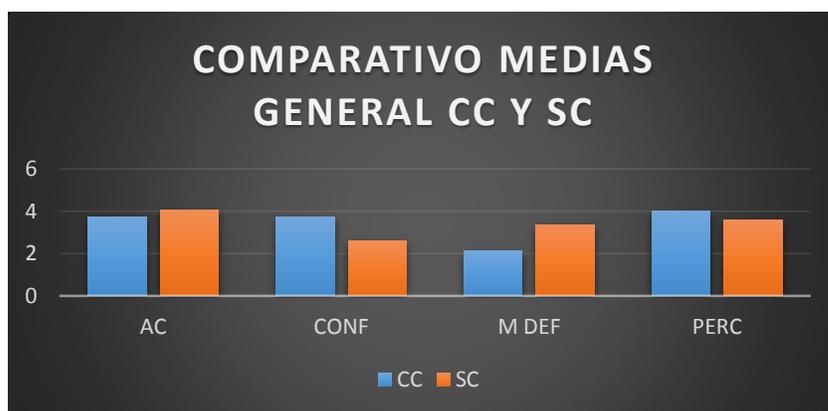
Se aplicó el instrumento en ambos grupos y mediante el análisis de las medias de los datos obtenidos de la codificación con la prueba t de student, hemos advertido que si existe un impacto de la conciliación en el profesional de la salud que se somete a dicho procedimiento, encontrando diferencias significativas entre 8 cuestionamientos referentes a las variables implicadas en el presente estudio.

Entre las diferencias más significativas se encuentran los aspectos defensivos que refiere el profesional de la salud, puesto que la población que no pasa por conciliación auxiliada de un tercero, no se siente expuesta ante un tercero ajeno al conflicto.

9.7.1 Medicina defensiva

En este rubro hemos encontrado que se presenta una diferencia marcada entre ambos grupos en la media, debido a que al estar codificadas de manera positiva, entre mayor es la codificación, mayor es el beneficio de la conciliación; por lo tanto, en los casos de conciliación a que se refiere el presente párrafo se observa que los facultativos refieren sentir mayor inclinación a los cambios en la forma de tratar al paciente después de la aplicación de este método alternativo, además por otro lado observamos que en los facultativos que refieren que los conflictos han sido transformados directamente en el área de atención clínica refieren presentar menos actitudes defensivas en el momento de atender pacientes ulteriormente al conflicto con el usuario de los servicios de salud.

Gráfica 9. Comparativo de medias de facultativos con conciliación y sin conciliación.



9.7.2 Autoconcepto profesional

En este ámbito no hubo una diferencia significativa en la percepción del autoconcepto profesional de los facultativos de la encuesta que debido a que los procesos de conciliación se trabajan bajo el principio de confidencialidad, por lo que el médico u odontólogo no son expuestos a ser identificados por un tercero, además como nadie más que los implicados en el conflicto se da cuenta de la situación, el facultativo no se siente señalado por los compañeros de trabajo o personas ajenas al conflicto, resultando poco

afectada esta variable del presente estudio. Por otro lado, el profesional de la salud que trabaja sobre el conflicto y lo soluciona directamente en el consultorio, tampoco es expuesto a terceros.

9.7.3 Confidencialidad

En este rubro también se presenta diferencia de acuerdo a la gráfica anterior, puesto que los profesionales de la salud que pasan por un conflicto y lo resuelven en su consultorio de manera directa con el paciente no tienen necesidad de pasar por un proceso de conciliación y por lo tanto no hay una buena percepción acerca de este pilar del proceso conciliatorio; por otro lado el facultativo que se somete a la conciliación si tiene una buena percepción acerca de este pilar de este método alternativo de solución de conflictos.

En este capítulo hemos observado la diferencia que existe en un profesional de la salud que atraviesa por una conciliación para transformar de forma positiva un conflicto y otro que no lo hace, en ambos casos existe una percepción sobre el incremento de conflictos presentes en la relación entre personal de área médica y los usuarios de estos servicios, sin embargo, existe un mayor impacto en este sentido en los facultativos que atraviesan por un proceso de conciliación.

Conclusiones

Tomando en cuenta los resultados obtenidos durante la aplicación de los instrumentos cualitativos y cuantitativos, una vez analizados podemos decir que la hipótesis planteada en el presente estudio se comprueba y a continuación relatamos las siguientes conclusiones.

Cuando el profesional de la salud es notificado acerca de una queja interpuesta por un paciente ante la Comisión de Arbitraje Médico, o una demanda jurisdiccional, llegan a su mente una serie de situaciones que lo exponen a un estado de estrés, el cual es capaz de generar enfermedades como el trastorno de insomnio y la ansiedad entre otros aspectos que afectan la salud psicológica del mismo; por otro lado el estrés puede emerger en forma fisiológica, lo cual es catalogado como somatización que es la situación en la que se presentan dolores de cabeza, taquicardia (aceleración del corazón), hipertensión arterial (aumento de la presión arterial), gastritis, colitis, úlcera en estómago o intestinos; dermatitis, entre otros, todas estas reacciones son catalogadas como lo hemos mencionado con anterioridad como Síndrome Clínico Judicial.

Cuando el conflicto se afronta en órganos jurisdiccionales pueden pasar años para la resolución por parte del juez y de acuerdo a los argumentos que aporten los abogados de las partes, en la búsqueda de ganar y hacer que la contraparte pierda, esto genera resentimiento entre los contendientes e incrementa los días de padecimiento de los signos y síntomas mencionados en el párrafo anterior. Por el contrario, cuando se llega al acuerdo de conciliación se da por finiquitada de manera parcial o total, la situación que generó la confrontación y los efectos pueden desaparecer al terminar el estrés que generó el conflicto.

Además, en el juicio, las partes quedan al descubierto pudiendo exponer al facultativo ante el escrutinio público, esta situación lo estigmatiza de manera profesional ante la comunidad, ya sea la del entorno laboral o la comunidad en general, pues al ser exhibido le impacta de manera negativa en el autoconcepto profesional, en el prestigio y la

reputación. Por otro lado, con el acuerdo de conciliación se han presentado casos en los que se llega a retomar la relación preexistente, dándose la oportunidad de confiar de nuevo en este acto simbiótico de la salud entre ambas partes, porque se expusieron los diversos intereses pretendidos y se logra la posibilidad de satisfacerlos lo mas equitativamente posible.

Otro más de los beneficios al profesional de la salud es en el ámbito de la confidencialidad, ya que para evitar ser identificado por personas ajenas al conflicto que está llevando en el momento de la conciliación, el personal de la Comisión de Arbitraje Médico invita al médico a pasar a una sala privada en donde se mantiene anónimo este actor del conflicto. Es por esta razón que la confidencialidad juega un papel muy importante en el autoconcepto del profesional de la salud, pues no hay exhibición a la comunidad.

La conciliación en el área médica es una herramienta que permite al facultativo argumentar de forma directa con el usuario de los servicios de salud las posibles causas que generaron el conflicto con la finalidad de buscar un acuerdo que permita transformarlo de manera positiva, total o parcialmente. Una vez que se abre la comunicación en el proceso de conciliación cabe la oportunidad para el facultativo de dejar claro al paciente el procedimiento realizado, así como lograr un mayor entendimiento con ayuda del conciliador, quien permite un trato cordial entre las partes.

Los facultativos refieren sentir mayor inclinación a los cambios en la forma de tratar al paciente después de la aplicación de este método alternativo, ya que no fue expuesto a terceras personas por dicho conflicto. Esta situación le permite al profesional de la salud el retomar su labor con subsiguientes pacientes con quienes llevará una mejor comunicación, además de realizar el consentimiento informado y el llenado de la evolución del paciente en la historia clínica, lo cual se considera como medicina asertiva.

La medicina asertiva trata de contener a la medicina defensiva, al proponer al profesional de la salud informarse de mejor manera acerca de las normativas que rigen a la profesión,

enfocarse más en la educación continua en el ramo profesional que desempeña, conocer los derechos como profesional y reconocer los del paciente, a la vez de llevar a cabo los procedimientos necesarios para llegar a un buen diagnóstico y pronóstico, anotando en el expediente clínico los pormenores de la atención brindada, además de la obtención de consentimiento válidamente informado.

Propuesta

1.- Actualmente en las Comisiones de Arbitraje Médico se mide el éxito de la conciliación de acuerdo al número de quejas que se presentan contra los acuerdos firmados; en el presente estudio proponemos que para medir el éxito de la conciliación en el ámbito médico de forma más efectiva es necesario analizar los efectos de la conciliación en el profesional de la salud mediante el instrumento que hemos elaborado, ya que con este se persigue la obtención de una concepción más realista acerca de las ventajas de la conciliación y se podrán evaluar nuevas formas de reforzar el proceso con la finalidad de evitar la medicina defensiva e incentivar la implementación de la medicina asertiva, por otro lado, se puede intervenir con la intención de buscar la mejora del autoconcepto profesional del facultativo que atraviesa por una conciliación.

2.- Consideramos necesario que los legisladores de nuestro país tomen en cuenta la posibilidad de crear una ley que de acceso directo a los servicios de conciliación en los conflictos que surgen entre el personal sanitario con usuarios de los servicios de salud, con el único fin de evitar los actos médicos defensivos, los cuales incrementan el costo de dichos servicios, pues requieren a los pacientes análisis de laboratorio clínico o imagenológico con el único fin de protegerse, además tomar medidas en general de realizar estudios muchas veces innecesarios, también con el fin de protección para el personal de área médica aumentando los costos de la atención de salud.

3.- Socializar los servicios que brindan las Comisiones de Conciliación y Arbitraje Médico en la población en general, con la intención principal de que los conflictos que salgan del lugar de la atención sanitaria lleguen a dichas instituciones con la intención de evitar el

perjuicio de los profesionistas de la salud y la aparición de actitudes defensivas en el servicio de salud.

Referencias

- Alvarez Gayou Jurgenson, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: fundamentos metodológicos*. México: Paidós Educador.
- Alvira Martín, F. (2011). La encuesta: una perspectiva general metodológica. *Colección de cuadernos metodológicos*. Madrid, España: Centro de investigaciones metodológicas.
- Ander Egg, E. (2003). *Métodos y técnicas de investigación social: técnica para recogida de datos e información*. Argentina: Lumen.
- Arce V, J. D., García B, C., & Moenne B, K. y. (2017). Uso innecesario de exámenes de imagen. *Revista chilena de radiología*, 140-141.
- Azar, E. E. (2005). Conciliación y mediación. En A. Valle González, & H. Fernández Varela Mejía, *Arbitraje médico, Fundamentos teóricos y análisis de casos representativos*. México: Trillas.
- Bellido Rodríguez, M., Peris Salas, M., & Trilles Solves, R. (2 de abril de 2018). *mediacionica oviedo*. Obtenido de http://www.mediacionicaoviedo.es/res/doc/biblioteca/mediacion/articulos/La_importancia_de_la_mediacion_sanitaria,_M._Carmen_Bellido,_M._Amparo_Peris_y_Rosalia_Trilles.pdf
- Bracker, M. (2002). *Metodología de la investigación social cualitativa Sinopsis*. Nicaragua: Universidad Politécnica de nicaragua.
- Bruguera, M., Arimany, J., Bruguera, R., Barberia, E., Ferrer, F., Sala, J., . . . Medallo Muñiz, J. (2012). Guía para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis, de cómo actuar cuando se producen y cómo defenderse judicialmente . *Revista clínica española*, 198-205.
- Cabello Tijerina, P., & Vázquez Gutiérrez, R. (2018). *Cultura y educación para la paz, una perspectiva transversal*. México: Tirant lo blanch.
- Cantú Martínez, P. C. (2015). *Bioética e investigación en salud* . México: Trillas.

- Castañeda Hernandez, M. d. (2013). Medicina y comunicación, una herramienta fundamental para la interrelación médico-paciente. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 343-353.
- Cazalla Luna, N., & David, M. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia*, 43-64.
- Cazau, P. (2006). *Introducción a la investigación en Ciencias Sociales*. Buenos Aires.
- Comisión Estatal de Arbitraje Médico para el Estado de Aguascalientes. (24 de 02 de 2018). *Comision Estatal de Arbitraje Médico para el estado de Aguascalientes*. Obtenido de <http://www.aguascalientes.gob.mx/COESAMED/pdf/Fuentesdelconflictoenlarelaciopaciente-medico.pdf>
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (19 de Diciembre de 2013). *CONAMED*. Obtenido de http://www.conamed.gob.mx/transparencia/marco_juridico/Manual_Procedimientos_CONAMED_19-DIC-2013.pdf
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (1 de febrero de 2018). *Queja médica ante la CONAMED*. Obtenido de <https://www.gob.mx/conamed/acciones-y-programas/queja-medica-para-conciliacion-ante-la-conamed>
- Congreso de Colombia. (27 de febrero de 1981). Diario Oficial N° 35711. *Ley 23 de 1981*. Bogotá, Colombia.
- Congreso de Colombia. (09 de marzo de 1989). Diario Oficial N° 38733 . *Ley 35 de 1989*. Bogotá, Colombia.
- Consentimiento informado en materia médico-sanitaria, sus finalidades y supuestos normativos, Contradicción de tesis 93/2011 (Suprema Corte de Justicia de la Nación (primera sala) Julio de 2016).
- Consentimiento informado, derecho fundamental de los pacientes, Contradicción de tesis 93/2011 (Primer Tribunal Colegiado en Materia del Primer Circuito y el Tribunal

- Colegiado en Materias Civil y de Trabajo del Décimo Circuito 26 de Octubre de 2011).
- Coto Jiménez, R. (2013). Breve análisis de la idea de implantar servicio de mediación en las organizaciones de salud en la sanidad pública andaluza. *Mediatio*, 32-46.
- del Río Sánchez, C. (2007). Dilemas éticos relacionados con la confidencialidad. *Información psicológica*, 12-27.
- Díaz Guzmán, D., & García Ávila, A. (2014). La conciliación extrajudicial como requisito de procedibilidad y sus "verdaderos" efectos en la congestión judicial. *Derecho y economía*, 143-176.
- Dougherty, J., & Pfaltzgraff, R. (1993). *Teorías en pugna de las Relaciones Internacionales*. Buenos Aires: Grupo Editorial Latinoamericano.
- Esnaola, I., Goñi, A., & Madariaga, J. M. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Psicodidáctica*, 179-194.
- Esquivel Guerrero, J. A., Jimenez Bautista, F., & Esquivel Sánchez, J. n. (2009). La relación entre conflictos y poder. *Revista de paz y conflictos*, 6-20.
- Fajardo Dolci, G., Melijem Moctezuma, J., Rodríguez Suárez, F., Zavala Vilavicencio, J., Vcente González, E., Venegas Paez, F., . . . Aguirre Gas, H. (2012). Recomendaciones para prevenir el error médico, la mala práctica y la responsabilidad profesional. *CONAMED*, 30-43.
- Galeano Marin, M. E. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Colombia: Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- García Córdova, F. (2004). *El cuestionario*. México: Limusa.
- Gimenez, P. N. (2015). *Autoconcepto y personalidad: Estudio y promoción por medio de la intervención en una muestra de pre-adolescentes escolarizados de San Luis, Argentina*. Argentina: Editorial academia española.
- González, M. d., Leal, D., Segovia, D., & Arancibia, V. (2012). Autoconcepto y talento: una relación que favorece el logro académico. *Psykhe*, 57-65.

- Gorjón Gómez, F. J. (2013). El valor intangible de los Métodos Alternos en Solución de Conflictos “Estrategia de culturización de los MASC en el marco de la reforma procesal constitucional penal”. *Nuevo sistema de justicia penal*, 48-54.
- H. Congreso del Estado de Nuevo León. (13 de enero de 2017). LEY DE MECANISMOS ALTERNATIVOS PARA LA SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS PARA EL ESTADO DE NUEVO LEÓN. *Periódico Oficial del Estado de Nuevo León*, págs. 1-27.
- Hernández Sampieri, R., fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill Interamericana.
- Hueso, A., & Cascant, M. J. (2012). Metodología y técnicas cuantitativas de investigación . *Cuadernos docentes en procesos de desarrollo N° 1*. Valencia, España: Universidad Politécnica de Valencia.
- Jefatura del Estado Español. (14 de noviembre de 2002). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, págs. 1-13.
- Juan Carlos I, rey de España. (6 de julio de 2012). *Boletín Oficial del Estado*.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Lederach, J. P. (2000). *El Abecé de la paz y los conflictos*. Madrid: Catarata.
- Lex artis ad hoc. Su concepto en materia médica., Revisión fiscal 147/2013 (CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA ADMINISTRATIVA DEL PRIMER CIRCUITO. 20 de junio de 2013).
- Lezana Fernández, M. Á. (2016). Veinte años resolviendo conflictos entre los profesionales de la salud y sus pacientes. *CONAMED*, 55.
- Martínez, I., & Olmedo, I. (2010). Revisión teórica de la reputación en el entorno empresarial. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*, 59-78.
- Martínez, p., Carmen, M., & Amezcua Membrilla, J. A. (2001). Importancia del autoconcepto y el clima familiar en la adaptación personal. *Galego-Portuguesa de psicología e educación*, 181-191.
- Matiella Pineda, C. (2003). La relación con el enfermo. *Gaceta UNAM Iztacala*, 1-20.

- Mello, M., & Kelly, C. (2005). Effects of a professional liability crisis on residents practice decisions. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 1287-1295.
- Mello, M., Studdert, D., DesRoches, C., Peugh, J., Zapert, K., Brennan, T., & Sage, W. (2005). Efectos de una crisis de negligencia en el suministro de especialistas y el acceso del paciente a la atención. *Anales de la cirugía*, 621-628.
- Ministerio de salud. (03 de septiembre de 2004). Ley 19966. *Ley 19966*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (26 de noviembre de 2012). Reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud. *Diario Oficial de la república de Chile*, págs. 1-4.
- Ministerio de Salud y protección social, 00002003 de 2014 (Ministerio de Salud y Potección Social 25 de septiembre de 2016). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-unicode-habilitacion.aspx>
- Minossi, J. G., & Da Silva, A. (2012). Medicina defensiva: ¿una práctica necesaria? *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. *Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 494-501.
- Montoya Londoño, D., Dussán Lubert, C., Hernández Botero, J., & De la Rosa, A. (2015). AUTOCONCEPTO EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PREGRADO EN MEDICINA DE LA CIUDAD DE MANIZALES (COLOMBIA), 2013. *Archivos de medicina*, 57-66.
- Morales Ramírez, C. A. (2010). Tesis . *La conciliación como mecanismo alternativo eficaz para la solución de los conflictos y la descongestión judicial*. Bogotá, Colombia: Facultad de Derecho, Centro de Investigaciones sociojurídicas.
- Moreno Bayardo, M. G. (2000). *Introducción a la metodología de la investigación científica educativa II*. México: Progreso S. A. de C. V. .
- Navarro Sandoval, C., Arones Guevara, S., Carrera Palao, R., Casana Jara, K., & Colque Jaliri, T. (2013). Estudio de las denuncias penales por responsabilidad profesional médica en el Instituto de Medicina Legal de Lima Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 408-414.

- Organización de las Naciones Unidas. (2004). *Ley Modelo de la CNUDMI sobre conciliación comercial internacional con la guía para su incorporación al derecho interno y utilización 2002*. Austira: Naciones Unidas.
- Organización Panamericana de la Salud. (22 de febrero de 2018). *Programa Regional de Bioética*. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5582%3Aregional-program-on-bioethics&lang=es
- Pentón García, V., Véliz Águila, Z., Prado Lemus, B., & Mary Herrera, L. (2009). La ética y la bioética. Bases del consentimiento informado en Ortodoncia. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 42-51.
- Prieto Miranda, S., Valdepeña Ramírez, M., Mora Sota, M., & Jimenez Bernardino, C. (2013). Medicina defensiva en un Hospital General Regional. *Medicina Interna Mexicana*, 32-38.
- Quiroga de Leon, A. (2000). Conciliación y Arbitraje en el Perú: presente y futuro. *Revista de la Facultad de derecho*, 1-30.
- Ramírez Salguero, M., & Herrera Clavero, F. (2002). El autoconcepto. *Eúphoros*, 185-201.
- Ritz, J., García, C., & Ortega, D. (2005). La reforma procesal penal chilena: nuevo marco médico legal del ejercicio de la radiología. *Revista chilena de radiología*, 142-149.
- Rodríguez Burgos, K., & Gorjón Aguilar, E. (2014). Grupos de enfoque. En K. Saenz López, & G. Taméz González, *Métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas aplicables a la investigación en Ciencias Sociales* (págs. 148-170). México: Tirant Humanidades.
- Saenz López, K., & Tamez González, G. (2014). *Métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas aplicables a la investigación en ciencias sociales*. México: Tirant Humanidades de México.
- Sánchez García, A. (2015). *Mediación y Arbitraje: eficacia y proyección internacional*. México: Tirant Lo Blanch México.
- Santoro, E. (2014). Clinical-judicial syndrome: how a doctor becomes a patient through general indifference. *Updates in surgery*, 173-175.

- Saura Calixto, P. (1996). *La educación del autoconcepto: cuestiones y propuestas*. Murcia: Servicio de publicaciones Universidad de Murcia.
- Sclar, D., & Housman, M. (2003). Negligencia médica y responsabilidad médica: examinar alternativas en medicina defensiva. *Harvard Policy Review*, 75-84.
- Secretaría de Salud. (15 de octubre de 2012). Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012, del expediente clínico. *Diario Oficial de la Federación*.
- Secretaría de Salud. (2016). *Informe estadístico sobre laudos concluidos 2012-2015*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (14 de Septiembre de 2018). Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*.
- Secretaria de Salud de México. (23 de abril de 2017). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica*. Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmmpsam.html>
- Solheim, T. (2014). Dentist's responsibility and jurisprudence in Norway and other nordic countries. *Forensic and Legal Dentistry*, 55-60.
- Steel Garza, J. G. (2006). el procedimiento de queja y conciliación. En F. J. Gorjón Gómez, *Justicia Alternativa Médica* (págs. 159-160). México: Facultad de Derecho y Criminología y Colegio de Bioética del Noreste.
- Studdert, D., Mello, M., Sage, W., DesRoches, C., Peugh, J., Zapert, K., & Brennan, T. (2005). Defensive medicine among high-risk specialis physicians in a volatile malpractice environment. *Journal American Medical Association*, 2609-2617.
- Tena Tamayo, C., & Hernández Orozco, J. (08 de 04 de 2018). *Medicina Asertiva, una alternativa para mejorar la calidad*. Obtenido de <http://psiquiatria.facmed.unam.mx/docs/mpc/Tema26.pdf>
- Tena Tamayo, C., & Sánchez González, J. (2005). Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. *Ginecología y obstetricia mexicana*, 553-559.
- Toledo Hernández JM, Z. G. (2014). Calidad médica: factores sobre los que hay que intervenir. *Archivo médico de Camagüey*, 1-10.

- Viola Demestre, I. (2010). La confidencialidad en el procedimiento de mediación. *Revista de internet, derecho y política*, 1-10.
- Waterman, A., Garbutt, J., Hazel, E., Claiborne Dunagan, W., Levinson, W., Fraser, V. J., & Gallagher, T. H. (2007). El impacto emocional de los errores médicos en médicos practicantes en los Estados Unidos y Canadá. *Revista de la Comisión Conjunta sobre Calidad y Seguridad del Paciente*, 467-476.
- Young, P. F. (2012). Síndrome clínico judicial. *Fronteras en medicina*, 75-78.
- Zato Etcheverría, M. (2015). Una aproximación al mapa de la mediación en la Unión Europea. *Revista de mediación*, 72-83.
- Zurita Navarrete, G. R. (2011). Estado actual de las demandas. *Cirujano General*, 141-146.

Anexos

Anexo 1. Perfil de sujetos de la muestra (Panel de expertos y entrevista).

Sujeto	Edad aproximada	Perfil profesional	Relación con el tema	Disponibilidad de participación.	Muestra
1 HV	75	<ul style="list-style-type: none"> • Cirujano dentista con más de 40 años de práctica privada • Catedrático 	Experto en odontología, plática de aproximación a los MASC	Matutina	Ranking de expertos
2MG	58	<ul style="list-style-type: none"> • Cirujano dentista con más de 30 años de práctica privada • Catedrático 	Experto en odontología, plática de aproximación a los MASC	Matutina	Ranking de expertos
3PE	55	<ul style="list-style-type: none"> • Cirujano dentista con más de 25 años de práctica privada • Catedrático 	Experto en odontología, plática de aproximación a los MASC	Matutina	Ranking de expertos
4GS	45	<ul style="list-style-type: none"> • Cirujano dentista con más de 20 años de práctica privada • Catedrático 	Experto en odontología, plática de aproximación a los MASC	Matutina	Ranking de expertos
5EN	62	<ul style="list-style-type: none"> • Cirujano dentista con más de 30 años de práctica privada • Catedrático 	Experto en odontología, plática de aproximación a los MASC	Matutina	Entrevista semi estructurada

Anexo 2. Tabla de codificación del instrumento para el pilotaje cualitativo

Variable	Categorización	Codificación	
Diálogo	No faltarnos al respeto	D. E	<p>Conciliar de una manera pacífica.</p> <p>Pues yo creo que el respeto es lo más importante.</p>
	Escucha entre los implicados	D. R.	<p>Una buena comunicación, explicando los procedimientos al paciente.</p> <p>Simplemente escuchar la parte de uno y escuchar la parte del otro.</p> <p>Encontrar un arreglo o un acuerdo.</p>
	Manifestación de necesidades de las personas en conflicto	D. N	<p>La falta de información a veces se mal entiende.</p> <p>Le hace ver al paciente que el tratamiento estuvo bien hecho.</p> <p>Llegar a un acuerdo directamente con el paciente.</p>
	Hablar cordialmente	D. H. C	<p>Pero cuando vas con una actitud positiva, se pueden arreglar las cosas, pero si vas con una actitud negativa por más que quieras arreglarlo no lo puedes arreglar y todo lo que te digan va a ser no, no, no.</p>
Autoconfianza	Creí en mí mismo	A. C. P.	
	Seguir trabajando	A. C. E.	
	Recobré la confianza	A. R. C.	<p>Yo creo que un arreglo a ese nivel, la confianza en el dentista pues se incrementaría y la experiencia puede ser muy bien aprovechada para tratar de prevenir o evitar</p>

				circunstancias semejantes.
	Pude seguir trabajando de manera cotidiana	A. S. T		
Empatía	Sentir que se pone en mi lugar	E. C.		La empatía que puede tener una persona es que sea completamente neutral.
	Coincido contigo	E. A.		
	Ponerse en los zapatos del otro	E. Z.		La empatía es un elemento muy importante, pero, para cuando llegamos a esas instancias yo creo que ya está un poco lastimada.
	Pienso lo mismo que tu			
Confidencialidad	Intimidad en el proceso	C. I.		<p>Te puede hacer una mala fama.</p> <p>Te puede acabar la reputación.</p> <p>Desacreditación en la práctica profesional.</p> <p>Acaba con una persona, acaba con tu reputación, todo el mundo te señala y nadie sabe la verdad.</p>
	Reservación de datos de personas implicadas en el proceso de mediación conciliación.	C. D.		<p>Nunca se expone a nadie.</p> <p>Siempre cuidan ese aspecto de confidencialidad.</p> <p>Es un valor el que las diferencias que puedan existir entre dos personas se mantengan, no sean publicitadas, no sean dadas a conocer.</p> <p>No tienen porqué trascender mas allá por el beneficio tanto del paciente que está inconforme, como del dentista.</p>
	No exponer a los implicados	C. P.		Sin que el dentista (...) sea

		D.	<p>expuesto en medios.</p> <p>Cualquier paciente, antes de ir a la COESAMED, lo puede subir a Facebook o Twitter.</p> <p>Si eres un maestro reconocido, imagínate, todo tu trabajo se viene abajo, nada más por un error de alguien, como dicen, una persona que ni sabía y con un comentario, se vino todo lo demás</p>
	Evita la exposición al público		<p>Te puede hacer una mala fama.</p> <p>Cuando llegas a la COESAMED, te pasan a una sala aislado, para que nadie te vea. Y al paciente igual.</p> <p>Está el caso de una odontopediatra que estuvo el caso muy largo, y hasta en el periódico salió.</p> <p>Acaba con tu reputación, todo el mundo te señala y nadie sabe la verdad.</p>
Mediador conciliador	Experiencia del mediador conciliador	M. E.	<p>Pero iba el mediador de la empresa de la empresa y hasta las gracias le dábamos, esto es muy bueno porque vamos a mediar esto; y cada vez va a ser peor porque cada vez hay más dentistas, hay más escuela; realmente aquí el que te va a hundir no es un abogado, es tu propio compañero.</p>

	Profesión del mediador conciliador	M. P.	En ese tiempo estaba en CONAMED un cirujano, conocido mío y le comenté la situación y una vez conocido el caso me dijo, no se preocupe, usted no es culpable, pues es una situación que proviene de la enfermedad sistémica.
	Persona que interviene en el conflicto		No sé qué nos dio el mediador, que nos dijo, que nos quedamos tranquilos y seguíamos teniendo calor.
	El experto en conciliar		Sería irnos a la CONAMED para obtener apoyo de un tercero. El mediador conciliador debe ser una persona con mucha inteligencia, sobre todo inteligencia emocional para ser imparcial, que esté acostumbrada a pensar muy bien las palabras que está empleando para no cargar en un momento dado hacia ninguna de las partes.

Anexo 3. Tabla de categorización y codificación del cuestionario definitivo

Variable	Pregunta	Frases relacionadas	Códigos
Todas	¿Cuáles son las ventajas que tiene el acuerdo de conciliación en el ámbito médico a diferencia de un proceso judicial?	<ul style="list-style-type: none"> Confidencialidad. Mejora las relaciones entre el profesional de la salud y sus pacientes. 	<p>V. C. conf.</p> <p>V. M. D. rel mpxx</p>
Confidencialidad	1. ¿Qué impacto tiene el acuerdo de la conciliación en el profesional de la salud?	Positivo.	Impacto Positivo
		Ayuda a evitar que se exponga al público.	No Exposición publica
		Proporciona seguridad para hablar sin miedo a ser señalado.	Hablar con Seguridad
	2. ¿Cuáles son las cualidades de la privacidad de la conciliación en el profesional de la salud?	Evita la exposición a los medios (radio, televisión, prensa)	Evita Exposición a Medios
		Mantiene el anonimato.	Anónima
		No sale en redes sociales	Red Sociales
	3. ¿Por qué se cuida la confidencialidad el proceso de la conciliación?	Para brindar confianza.	Confianza
		Para abrir los canales de comunicación.	abre comunicación
		Para evitar ser señalado.	evita señalamientos
Autoconcepto	1. ¿Cómo ha percibido que se siente el profesional de la salud al conciliar con un paciente?	Seguridad para tratar a otros pacientes.	Trato a otros pacientes
		Recupera la confianza en sí mismo.	Recupera Autoconfianza
		Mejor la calidad de atención de sus pacientes.	Calidad en trato a pacientes
	2. Sabemos que un profesional de la salud que pasa por un juicio resulta afectado en su imagen ante sí	Reconsidera su trabajo de forma positiva.	trabajo Positivo
		No se siente perseguido.	no persecución
		Mejora su percepción de sí mismo.	Mejora autopercepción

	mismo y la comunidad; a este respecto ¿Cómo se percibe un profesional de la salud después de llegar a un acuerdo conciliatorio?		
	3. ¿Cómo se ve afectado el profesional de la salud en cuanto a su autoconcepto después de la firma de un acuerdo de conciliación?	No se ve afectado.	No afectado
		Su reputación queda intacta.	Reputación intacta
		Tranquilo porque arreglo un conflicto.	Tranquilo
Medicina defensiva	1. Qué opina acerca de la posibilidad de que el profesional de la salud que llega a un acuerdo conciliatorio contrate un seguro de responsabilidad profesional.	No lo creo. (lo dudo)	no lo creo
		Es muy baja, pues en estos procedimientos no se necesitan abogados.	no hay abogados
		Es baja, pues ya sabe las ventajas de la conciliación.	Sabe ventajas
	2. ¿Cuál es la posibilidad de que un profesional de la salud que concilia envíe a sus pacientes a	Es muy baja.	Baja
		Este proceso mejora el ambiente medico paciente.	Mejora ambiente
		En vez de eso, mejora sus procedimientos de diagnóstico y tratamiento.	Medicina asertiva

	realizarse exámenes con tal de tener defensa ante próximos conflictos?		
3. ¿Cuál es su consideración acerca de la posibilidad que el profesional de la salud deje su profesión de manera temporal o definitiva después de firmar un acuerdo de conciliación?	Más que dejar su profesión, reconsideraría su manera de tratar a los pacientes.	Reconsidera trato	
	Difícilmente la dejaría	Es difícil	
	Al llegar a un acuerdo confirma la confianza en su trabajo.	Confianza en su trabajo	

Anexo 4 Instrumento definitivo. Entrevista semiestructurada

1. ¿Cuál es el tiempo de experiencia que tiene aplicando los Métodos Alternos en Solución de Conflictos en el área médica?
2. ¿Ha notado que los cambios en la relación médico paciente influyen en el número de casos que se presentan ante la CONAMED/COESAMED actualmente?
3. De acuerdo a su experiencia, ¿cuáles son los motivos que pueden generar un conflicto entre un profesional de área médica y un paciente?
4. ¿Cómo puede repercutir en la actividad profesional de un médico o dentista un conflicto con un paciente?
5. ¿Cuáles son las ventajas que tiene la conciliación en el ámbito médico a diferencia de un proceso judicial?
6. ¿Cómo se ve afectado el profesional de la salud en cuanto a su autoconcepto después de la firma de un acuerdo de conciliación?
7. ¿Cuáles son las cualidades de la privacidad de la conciliación en el profesional de la salud?
8. ¿Qué reacciones ha observado en los profesionales del área médica que hayan sido denunciados ante la COESAMED/COCCAM/ CONAMED?
9. ¿En qué aspectos considera usted que la confidencialidad de la conciliación impacta hacia el profesional de la salud?
10. ¿De qué manera contribuye la confidencialidad de la conciliación en el autoconcepto, la reputación del profesional de la salud?
11. En relación con la conciliación ¿Qué opina sobre la posibilidad de aparición de actividades defensivas en el profesional de la salud que llega a un acuerdo conciliatorio?
12. ¿Cuál es su consideración de que los profesionales de la salud que llegan a un acuerdo conciliatorio contraten seguros de responsabilidad civil?

13. De acuerdo a su experiencia ¿cuáles son las implicaciones que tiene una queja interpuesta contra el profesional de la salud, respecto al autoconcepto profesional de este?
14. ¿Ha sabido de algún profesional de la salud que haya llegado a un acuerdo conciliatorio dejó de ejercer su profesión ya sea de manera temporal o definitiva?
15. Sabemos que un profesional de la salud que pasa por un juicio resulta afectado en su imagen ante sí mismo y la comunidad; a este respecto ¿Cómo se percibe un profesional de la salud después de llegar a un acuerdo conciliatorio? Pasa lo mismo en este caso.
16. ¿Qué opina sobre la decisión de un profesional de la salud que llega a un acuerdo conciliatorio de querer súper especializarse para evitar nuevos conflictos?
17. En su experiencia, ¿durante la conciliación en área médica existe la exposición a los medios de comunicación para los involucrados en el conflicto?
18. ¿Cuál es el sentir profesional del profesionista de la salud al conciliar con un paciente?

	General
	Autoconcepto
	Confidencialidad
	Medicina defensiva

Anexo 5. Tabla de resultados cualitativos variable confidencialidad

Nombre del documento	Código	Segmento
entrevista JC	Confidencialidad \\Evita Exposición a Medios	"Que sea expuesto en medios por no haber llegado a una conciliación a tiempo".
entrevista JC	Confidencialidad \\No Exposición publica	"Nunca se expone a nadie". "Siempre cuidan ese aspecto de confidencialidad". "Y por lo mismo si llega otro médico ahí o llega otro paciente a otra cita, yo creo que eso es bueno desde que llegas".
entrevista JC	Confidencialidad \\Red Sociales	"No te expone a nada y en aquel entonces no existía lo que existe ahora que son las redes sociales y el día de hoy con las redes sociales cualquier paciente".
Lic. CONAMED	Confidencialidad \\Hablar con Seguridad	"La libertad de decir lo que tú quieras decir sin que esto afecte de alguna manera que sea jurídica".
Lic. CONAMED	Confidencialidad \\No Exposición publica	"Ese principio es primordial y sustancial para los medios alternos"
Lic. CONAMED	Confidencialidad \\Confianza	"La confianza es fundamental".
Lic. CONAMED	Confidencialidad \\evita señalamientos	"Entonces es exactamente lo opuesto en conciliación, en la conciliación no está aquí en calidad ni de indiciado, ni de enjuiciado, ni del presunto, no".
Lic. CONAMED	Confidencialidad \\evita señalamientos	"Un médico puede decir incluso me equivoqué en esta parte, pero creo en ustedes en que la corrijamos no podemos prejuzgar este acto por dos razones".
Lic. A. A. COESAMED	Confidencialidad \\evita señalamientos	"Se dan cuenta que no se ve manchada su reputación".
Lic. A. A. COESAMED	Confidencialidad \\evita señalamientos	"El principio de confidencialidad se salvaguarda a cabalmente, nosotros realmente promovemos los métodos alternos desde los pilares factores y entre ellos está la confidencialidad".
Lic. A. A. COESAMED	Confidencialidad \\Evita Exposición a Medios	"Se les explica que si ventilan a los medios el caso pues el prestador de servicios médicos ni siquiera vaya a venir aquí con nosotros y ellos entienden esta situación".
Dr. C. COESAMED	Confidencialidad\\Evita Exposición a Medios	"Las características principales son aquí en la comisión la confidencialidad"
Dr. C. COESAMED	Confidencialidad\\Confianza	"Sentir en plena confianza de que puede ventilar abiertamente la postura".
Dr. C. COESAMED	Confidencialidad\\Evita Exposición a Medios	"El ambiente es tranquilo, no tratarlos con audiencias públicas porque los hacen sentir mal".
COCCAM comisionados	Confidencialidad\\No Exposición publica	"Al médico lo hace su publicidad, su fama y es lo que tratamos de cuidar mucho, es lo mejor que le conviene porque si se va a juzgado ya sale el periodico al otro día".
COCCAM comisionados	Confidencialidad\\No Exposición publica	"Vamos a resolver el problema, pero lo que yo voy a decir ahí que me voy a abrir con mi paciente, y lo que vaya a decir ahí, ahí se va a quedar, no vamos a andar publicitándolo, no lo vamos a andar publicando".
Grupo de enfoque COCCAM	Confidencialidad\\No Exposición publica	"En los periódicos, y es ahí donde se dice por qué ponen mi nombre en internet con el nombre del consultorio donde salga todo lo referente al médico y encima usen títulos como médico asesino, usó mala práctica, cuando ni siquiera se tiene evidencia que sea una mala práctica y aun así sale en primera plana como negligencia y aunque digas tú

		que ya se determinó que no haya mala práctica es cuando sale la nota en la octava página y en chiquito es ahí donde no le dan la importancia que debe de tener el malentendido”.
Lic. CONAMED	Confidencialidad \ Impacto Positivo	“Cualquier factor que afecte a cualquiera de las partes no te va a llevar a un buen resultado”.
Lic. CONAMED	Confidencialidad\ Confianza	“En donde resuelven su asunto donde la comisión y ningún órgano pueda decir si fue una buena o una mala práctica podrá presumir o intuirlo, pero jamás podrá decir que existe”.
Lic. CONAMED	Confidencialidad \ Confianza	“Debe haber una confianza del prestador de la salud para que sepa que se le va a dar una tranquilidad y eso le afecte menos”.
Lic. CONAMED	Confidencialidad \ Impacto Positivo	“Entonces el juicio es desgastante”.
Lic. CONAMED	Confidencialidad \ Confianza	“Con profesionales a dirimir su controversia y si lo logra será un gran éxito y si no es así pues por lo menos lo intentó el desgaste créeme que el que sabe que los medios alternos y sabe de las vías tradicionales se dará cuenta ahí mismo lo que hay entre una cosa y la otra.
Lic. CONAMED	Confidencialidad \ Impacto Positivo	“Con profesionales a dirimir su controversia y si lo logra será un gran éxito y si no es así pues por lo menos lo intentó el desgaste créeme que el que sabe que los medios alternos y sabe de las vías tradicionales se dará cuenta ahí mismo lo que hay entre una cosa y la otra”.
Lic. CONAMED	Confidencialidad \ Confianza	“Incluso desgaste al estado con un proceso más que quizá es innecesario para no venir acá entonces esto es para ayudar mucho”.
Lic. CONAMED	Confidencialidad \ Impacto Positivo	“Que el medico venga y exponga esa respuesta sin que se exponga al mecanismo judicial porque como sea y con sus reformas y tal vez no deja de ser más intimidatorio que una vía extrajudicial”.
Lic. A. A. COESAMED	Confidencialidad \ evita señalamientos	“El principio de confidencialidad aquí se maneja, no se ve afectado el marketing”.
Dr. C. COESAMED	Confidencialidad \ evita señalamientos	“De que los asuntos se ventilen aquí por la confidencialidad sobre todo o la imparcialidad”.
Grupo de enfoque COCCAM	Confidencialidad\ abre comunicación	“Es un instrumento donde podemos dialogar los dos, donde se nos dan los modos y los medios para que ambos nos pongamos de acuerdo y busquemos la solución no en beneficio de uno ni de otro sino de ambas partes, aquí los dos van a salir ganando”.
Grupo de enfoque COCCAM	Confidencialidad\ No Exposición publica	“La conciliación y obviamente desde el punto de vista médico en donde la confidencialidad con la que se llevan los casos, la rapidez y todo lo que evitan, judicializa, que evitan que te expongan en medios, pues ahorita los medios de comunicación están sobre estas noticias ya que la negligencia o todo lo que tenga que ver con el acto médico vende muchísimo, nosotros lo hemos visto en redes, en periódicos, es por eso que los puntos de la conciliación es tratar de resolverlo en cuanto se presenta y para que sea lo mejor para ambas partes entonces pues obviamente estoy convencida al 100 que el método alternativo es la mejor opción que me puede pasar”.
Grupo de enfoque COCCAM	Confidencialidad\ Red Sociales	“Un canal de televisión que ande encima de los doctores sobre mala práctica literal se van afuera de la sala de urgencias para empezar a hablar mal de la práctica sea buena o mala de los médicos y es donde afecta muchísimo, y nosotros para los médicos si es algo que cuidamos mucho porque hemos visto cómo afecta un médico por distraerse con los medios”.
COCCAM comisionados	Confidencialidad\ Evita Exposición a Medios	“Por ello se firma un acuerdo de confidencialidad en el momento en que se entra la etapa conciliatoria por ambas partes que una vez estando aquí no se puede ir a andar diciendo que el doctor hizo, el doctor dijo, el doctor me pagó, y es que tenemos una cláusula de confidencialidad, eso da mucha tranquilidad a los médicos de decir”
COCCAM comisionados	Confidencialidad\ No Exposición publica	“Pero todo lo que es cuestión de nombres se mantiene en confidencialidad”.

Anexo 6. Tabla de resultados cualitativos variable autoconcepto

Nombre del documento	Código	Segmento
entrevista JC	Autoconcepto\no persecución	"Si el dentista tiene la razón pues se le hace ver al paciente, que el procedimiento fue hecho de manera correcta y que no hay nada que perseguir y que cualquier profesional lo hubiera hecho de esa manera y que fue un buen procedimiento, es lo que se le hace ver al paciente".
entrevista JC	Autoconcepto\Tranquilo	"Si, se siente ese temor de que hay caray porque me llegó esa notificación, pero después te tranquilizas porque sabes que hiciste las cosas bien".
entrevista JC	Autoconcepto\Reputación intacta	"Puede acabar la reputación en menos de cinco minutos"
Lic. CONAMED	Autoconcepto\Tranquilo	"No se sabe cuánto tiempo dura, todo depende de la fuerza del doctor porque yo puedo meter un amparo por esto, meter un amparo por lo otro y meter otro amparo, y la revisión, y no sé cuánto tiempo, es un desgaste económico y físico de las partes por lo tanto creo yo que sí causa temor el ver una práctica médica ya relacionada en un conflicto legal donde la incertidumbre es bastante a donde llega esto, creo que esto sí causa un conflicto, un problema en el sujeto incluso tal vez hasta en su economía y sin embargo en medios alternos y en conciliación precisamente es lo que se trata de evitar que la gente venga con confianza".
Lic. CONAMED	Autoconcepto\Reputación Autoconfianza	"Por eso no podemos proclamar ni juzgar ni intuir ni decir nada que afecte la honestidad y el buen comportamiento del médico".
Lic. A. A. COESAMED	Autoconcepto\trabajo Positivo	"Lo veo más como una repercusión positiva".
Lic. A. A. COESAMED	Autoconcepto\Reputación intacta	"Yo he escuchado comentarios positivos de "qué bueno que nos mencionan" y eso es un área de oportunidad para los médicos para venir a arreglarlo".
Lic. A. A. COESAMED	Autoconcepto\Reputación intacta	"Ni pensar en el estrés por el que pasa la vía judicial más que nada porque está manchada su reputación ya que el acceso a la información es público y no es confidencial, o sea la repercusión no es tanta".
Dr. Cruz COESAMED	Autoconcepto\Reputación Autoconfianza	"Procuramos ser muy bastos con explicarle tanto al usuario como al médico o los médicos dejarles ver muy en claro que todos somos humanos que el médico no es un ser superior de ninguna manera, que la medicina no es una ciencia exacta, que nadie está excelso de cometer un error o de que las cosas resulten como se esperaban sin explicaciones muy sencillas".
Dr. C. COESAMED	Autoconcepto\Tranquilo	"Conseguimos que tomen las cosas de una manera natural y tranquila, que se vayan en santa paz, como quien dice".
Dr. C. COESAMED	Autoconcepto\Tranquilo	"Las reacciones de lo que sucedió y sentirse vamos a decir relajado, en cuanto a estar dispuesto a manejar argumento".
Grupo de enfoque COCCAM	Autoconcepto\Tranquilo	"La conciliación y obviamente desde el punto de vista médico en donde la confidencialidad con la que se llevan los casos, la rapidez y todo lo que evitan, que evitan que te expongan en medios, pues ahorita los medios de comunicación están sobre estas noticias ya que la negligencia o todo lo que tenga que ver con el acto médico vende muchísimo, nosotros lo hemos visto en redes, en periódicos, es por eso que los puntos de la conciliación es tratar de resolverlo en cuanto se presenta y para que sea lo mejor para ambas partes entonces pues obviamente estoy convencida al 100 que el método alterno es la mejor opción que me puede pasar y que presenten una queja en un método alterno y no en otra instancia".
Grupo de enfoque COCCAM	Autoconcepto\Tranquilo	"En los periódicos, y es ahí donde se dice por qué ponen mi nombre en internet con el nombre del consultorio donde salga todo lo referente al médico y encima usen títulos como médico asesino, usó mala práctica con un niño cuando ni siquiera se tiene evidencia que sea una mala práctica y aun así sale en primera plana como negligencia y aunque digas tú que ya se determinó que no haya mala práctica es cuando sale la nota en la octava página y en chiquito es ahí donde no le dan la importancia que debe de tener el malentendido".
Grupo de enfoque COCCAM	Autoconcepto\Tranquilo	"Por ello se firma un acuerdo de confidencialidad en el momento en que se entra la etapa conciliatoria por ambas partes que una vez estando aquí no se puede ir a andar diciendo que el doctor hizo, el doctor dijo, el doctor me pagó, y es que tenemos una cláusula de confidencialidad, eso da mucha tranquilidad a los médicos de decir".
entrevista JC	Autoconcepto\trabajo Positivo	"Aunque sea un simulacro de cita en COESAMED, creo que es lo mejor que te puede pasar recién graduado".
Lic. CONAMED	Autoconcepto\no persecución	"Entonces el juicio es desgastante".
Lic. CONAMED	Autoconcepto\No afectado	"Entonces es exactamente lo opuesto en conciliación, en la conciliación no está aquí en calidad ni de indiciado, ni de enjuiciado, ni del presunto, no."
Lic. CONAMED	Autoconcepto\Reputación intacta	"No los ocupamos para no afectar definitivamente a nadie, ni al médico por supuesto, todo eso es confidencial".

Lic. CONAMED	Autoconcepto\Reputación intacta	“Una queja es una percepción de alguien que dice que hubo algo mal entonces puede ser por ejemplo que un prestador de servicios médicos tenga veinte quejas o tal vez en medio año o tal vez en un año, el simple hecho de que las tenga a la CONAMED no le va a dar a entender que haya una mala práctica médica o que este doctor esté actuando mal, no, no puede prejuzgar lo que tiene que hacer es revisar esas quejas para darse cuenta cuál es la problemática de fondo entonces puede que si haya un médico por ahí que esté haciendo algunas cosas irregulares que por eso hay tanto cúmulo de quejas pero no podemos saberlo si no es que nosotros, vaya, revisemos todo eso para ya tener una oposición objetiva”.
Lic. A. A. COESAMED	Autoconcepto\trabajo Positivo	“Eso lleva a no cometer errores,”
Lic. A. A. COESAMED	Autoconcepto\No afectado	“Dudo que se vea afectado”.
Lic. A. A. COESAMED	Autoconcepto\Reputación intacta	“Por eso me pongo a pensar en cómo se va a ver afectado el auto concepto del médico después de la firma de un convenio de transacción si se cumple voluntariamente ese convenio, no tiene por qué verse afectado el auto concepto porque de esa manera queda reparado el daño”.
Lic. A. A. COESAMED	Autoconcepto\No afectado	“Queda en partes salvo que la contraparte divulgue, pero estaría él iniciando una penalización hablando de cláusulas de confidencialidad
Lic. A. A. COESAMED	Autoconcepto\Reputación intacta	“Todas, su nombre se pueda generar un nombre vamos a llamarle como una marca, como un marketing, si ya tiene”
Lic. A. A. COESAMED	Autoconcepto\No afectado	“Pero si lo tiene lo que un médico va a hacer es que el paciente venga con nosotros si es que el paciente nos conoce porque el principio de confidencialidad aquí se maneja, no se ve afectado el marketing”
Lic. A. A. COESAMED	Autoconcepto\Mejora autopercepción	“Pero no es lo que se busca por eso aquí se hace mucho énfasis o mucho hincapié que es un área de oportunidad para mejorar”
Lic. A. A. COESAMED	Autoconcepto\trabajo Positivo	“Los médicos o alguien de responsabilidad civil que no están familiarizados con los métodos alternos, lejos de querer reparar el daño, lejos de querer el de las partes, lejos de querer hacer esto y hacer aquello lo entorpecen”.
Lic. A. A. COESAMED	Autoconcepto\Mejora autopercepción	“Hemos tenido muchas conciliaciones positivas que se llegan de diversas partes y por lo que he visto esas conciliaciones en particular tanto paciente como servicio médico salen muy conformes de la conciliación”
Lic. A. A. COESAMED	Autoconcepto\No afectado	“Se da cuenta que lo que se dice coloquialmente están saldados, es decir, siente, se ve al prestador del servicio médico, si firma ese convenio ellos se sienten ya libres, saben.
Lic. A. A. COESAMED	Autoconcepto\Reputación intacta	“Hacemos saber que el convenio de transacción es sin reconocer culpa, error, negligencia y mala práctica médica sino con la intención de solidarizarse con su paciente”.
Lic. A. A. COESAMED	Autoconcepto\Recuperación Autoconfianza	“Al ellos saber que están libres de culpa lo razonan ellos dicen claro que sí”.
Lic. A. A. COESAMED	Autoconcepto\Reputación intacta	“Vienen aquí a hacer la transacción del convenio que haya emanado lo hacen con gusto, te das cuenta y percibes que no se ve manchada su reputación”.
Lic. A. A. COESAMED	Autoconcepto\Tranquilo	“Se dan cuenta que no se ve manchada su reputación”.
Lic. A. A. COESAMED	Autoconcepto\Tranquilo	“Se van con mucha retroalimentación en cuanto a la opinión de las personas se van contentos de aquí porque se van con aprendizaje y nadie se entera, paciente y médico únicamente, son una gran ventaja esos procedimientos”.
Dr. C. COESAMED	Autoconcepto\No afectado	“El prestigio, el menoscabo del prestigio en la comunidad como comúnmente se menciona “Monterrey es un rancho”, las noticias corren de voz en voz y luego más con la tecnología de la mensajería de telefonía celular”.
Dr. C. COESAMED	Autoconcepto\No afectado	“Brindarles la confianza lo cual la acción o cual acuerdo pueda o no tener consecuencias sobre todo negativas”.
Dr. C. COESAMED	Autoconcepto\no persecución	“El ambiente es tranquilo, no tratarlos con audiencias públicas porque los hacen sentir mal”.
Grupo de enfoque COCCAM	Autoconcepto\Reputación intacta	“Pero todo lo que es cuestión de nombres se mantiene en confidencialidad”.
Grupo de enfoque COCCAM	Autoconcepto\Reputación intacta	“Al médico lo hace su publicidad, su fama”.

Anexo 7. Tabla de resultados cualitativos variable medicina defensiva

Nombre del documento	Código	Segmento
entrevista JC	Medicina defensiva	“Debemos complementar nuestra historia clínica con radiografías seriadas de la boca del paciente de inicio, así como modelos de estudio y fotografías intraorales clínicas, para que se pueda comprobar en qué condiciones llegó el paciente y cómo se procedió y su atención ese caso y de qué manera”.
entrevista JC	Medicina defensiva	“Si, se siente ese temor de que hay caray porque me llegó esa notificación, pero después te tranquilizas porque sabes que hiciste las cosas bien”
entrevista JC	Medicina defensiva\No lo creo	“No, dejar el consultorio no”
entrevista JC	Medicina defensiva	“Eso sirvió para complementar o hacer mejor nuestro expediente clínico, incorporar una hoja de consentimiento informado a nuestra historia clínica que tenía antes de esa vivencia y como regla, a todos los pacientes se les toman modelos de estudio, radiografías seriadas y un historial fotográfico con fotografías clínicas, ya lo hacemos como rutina”
entrevista JC	Medicina defensiva\Confianza en su trabajo	“Procuramos que todos los tratamientos que hacemos en la clínica, pues sean sustentados en evidencia científica, para tratar de una manera correcta”
entrevista JC	Medicina defensiva	“Soy del tipo de personas que cuando algo te pasa, aprendes de la experiencia y te enriqueces de ella y mejoras”.
entrevista JC	Medicina defensiva	“Aunque sea un simulacro de cita en COESAMED, creo que es lo mejor que te puede pasar recién graduado”.
entrevista JC	Medicina defensiva	“Yo te pago, pero tú no me expongas, si la otra parte acepta”.
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	“Cualquier factor que afecte a cualquiera de las partes no te va a llevar a un buen resultado”.
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	“Pero eso no quiere decir que tiene el conocimiento real de las cosas de la enfermedad el pensador o el médico sabe el contexto integral de la enfermedad y de lo que se va a llevar por lo tanto nadie puede, ni el conciliador ni todos los que participen nadie puede decir ni prejuzgar sobre la actuación médica porque no han entrado en el fondo del asunto, porque no ha investigado y porque no se ha llevado la metodología para saber si fue o no una mala práctica”.
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	“Algo que pueda afectar al médico porque sabemos que en vía conciliación por conciliatoria por ser un medio compositivo”.
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	“En donde resuelven su asunto donde la comisión y ningún órgano pueda decir si fue una buena o una mala práctica podrá presumir o intuirlo, pero jamás podrá decir que existe”.
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	“Por eso no podemos proclamar ni juzgar ni intuir ni decir nada que afecte la honestidad y el buen comportamiento del médico”.
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	“No cubra esta medicina defensiva precisamente yo creo que es acertada la CONAMED y otros espacios afines para evitar precisamente esto”.

Lic. CONAMED	Medicina defensiva\Confianza en su trabajo	“Que el médico se sienta con la capacidad de transcribir si considera que debe de hacer”.
Lic. CONAMED	Medicina defensiva\Mejora ambiente	“No queremos generar problemas económicos porque subirán los costos de las medicinas, porque los usuarios tendrán que gastar muchísimo más en otras cosas”.
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	“Lo evitamos haciendo que el usuario acuda aquí a informarse a preguntar y a darse cuenta de que tal vez esté equivocado porque es la verdad”
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	“El médico debe de actuar, hacer su trabajo correctamente y no necesita técnicamente ningún tipo de seguro si su práctica es correcta y afirmada, lo que la ley marca, entonces no tiene por qué haber ningún problema.
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	“Cuando solo era cuestión de venir y platicar en una instancia como esta en donde se guarde la confidencialidad y no hay ningún problema donde se lleve a prejuizar y ahí es donde sabemos si hay o no la mala práctica”.
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	“Entonces ahí es donde se dan cuenta de que sus derechos estarán a salvo y tienen esa oportunidad de platica y dialogo sobre el asunto”.
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	“Va a venir a exponer sin mayor temor a nada porque no se va a prejuizar y tampoco se le va a calificar de ninguna manera entonces es importante porque la CONAMED y la precepción del médico es de, entonces aquí lo va a castigar entonces voy a traer a los abogados, pero también es desconocimiento de las instancias y de las instituciones”.
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	“Es una comisión que va a ayudar a que ellos encuentren un arreglo”.
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	“Debe haber una confianza del prestador de la salud para que sepa que se le va a dar una tranquilidad y eso le afecte menos”.
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	“Entonces el juicio es desgastante”
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	“No se sabe cuánto tiempo dura, todo depende de la fuerza del doctor porque yo puedo meter un amparo por esto, meter un amparo por lo otro y meter otro amparo, y la revisión, y no sé cuánto tiempo, es un desgaste económico y físico de las partes por lo tanto creo yo que sí causa temor el ver una práctica médica ya relacionada en un conflicto legal donde la incertidumbre es bastante a donde llega esto, creo que esto si causa un conflicto, un problema en el sujeto incluso tal vez hasta en su economía y sin embargo en medios alternos y en conciliación precisamente es lo que se trata de evitar que la gente venga con confianza”.
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	“Con profesionales a dirimir su controversia y si lo logra será un gran éxito y si no es así pues por lo menos lo intentó el desgaste créeme que el que sabe que los medios alternos y sabe de las vías tradicionales se dará cuenta ahí mismo lo que hay entre una cosa y la otra”.

Lic. CONAMED	Medicina defensiva	"No, hasta hoy a los veinte años de experiencia que tengo en esta institución no es conocido un solo caso de una persona que deje de ejercer su profesión por una queja o por simple temor de tenerla".
Lic. CONAMED	Medicina defensiva\Sabe ventajas	"Entonces esto me ayuda a mi lo que se ha platicado con estos prestadores es precisamente eso".
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	"Incluso desgaste al estado con un proceso más que quizá es innecesario para no venir acá entonces esto es para ayudar mucho".
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	"Que el medico venga y exponga esa respuesta sin que se exponga al mecanismo judicial porque como sea y con sus reformas y tal vez no deja de ser más intimidatorio que una vía extrajudicial".
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	"Entonces es exactamente lo opuesto en conciliación, en la conciliación no está aquí en calidad ni de indiciado, ni de enjuiciado, ni del presunto, no".
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	"Una igualdad de circunstancias con el usuario por guardar un equilibrio, una imparcialidad, una confidencialidad y si eso es un banquillo pues entonces cómo se diría".
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	"Que la CONAMED porque tenga esa información o esos documentos van a ser públicos o van a tomar una iniciativa de algo que no le corresponde o va a perder esa confidencialidad o lo que tiene que hacer viene al caso también lo que es la ley de transparencia por ejemplo".
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	"hacer documentos donde se le llama práctica médica, buen ejercicio de la práctica médica en donde dice cómo llevar acabo tal o cual procedimiento".
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	"Los ocupamos para no afectar definitivamente a nadie, ni al médico por supuesto, todo eso es confidencial".
Lic. CONAMED	Medicina defensiva	"Una queja es una percepción de alguien que dice que hubo algo mal entonces puede ser por ejemplo que un prestador de servicios médicos tenga veinte quejas o tal vez en medio año o tal vez en un año, el simple hecho de que las tenga a la CONAMED no le va a dar a entender que haya una mala práctica médica o que este doctor esté actuando mal, no, no puede prejuzgar lo que tiene que hacer es revisar esas quejas para darse cuenta cuál es la problemática de fondo entonces puede que si haya un médico por ahí que esté haciendo algunas cosas irregulares que por eso hay tanto cúmulo de quejas pero no podemos saberlo si no es que nosotros, vaya, revisemos todo eso para ya tener una oposición objetiva".
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	"Yo he escuchado comentarios positivos de "qué bueno que nos mencionan" y eso es un área de oportunidad para los médicos para venir a arreglarlo"
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva\Reconsidere trato	"Eso lleva a no cometer errores".

Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	“Ni pensar en el estrés por el que pasa la vía judicial más que nada porque está manchada su reputación ya que el acceso a la información es público y no es confidencial, o sea la repercusión no es tanta”.
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	“Lo veo más como una repercusión positiva”.
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	“Dudo que se vea afectado”.
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	“El principio de confidencialidad se salvaguarda a cabalmente, nosotros realmente promovemos los métodos alternos desde los pilares factores y entre ellos está la confidencialidad”.
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	“Por eso me pongo a pensar en cómo se va a ver afectado el auto concepto del médico después de la firma de un convenio de transacción si se cumple voluntariamente ese convenio, no tiene por qué verse afectado el auto concepto porque de esa manera queda reparado el daño”.
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	“Queda en partes salvo que la contraparte divulgue, pero estaría él iniciando una penalización hablando de cláusulas de confidencialidad”
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	“Todas, su nombre se pueda generar un nombre vamos a llamarle como una marca, como un marketing, si ya tiene”
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	“Pero si lo tiene lo que un médico va a hacer es que el paciente venga con nosotros si es que el paciente nos conoce porque como te mencionaba hace dos preguntas el principio de confidencialidad aquí se maneja, no se ve afectado el marketing”.
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	“Muy probablemente el médico que vino aquí por miedo muy probablemente vaya a ejercer una medicina defensiva”
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	“Pero no es lo que se busca por eso aquí se hace mucho énfasis o mucho hincapié que es un área de oportunidad para mejorar”
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	“Si lo hablas de conciliación como método alternativo suena ilógico y risorio”.
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	“Los médicos o alguien de responsabilidad civil que no están familiarizados con los métodos alternos, lejos de querer reparar el daño, lejos de querer el de las partes, lejos de querer hacer esto y hacer aquello lo entorpecen”.
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	“Yo creo que no es factible, es el seguro de responsabilidad civil contratarlo, no creo que sea factible”.
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	“Porque en la vía judicial sí necesitas una representación legal legítima, aquí no y no es posible, no creo que un médico contrate un seguro de responsabilidad civil para una conciliación”.
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva\Es difícil	“Sería prácticamente imposible para nosotros sí puede dejar su profesión temporal o definitivamente”.
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	“Hemos tenido muchas conciliaciones positivas que se llegan de diversas partes y por lo que he visto esas conciliaciones en particular tanto paciente como servicio médico salen muy conformes de la conciliación”

Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	“Se da cuenta que lo que se dice coloquialmente están saldados, es decir, siente, se ve al prestador del servicio médico, si firma ese convenio ellos se sienten ya libres, saben”.
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	“Es hacemos saber que el convenio de transacción es sin reconocer culpa, error, negligencia y mala práctica médica sino con la intención de solidarizarse con su paciente.
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	“Al ellos saber que están libres de culpa lo razonan ellos dicen claro que sí”.
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	“Vienen aquí a hacer la transacción del convenio que haya emanado lo hacen con gusto, te das cuenta y percibes que no se ve manchada su reputación”.
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	“Se dan cuenta que no se ve manchada su reputación “.
Lic. AA COESAMED	Medicina defensiva	“Se van con mucha retroalimentación en cuanto a la opinión de las personas se van contentos de aquí porque se van con aprendizaje y nadie se entera, paciente y médico únicamente, son una gran ventaja esos procedimientos”.
Dr. C COESAMED	Medicina defensiva	“Nosotros procuramos ser muy bastos con explicarle tanto al usuario como al médico o los médicos dejarles ver muy en claro que todos somos humanos que el médico no es un ser superior de ninguna manera, que la medicina no es una ciencia exacta, que nadie está excelso de cometer un error o de que las cosas resulten como se esperaban sin explicaciones muy sencillas”.
Dr. C COESAMED	Medicina defensiva	“Conseguimos que tomen las cosas de una manera natural y tranquila, que se vayan en santa paz, como quien dice”.
Dr. C COESAMED	Medicina defensiva	“Los asuntos lleguen a una conciliación que conozca a un acuerdo que sea satisfactorio para las partes en conflicto”.
Dr. C COESAMED	Medicina defensiva	“Las reacciones de lo que sucedió y sentirse vamos a decir relajado, en cuanto a estar dispuesto a manejar argumento”.
Dr. C COESAMED	Medicina defensiva	“Brindarles la confianza lo cual la acción o cual acuerdo pueda o no tener consecuencias sobre todo negativas”.
Dr. C COESAMED	Medicina defensiva	“El ambiente es tranquilo, no tratarlos con audiencias públicas porque los hacen sentir mal”.
COCCAM comisionados	Medicina defensiva	“Yo digo que es importante”.
COCCAM comisionados	Medicina defensiva	“En los periódicos, y es ahí donde se dice por qué ponen mi nombre en internet con el nombre del consultorio donde salga todo lo referente al médico y encima usen títulos como médico asesino, usó mala práctica con un niño cuando ni siquiera se tiene evidencia que sea una mala práctica y aun así sale en primera plana como negligencia y aunque digas tú que ya se determinó que no haya mala práctica es cuando sale la nota en la octava página y en chiquito es ahí donde no le dan la importancia que debe de tener el malentendido”.
COCCAM comisionados	Medicina defensiva	“Por ello se firma un acuerdo de confidencialidad en el momento en que se entra la etapa conciliatoria por ambas partes que una vez estando aquí no se puede ir a andar diciendo que el doctor hizo, el doctor dijo, el doctor me pagó, y es que tenemos una cláusula de confidencialidad, eso da mucha tranquilidad a los médicos de decir”.

COCCAM comisionados	Medicina defensiva	“Al médico lo haces su publicidad, su fama y es lo que tratamos de cuidar mucho, es lo mejor que le conviene porque si se va a juzgado ya sale el periodico al otro día”.
COCCAM comisionados	Medicina defensiva	“Empezar a hacer lo que sea conveniente para mejorar la relación y debe de haber tiempo porque como comentábamos el médico”.
COCCAM comisionados	Medicina defensiva	“Donde revisamos el expediente y decimos, oye te falta esto y aquello, y tenemos que cumplir ciertas normas porque a veces tú estás en tu consultorio, escribes en un papelito y le entiendes a tus garabatos y el paciente no te está entendiendo nada entonces yo creo que empieza a cambiar un poco más el irnos hacia lo defensivo”.

Anexo 8 a. Instrumento cuantitativo definitivo.

Género M F profesión: _____ Folio: _____
 especialidad: _____
 Tiempo de ejercer la profesión: _____ fecha: _____

Agradecemos su participación en el presente cuestionario, la información que nos proporcione será anónima y de gran utilidad para nuestra investigación. Considerando algún conflicto con pacientes o los familiares de los pacientes, por favor marque con una cruz el cuadro de los siguientes cuestionamientos acorde a su consideración.

Antes de iniciar el cuestionario, por favor indique, de acuerdo con su experiencia, ¿qué tipo de conflicto tuvo con su paciente?

a) Comunicación b) Trato c) Económico d) otro: por favor especifique

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Me siento decepcionado con mi profesión debido a este conflicto	1	2	3	4	5
2	He considerado dejar de trabajar a raíz de este conflicto	1	2	3	4	5
3	He considerado variar la forma de trabajar de aquí en adelante (número de pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio, etc.)	1	2	3	4	5
4	El conflicto con un paciente tuvo repercusiones en mi vida personal	1	2	3	4	5
5	A partir del conflicto ha cambiado mi gusto por ejercer mi profesión	1	2	3	4	5
6	Ahora tomo mayores precauciones legales (consentimiento informado, más pruebas complementarias, etc.) antes de atender a un paciente	1	2	3	4	5
7	He considerado comprar un seguro de responsabilidad civil	1	2	3	4	5
8	Considero que los sistemas de salud público o privado están preparados para el incremento de las reclamaciones legales por parte de los pacientes.	1	2	3	4	5
9	He cambiado mi forma de relacionarme con los pacientes	1	2	3	4	5
10	Considero que se están incrementando las denuncias por pacientes hacia el trabajo del personal del área médica	1	2	3	4	5
11	Considero que la confidencialidad del proceso de conciliación médica beneficiará en cierto modo mi ejercicio profesional	1	2	3	4	5
12	El conflicto me ha hecho pensar que no vale la pena seguir ejerciendo la profesión médica/odontológica	1	2	3	4	5
13	Siento que he perdido cualidades como profesionista del área médica	1	2	3	4	5
14	Estoy satisfecho(a) con las cosas que voy consiguiendo en el terreno profesional	1	2	3	4	5
15	Tengo temor de que este caso salga a la luz pública	1	2	3	4	5
16	Tengo conocimiento de colegas que se encuentran una situación similar	1	2	3	4	5
17	Si este caso se sube a las redes sociales me afectará profesionalmente	1	2	3	4	5
18	Me da confianza el proceso de conciliación ante la Comisión de Arbitraje Médico para hablar del presente conflicto por la confidencialidad con la que manejan el caso	1	2	3	4	5
19	Con la confidencialidad del proceso de conciliación se cuida mi prestigio	1	2	3	4	5

Anexo 8 b. Instrumento cuantitativo definitivo.

M	F
---	---

Folio: _____

Género _____ Profesión: ____ Especialidad: _____ Tiempo de ejercer la profesión: _____ fecha: _____

Agradecemos su participación, la información que nos proporcione será anónima y de gran utilidad para nuestra investigación. **Considerando un conflicto que usted haya tenido con algún paciente o los familiares de este, por favor marque con una cruz la respuesta que usted considere de acuerdo con los siguientes cuestionamientos, marcando 1 si está totalmente en desacuerdo y 5 si está totalmente de acuerdo.**

		Totamente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en	Un poco de acuerdo	Totamente de acuerdo
1	A partir del conflicto considero que mejoré mis trabajos profesionales	1	2	3	4	5
2	Mis colegas me consideran buen(a) profesionista	1	2	3	4	5
3	Me siento decepcionado con mi profesión debido a este conflicto	1	2	3	4	5
4	He considerado dejar de trabajar a raíz de este conflicto	1	2	3	4	5
5	He considerado variar la forma de trabajar a partir del conflicto (número de pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio, etc.)	1	2	3	4	5
6	El conflicto con un paciente tuvo repercusiones en mi vida personal	1	2	3	4	5
7	A partir del conflicto ha cambiado mi gusto por ejercer mi profesión	1	2	3	4	5
8	Ahora tomo mayores precauciones legales (consentimiento informado, más pruebas complementarias, tomo fotografías clínicas, etc.) antes de atender a un paciente	1	2	3	4	5
9	He considerado contratar (o contraté) un seguro de responsabilidad civil	1	2	3	4	5
10	Considero que los sistemas de salud público o privado, están preparados para el incremento de las reclamaciones legales por parte de los pacientes.	1	2	3	4	5
11	A partir del conflicto he cambiado mi forma de relacionarme con los pacientes	1	2	3	4	5
12	Considero que se están incrementando las denuncias por pacientes hacia el trabajo del profesional de área médica	1	2	3	4	5
13	Considero que la confidencialidad para tratar el conflicto beneficia en cierto modo mi ejercicio profesional	1	2	3	4	5
14	El conflicto me ha hecho pensar que no vale la pena seguir ejerciendo la profesión médica/odontológica	1	2	3	4	5
15	Siento que he perdido cualidades como profesionista del área médica	1	2	3	4	5
16	Estoy satisfecho(a) con las cosas que voy consiguiendo en el terreno profesional	1	2	3	4	5
17	Tengo temor de que este caso salga a la luz pública	1	2	3	4	5
18	Tengo conocimiento de colegas que se encuentran una situación similar	1	2	3	4	5
19	Considero estar preparado(a) para otro conflicto con un usuario de los servicios médicos	1	2	3	4	5
20	Si este caso se sube a las redes sociales me afectará profesionalmente	1	2	3	4	5
21	Conozco la importancia de que la Comisión de Arbitraje Médico maneje con total confidencialidad los casos de conflictos medico/odontólogo- paciente	1	2	3	4	5
22	Con la confidencialidad del proceso de conciliación se cuida mi prestigio	1	2	3	4	5

Por favor subraye, de acuerdo a su experiencia, qué tipo de conflicto tuvo con su paciente o algún familiar de este.a) comunicación b) trato c) económico d) otro: por favor especifique _____

Observaciones para el cuestionario:

Anexo 9. Carta de validación de instrumento cuantitativo por expertos de la conciliación médica.



Saltillo, Coahuila a 15 de mayo de 2018

OFICIO: COCCAM 212/2018

ASUNTO: **Comentarios al cuestionario para medir Efectos de la conciliación.**

**M.A.E. LUIS ANTONIO CORDOVA RIVERA
INVESTIGADOR EN FORMACIÓN Y CANDIDATO A DR. MASC
COORDINADOR DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PREPARATORIA B
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN.
P R E S E N T E.-**

En atención a su solicitud de colaboración para que esta Comisión le presente comentarios acerca del cuestionario para medir efectos de la conciliación entre el conflicto entre profesional de área médica y usuario servicio médico/odontológico, le informamos:

Esta Comisión, aplica el cuestionario en mención desde el mes de noviembre de 2017, a los prestadores de los servicios médicos, encontrando en un primer momento, la negativa de los mismos a su llenado, por indiferencia, falta de tiempo y molestia.

Ha sido tarea del área de la subcomisión médica permear el documento a los prestadores de los servicios médicos, explicándoles la importancia de los resultados para generar programas de resolución del conflicto médico legal.

Ahora bien, de los prestadores de servicios de salud que han aceptado el llenado del cuestionario, encontramos la aceptación del formato, en cuanto a contenido y fondo, resaltando la importancia del anonimato y del uso reservado y confidencial de la información para usos estrictamente académicos y de mejoras para la resolución del conflicto médico legal.

Se resalta, que el número de preguntas, planteamientos y las posibilidades de respuesta, son suficientes e idóneas para medir los efectos de la conciliación en el conflicto médico legal.

Los resultados del cuestionario y los posteriores comentarios de los prestadores de los servicios médicos, confirman la importancia del documento, al permitir al profesional

La Madrid No. 1940 Colonia Republica Oriente C.P. 25280 Saltillo, Coahuila
Teléfonos e fax (844) 415 57 38 (844) 415 57 79

Luce sin costo 01 800 570 9600

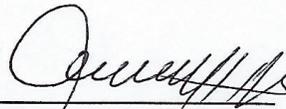
Página Internet: www.coccam.gub.mx Correo Electrónico: coccam@hotmail.com

médico descubrir sentimientos encontrados que en la academia son identificados como síndrome post-demanda.

El cuestionario en mención demuestra, que el M.A.E. Luis Antonio Córdova Rivera, conoce, identifica y practica la conciliación, generando datos duros que permitan contribuir a medir los efectos de la misma, ratificando los beneficios del Medio Alternativo de Solución de Controversias, para el profesional de la salud.

Finalmente, le reconocemos el intenso trabajo de investigación académica y de aplicación en el campo práctico que le permitirá generar importantes aportaciones a los Medios Alternos de Solución de Controversias en el campo médico legal.

ATENTAMENTE



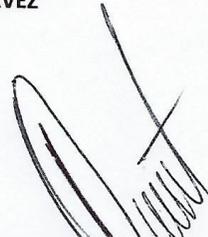
DR. MARIO SERGIO ORTEGA CHÁVEZ
COMISIONADO



COCCAM



DRA. SOFÍA GIL RODRÍGUEZ
SUBCOMISIONADA MÉDICA



LIC. OSCAR JAVIER PUENTE ALONSO
SUBCOMISIONADO GENERAL JURÍDICO