

# Análisis crítico de quejas CONAMED, 1996-2007

## **Critical analysis of CONAMED medical complaints**

Dr. Héctor Aguirre-Gas<sup>2</sup>, Dra. Esther Mahuina Campos-Castolo<sup>2</sup>,  
Dr. Arturo Carrillo-Jaimes<sup>3</sup>, Dra. Etelvina Zavala-Suárez<sup>2</sup>, Dr. Germán Fajardo-Dolci<sup>4</sup>

### Resumen

*Introducción.* CONAMED está dedicada a atender y resolver quejas que los usuarios de los servicios de salud presentan. Entre junio de 1996 y diciembre de 2007, se han atendido 182 407 asuntos. El objetivo de este estudio fue analizar las quejas presentadas para identificar los eventos adversos, sus causas y los riesgos que les dieron origen.

*Material y métodos.* Se realizó una investigación, documental, transversal, descriptiva y retrospectiva, analizando la información disponible en el Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED), tales como motivos y submotivos de quejas, problemas en la calidad de la atención y ocurrencia de eventos adversos, así como un análisis de costos.

*Resultados.* Del total de quejas atendidas, cerca de 90% se resolvieron mediante Orientación, aproximadamente 10% en Conciliación con atención médica o retribución económica y 2% en Arbitraje.

*Conclusiones.* En el SAQMED no existen variables específicas destinadas a identificar eventos adversos relacionados con fallas en los servicios de atención médica en las quejas que se atienden en CONAMED. *Rev CONAMED. 2008; 13 (2): 5-16.*

*Palabras clave.* Queja médica, error médico, seguridad del paciente.

### Abstract

*Introduction.* CONAMED is an institution dedicated to attend and resolve complaints of the users of the medical health services. Between June 1996 to December 2007, there were attended 182 407 matters. The objective of this study was to analyze the complaints to identify the adverse events, their causes and the risks that originated them.

*Material and methods.* a cross-sectional study was conducted to analyze information in the SAQMED, such as motives of complaints, problems in quality of attentions and frequency of adverse events, as well as a cost analysis.

*Results.* Of the total of complaints almost 90% were solved with an Orientation, approximately 10% were conciliated by medical attention or an economic retribution and 2% were submitted to the Arbitration process.

*Conclusions.* In the SAQMED there are not exist specific items how to identify adverse events related to mistakes in the services of medical attention in the complaints that are taken care of in CONAMED.

*Key words.* Medical complaints, medical errors, patient safety.

<sup>2</sup> Dirección de Investigación, CONAMED; <sup>3</sup> Dirección de Difusión, CONAMED; <sup>4</sup> Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.



## Introducción

Desde el inicio de operaciones de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED),<sup>1</sup> se ha llevado a cabo un registro sistemático de los eventos ocurridos y de la productividad alcanzada, con el propósito de llevar un control preciso de su desempeño, a través del Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED), mismo que emite un informe anual y puede ser consultado en la página de Internet de la CONAMED.

La explotación de la información existente ha sido utilizada con éxito en los procesos de Certificación del Sistema I.S.O. 9001-2000; sin embargo, los beneficios posibles, para identificar los problemas relacionados con deficiencias en la calidad de la atención y en la seguridad del paciente, han sido insuficientes.

Si tenemos en cuenta la Misión de la CONAMED que indica: *“Somos una Institución Pública que ofrece medios alternos para la solución de controversias derivadas de la atención a la salud y promueve la prestación de servicios de calidad entre usuarios y prestadores, mediante procesos que operan bajo estándares de calidad nacionales e internacionales”*, estamos comprometidos a utilizar los medios que se encuentren a nuestro alcance, para identificar los problemas de calidad y seguridad en la prestación de los servicios de salud, que dan lugar a las quejas médicas, prevenir los riesgos y mejorar el desempeño en los servicios de salud.

Para el cumplimiento de esta Misión, la CONAMED cuenta con dos Subcomisiones, la Médica y la Jurídica. De la Subcomisión Médica dependen dos Direcciones, la de Orientación y Gestión y la de Conciliación.

La Dirección de Orientación y Gestión tiene como responsabilidad la recepción y toma de conocimiento de los asuntos presentados por la ciudadanía y procede a otorgar la orientación que se considere necesaria y en su caso hacer la gestión que proceda, ante los servicios de salud, para promover la solución del problema presentado. En ocasiones se requiere convocar al médico tratante, para que otorgue la información que se requiera al promovente de la queja y al personal de la CONAMED. Los asuntos que a este nivel no hubieran quedado resueltos son referidos a la Dirección de Conciliación.

En la Dirección de Conciliación, se procede al análisis del caso, se convoca al médico tratante y a las personas promoventes de la queja y se procura lograr un acuerdo amigable entre ellos. Con frecuencia este arreglo lleva implícito el otorgamiento al promotor de la queja de pago por indemnización, la condonación de adeudos o el otorgamiento de los servicios requeridos. En caso de no lograrse el acuerdo, el caso es turnado al Área de Arbitraje, donde se emite el laudo correspondiente, con validez jurídica.

Adicionalmente, el personal médico y abogados de la CONAMED, emiten dictámenes a solicitud de instancias oficiales, como las procuradurías de justicia, en casos en que

exista duda de la existencia de mala práctica por los prestadores de los servicios de salud.

Derivado de la Misión de la CONAMED, hemos propuesto como concepto de calidad, enfocado desde la perspectiva de los pacientes, el siguiente: *“Otorgar atención médica al paciente, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y apego a los principios éticos de la práctica médica, que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas”*.

Dentro de este concepto podemos identificar elementos que es conveniente destacar para los fines de este estudio:

- a) Las quejas se generan por insatisfacción de los pacientes y/o sus familiares, tanto con el proceso y los resultados de la atención, como con la satisfacción de sus expectativas.
- b) La prestación de los servicios con calidad, incluye a todos los elementos del concepto mencionado, como son: oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica en el proceso, así como la satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas en los resultados.
- c) La falta de cuidado en alguno de los elementos del concepto de calidad, puede dar lugar a una queja, con o sin la ocurrencia de una falla en la seguridad del paciente, que ocasione un evento adverso.
- d) Las quejas, las fallas en la seguridad y los eventos adversos, pueden ocurrir tanto por problemas en las instalaciones, en los equipos y en su mantenimiento, como en la organización y en el desempeño del personal de salud.
- e) Para lograr el propósito señalado en la Misión de la CONAMED, se hace necesario conocer las fallas en la calidad de la atención, sus causas y los riesgos que las originaron, con el propósito de generar acciones para promover una atención médica con calidad.

Como paso inicial para lograr los objetivos mencionados, se realiza el análisis crítico de los datos disponibles, con el fin de obtener de ellos la información requerida para llegar a un diagnóstico situacional de las quejas, su frecuencia, los principales motivos que las generan, el personal involucrado y sus demandas y a través de ello tratar de conocer los principales problemas de calidad y seguridad en la atención a los pacientes.

En función de las limitantes que hubieran sido identificadas en este proceso, proponer a la Subcomisión Médica, a la Dirección General de Calidad e Informática y al SAQMED, llevar a cabo las modificaciones necesarias en la captación primaria y procesamiento de la información, con el propósito de avanzar en la integración de una base de datos más completa, que permita satisfacer los requerimientos de las nuevas políticas de la CONAMED, como

órgano promotor de la calidad en los servicios de salud y obtener productos útiles en materia de información sobre calidad y seguridad, que permitan, mejorar los procesos de investigación y obtener conocimientos útiles para promover su mejora continua y mayor seguridad en la atención a los pacientes, en apego a los parámetros internacionalmente aceptados para la evaluación de la calidad y prevención de eventos adversos.

Uno de los compromisos de la CONAMED como parte del Sistema Nacional de Salud, es identificar los problemas de calidad de la atención médica y de riesgos a la seguridad de los pacientes, en la prestación de los servicios de salud, que originan las quejas médicas, para prevenir los riesgos y mejorar el desempeño en los servicios de salud.

La información que se considera relevante se clasifica en dos ámbitos principalmente:

- a) Identificación de problemas de calidad como son: retraso en la atención, solución al problema de salud, mala práctica, problemas con los equipos o los medicamentos, comunicación médico-paciente, trato respetuoso y trato amable.
- b) Identificación de eventos adversos como: caídas de pacientes, infecciones nosocomiales, complicaciones médicas o quirúrgicas, errores de sitio quirúrgico, administración errónea de medicamentos, errores en la identificación de pacientes, trauma obstétrico y otros.

En la actualidad el liderazgo sobre este tema, lo tiene la "Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente", de la cual México forma parte. Esta Organización ha tomado como guía las denominadas "soluciones prioritarias", en las que se enfatiza la necesidad de poner atención especial en medicamentos con nombre parecido, la identificación del paciente y la comunicación del personal de salud durante la entrega de pacientes, entre otros. Se ha lanzado una gran campaña para mejorar la higiene de las manos.

Es necesario determinar qué datos se requieren para que el SAQMED, contenga la información, suficiente y disponible con oportunidad, para la realización de investigación en materia de calidad y seguridad del paciente, que permita identificar los riesgos, las fallas del sistema, los errores, en forma similar a lo que se realiza a nivel internacional y así estar en condiciones de retroalimentar al Sistema de Salud. Conforme a los resultados obtenidos, se identificarán los requerimientos de información que permitan realizar una investigación útil para los propósitos de la CONAMED.

El objetivo de este estudio es realizar un análisis crítico de la información derivada de las quejas presentadas ante CONAMED, con el propósito de elaborar un diagnóstico situacional actualizado de su frecuencia, características de la población que las presenta, especialidades involucradas, motivos de queja, frecuencia de mala práctica, gastos

derivados de la resolución, calidad con que se otorga la atención médica, eventos adversos que las generaron, sus causas y los riesgos que las originaron.

## Material y métodos

Se trata de una investigación de tipo documental, transversal, descriptivo y retrospectivo, cuyo enfoque es diagnóstico-situacional, con propósitos de investigación y evaluación de la calidad de la atención médica y seguridad de los pacientes.

Se realizó un análisis de una base de datos de Excel, que se obtuvo a partir del censo de la información disponible en el SAQMED, proporcionada por la Dirección General de Calidad e Informática de la CONAMED.

Se incluyó toda la información disponible en el SAQMED, relacionada con las quejas atendidas en el período 3 de junio de 1996 al 31 de diciembre de 2007, que ya han sido concluidas por las áreas sustantivas.

Las variables se definieron en función de los siguientes documentos:

- a) Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
- b) Modelo Mexicano de Arbitraje Médico.<sup>2</sup>
- c) Procedimientos Operativos de Proceso del Sistema de Gestión de Calidad de la CONAMED.<sup>3</sup>

Se describe la distribución diferencial de las quejas clasificadas conforme a las siguientes variables:

1. Frecuencia.
2. Grupo Institucional.
3. Estado de la República donde se atendió al paciente (ubicación de la unidad médica).
4. Género del usuario (paciente).
5. Representación del paciente por familiares.
6. Especialidad del caso:
  - a) A nivel del proceso de conciliación.
  - b) A nivel del proceso de arbitraje.
  - c) Especialidad reportada.
7. Motivos y submotivos de quejas
8. Pretensiones de los promoventes de la queja.
9. Área de conclusión.
10. Resultados del análisis.

Se analiza además la relación de los motivos y submotivos de quejas, con problemas en la calidad de la atención y ocurrencia de eventos adversos.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis de los montos erogados para concluir los casos a través de conciliación y arbitraje.



El manejo estadístico se realizó mediante frecuencias simples, proporciones y medidas de tendencia central, capturadas en Excel™ y analizadas en SPSS™.

El resguardo de la información documental recopilada se realizó conforme a las obligaciones como servidores públicos de los funcionarios de la CONAMED y en concordancia con los valores institucionales.

## Resultados

De junio de 1996 a diciembre de 2007 se ha recibido en CONAMED, un total de 182 407 asuntos; de ellas, 159 097 (87.22%) fueron resueltas en el Área de Conciliación, mediante información, orientación y gestiones, ante los médicos y las instituciones, 4 867 correspondieron a dictámenes (2.67%), restando 18 443 asuntos no resueltos en este primer nivel, que fueron turnadas al Área de Conciliación (Cuadro 1).

**Cuadro 1. Quejas presentadas ante CONAMED y modalidad de resolución, 1996-2007**

Quejas	Número de quejas	Por ciento
Asuntos presentados ante CONAMED	182 407	100
Asuntos resueltos en el Área de Orientación	159,097	87.22
Dictámenes	4,867	2.67
Quejas presentadas al Área de Conciliación	18,443	10.11

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

Del total de 18 443 quejas (100%) que fueron transferidas al Área de Conciliación, en 8 820 (47.82%) se logró la solución por conciliación entre las partes, auspiciada por CONAMED, en tanto que en el resto, 5 695 (30.88%), no se logró este propósito. En 1 991 (10.80%) quejas el asunto se dio por concluido, por abandono por falta de interés procesal por parte del promovente de la queja y 540 quejas se declararon irresolubles. Únicamente 433 (2.35%) fueron referidas al Área de Arbitraje, habiéndose emitido el laudo correspondiente en 100% de los casos (Cuadro 2).

**Cuadro 2. Quejas turnadas a Conciliación y modalidad de resolución, 1996-2007**

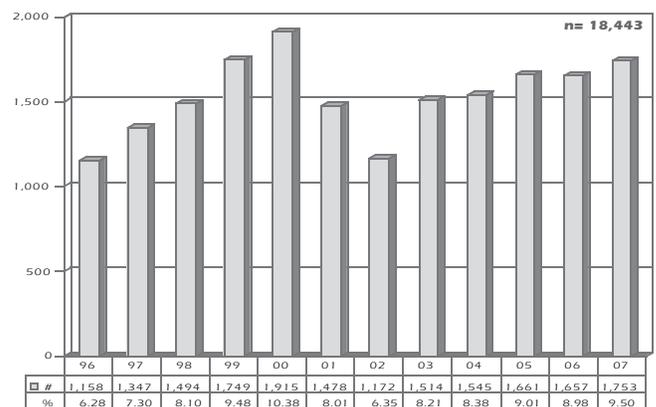
Quejas	Número de quejas	Por ciento
Quejas turnadas al Área de Conciliación	18 443	100
Quejas conciliadas	8 820	47.82
Quejas no conciliadas	5 695	30.88
Quejas concluidas por falta de interés procesal	1 991	10.80
Quejas irresolubles	540	2.93
Quejas referidas a Arbitraje	433	2.35
Otras	964	5.35

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

De 1996 y hasta 2007 inclusive, se han recibido en CONAMED un promedio anual de 17 314 asuntos. La cifra más alta se alcanzó en el año 2000, con 1 915 asuntos.

De los 182 407 asuntos recibidos se han desprendido, como se mostró en el Cuadro 1 un total de 18 443 quejas. Desde 2003 las cifras se han mantenido por arriba de 1 500 asuntos presentados por año; sin embargo, en 2007, se alcanzó la segunda cifra más alta con 1 753. Desde 2002, existe una tendencia constante, en forma ascendente hasta 2007 inclusive (Fig. 1).

A través del análisis de la entidad federativa donde se originaron las quejas, se muestra que más de la mitad de las 18 443 quejas presentadas ante CONAMED, corresponden a quejas generadas en unidades médicas del Distrito



**Figura 1. Número de quejas, 1996-2007**

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

Federal 10 630 (57.6%), mismas que unidas a las correspondientes al Estado de México 2 232 (12.10%), integran casi 70% del total.

El resto de los estados presentan quejas con muy poca frecuencia ante CONAMED, probablemente por haberlas presentado y resuelto en su estado de origen. La cercanía geográfica del Estado de México con el Distrito Federal, facilita su presentación en las oficinas centrales (Cuadro 3).

**Cuadro 3. Clasificación de las quejas por entidad de ubicación de la unidad médica**

Entidad	Número de casos	Por ciento
Distrito Federal	10 630	57.64
Estado de México	2 232	12.10
Otros estados	5 581	30.26
<b>Total</b>	<b>18 443</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

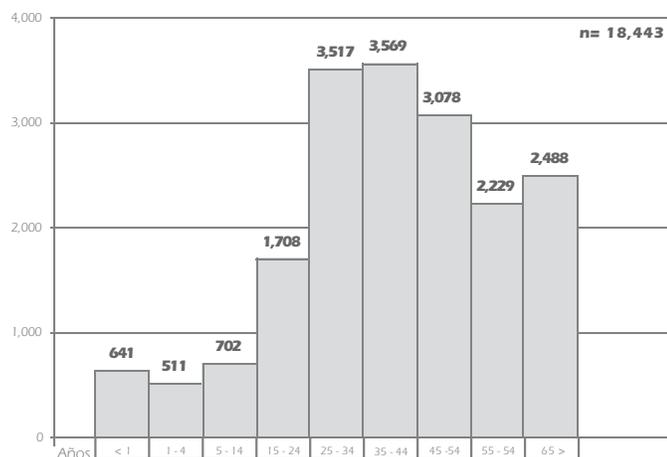
La institución que generó el mayor número de quejas ante CONAMED fue el I.M.S.S., encontrándose a continuación los servicios médicos privados y el I.S.S.S.T.E. Se puede considerar que existen dos factores que contribuyen a esta información, por una parte, el número significativamente mayor de atenciones que se otorgan en el I.M.S.S. y por otra parte, al igual que en el I.S.S.S.T.E. y en los servicios médicos privados, porque se trata de personas con un empleo formal, con un nivel sociocultural mayor, que los ubica en condiciones de manifestar sus inconformidades, a través de una queja (Cuadro 4).

**Cuadro 4. Frecuencia de las quejas por institución**

Institución	Número de casos	Por ciento
I. M. S. S.	9 302	50.44
Servicios médicos privados	4 759	25.80
I. S. S. S. T. E.	2 841	15.40
Hospitales federales de la Secretaría de Salud	536	2.91
Gobierno del Distrito Federal	229	1.24
Otros	776	4.21
<b>Total</b>	<b>18 443</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

El grupo etáreo en que se presentan quejas con mayor frecuencia está entre los 31 y los 40 años, en buena medida porque es en este grupo donde está la mayor proporción de atenciones por ser personas que con mayor frecuencia pueden tener la opción de quejarse. En el grupo de 0 a 10 años se observa una mayor frecuencia que en el siguiente grupo,



**Figura 2. Distribución por edad**

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

probablemente derivada de la atención a los recién nacidos (Fig. 2). El análisis de la frecuencia de quejas en pacientes de 10 años y menores, corrobora que es en los menores de un año donde se presenta el mayor número de quejas, muy probablemente atribuibles a los problemas del recién nacido y en la etapa perinatal (Fig. 3).

En cuanto a la distribución de la presentación de quejas por género, se presenta una mayor proporción de quejas en el género femenino con 10 705 (58%) contra 7 738 en el masculino (42%). Del total de 18 443 quejas, 10 290 (56%), fueron presentadas por representantes y 7 848 (42%) por el propio paciente afectado; en 305 casos (2%) no se registró el promovente de la queja. La mayor parte de las 7 488 quejas presentadas por personas diferentes al paciente, correspondieron a las presentadas a través de los padres (31.83%), del cónyuge (25.97%), los hijos (22.03%), hermanos (5.85%) o por otros (14.33%).

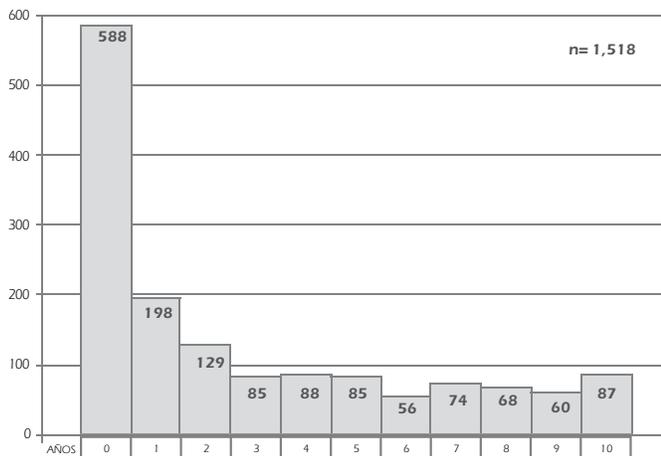


Figura 3. Distribución por edad en menores de 10 años

A través de la información disponible en CONAMED, la frecuencia con que los médicos motivan a los pacientes o sus familiares para presentar una queja en contra de sus colegas, alcanza el 7.4%. De las 18 443 quejas que no fueron resueltas mediante los Servicios de Orientación y Gestión de la CONAMED y fueron transferidas al Área de Conciliación para su análisis, se procedió en primera instancia a identificar las principales especialidades involucradas con mayor frecuencia en las quejas en el Área de Conciliación. Se excluyen 9 437 casos (51.17%) en que no se registra la especialidad. De las 9 006 quejas restantes (48.83%), destacan los servicios de ortopedia y traumatología, urgencias médicas, cirugía general, ginecología y medicina familiar, haciendo pensar que es en las especialidades quirúrgicas y las áreas de primer contacto con el paciente, como urgencias, admisión obstétrica y recepción de pacientes traumatizados, donde se presentan los principales conflictos que generan quejas (Cuadro 5).

**Cuadro 5. Clasificación de las quejas por especialidad en el Área de Conciliación**

Especialidad	Número de casos	Por ciento
Ortopedia y traumatología	1 024	11.37
Urgencias médicas	871	9.67
Cirugía general	807	8.96
Ginecología	776	8.62
Medicina familiar	576	6.40
Oftalmología	508	5.64
Obstetricia	463	5.14
Urología	268	2.98
Urgencias quirúrgicas	208	2.31
Medicina interna	188	2.09
Pediatría	173	1.92
Otros	520	5.77
No clasificada	2 624	29.14
<b>Total</b>	<b>9 006</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

De las 18 443 quejas atendidas en Conciliación, se turnaron al Área de Arbitraje 856 (4.64%), con base en no haber logrado la solución del problema, por tratarse de situaciones con mayor complejidad. Las especialidades más frecuentes en Arbitraje fueron especialidades quirúrgicas, dentro de las cuales predominaron ginecología, ortopedia y traumatología, cirugía general, odontología, oftalmología y cirugía plástica y estética (Cuadro 6).

En cuanto a la especialidad reportada, se analizó un total de 8 881 casos, apareciendo como las especialidades involucradas con mayor frecuencia las correspondientes a cirugía y a atención de primer contacto: cirugía general, ginecología, urgencias médicas y ortopedia general, siendo válido el análisis hecho en cuadros previos.

En cuanto al tipo de atención otorgada, los principales motivos generales que generaron quejas, se refirieron a inconformidades con el tratamiento quirúrgico o con el tratamiento médico, sumando entre ambos casi 70%, seguidos de inconformidades con el diagnóstico y con la atención del parto y puerperio; con cifras menos significativas se señalaron otras causas (Cuadro 7).

**Cuadro 6. Clasificación de las quejas por especialidad en el área de arbitraje**

Especialidad	Número de casos	Por ciento
Ginecología	124	14.49
Ortopedia y traumatología	124	14.49
Cirugía general	122	14.25
Odontología	87	10.16
Oftalmología	67	7.83
Cirugía plástica y estética	33	3.86
Neurología	29	3.39
Otorrinolaringología	17	1.99
Otros	253	29.56
<b>Total</b>	<b>856</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

**Cuadro 7. Clasificación de las quejas conforme al motivo general**

Tipo de atención	Número de casos	Por ciento
Tratamiento quirúrgico	6 923	37.54
Tratamiento médico	5 737	31.11
Diagnóstico	3 732	20.24
Atención del parto y puerperio	956	5.18
Otros	1 095	5.94
<b>Total</b>	<b>18 443</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

Con el propósito de precisar la información relativa a las quejas, se identificaron los motivos específicos señalados por los promoventes de la queja. En primera instancia se advierte que el motivo específico, no se presentó o no se registró en casi la mitad de los casos (49.7%). En los 9 463 asuntos en que sí se registró el motivo específico de la queja, se observa que existe una proporción importante de insatisfacción con el proceso de atención, desde falta de oportunidad, error en el diagnóstico, insatisfacción con los resultados obtenidos, complicaciones, secuelas y eventos adversos, con mayor frecuencia en los procedimientos quirúrgicos (Cuadro 8).

**Cuadro 8. Clasificación de las quejas conforme al motivo específico**

Submotivo inicial	Número de casos	Por ciento
Diagnóstico erróneo	1 215	12.84
Resultados no satisfactorios	996	10.51
Tratamiento inadecuado	982	10.38
Diferimiento en el tratamiento quirúrgico	790	8.35
Tratamiento no satisfactorio	762	8.05
Secuelas del tratamiento quirúrgico	666	7.04
Complicaciones postquirúrgicas	480	5.07
Diferimiento del tratamiento médico	472	4.99
Técnica quirúrgica inadecuada	279	2.95
Omisión del diagnóstico	263	2.78
Accidentes e incidentes	248	2.62
Diagnóstico inoportuno	227	2.40
Secuelas de tratamiento	196	2.07
Complicaciones quirúrgicas en el transoperatorio	24	1.31
Efectos sobre la salud de la madre	121	1.28
Otros	1 643	17.36
<b>Total</b>	<b>9 463</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.



A través del análisis documental de 7 527 quejas en el Área de Conciliación, se dictaminó que en 4 644 (61.70%), no existió mala práctica y en 1 752 (23.28%) sí existió mala práctica; en 1 131 (15.03%) quejas no fue factible determinar la existencia o no de mala práctica. En el Área de Arbitraje se revisaron 495 quejas, de ellas en 250 (50.51%) no existió evidencia de mala práctica, en tanto que en 241 (48.69%) sí la hubo.

En cuanto a los dictámenes, se emitieron un total de 8 706, en 5 632 (61.59%) no se determinó que hubiera existido mala práctica y en 2 154 (24.73%) sí la hubo; en 1 190 dictámenes (13.67%) no se contó con elementos suficientes para afirmar o negar mala práctica (Cuadro 9).

**Cuadro 9. Resultado del análisis documental de las quejas, 2002-2007**

Calidad de la práctica	Conciliación		Arbitraje		Dictámenes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin evidencia de mala práctica	4 644	61.70	250	50.51	5 362	61.59
Con evidencia de mala práctica	1 752	23.28	241	48.69	2 154	24.74
Sin elementos	1 131	15.03	4	0.81	1 190	13.67
<b>Total</b>	<b>7 527</b>	<b>100</b>	<b>495</b>	<b>100</b>	<b>8 706</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

En el mismo periodo 2002-2007 se analizó el tiempo que tomó la resolución de los casos con evidencia de mala práctica, por modalidad de resolución, observándose periodos muy prolongados, hasta de 564 días en casos que requirieron la emisión de un laudo, 284 días en casos de improcedencia y 275 días en casos de amigable composición (Cuadro 10).

**Cuadro 10. Días empleados para concluir quejas con evidencia de mala práctica, por modalidad de resolución (2002-2007)**

Modalidad de resolución	Días
Laudo	564
Improcedencia	284
Amigable composición	275
Fallecimiento	191
Acumulación de autos	179
No conciliación	174
Conciliación	167
Falta de interés procesal	148

Fuente: Dirección General de Conciliación. CONAMED.

De las 18 443 quejas presentadas en 16 392 (91.81%) casos se tenía pretensión única, en 1 036 (5.62%) dos pretensiones, y en menor proporción tres, cuatro o más pretensiones (5.5%).

Los usuarios que presentan una queja, con mayor frecuencia solicitan el reintegro de los gastos erogados en atención en servicios médicos privados (50.77%), como consecuencia de una negativa de atención, o atención de calidad deficiente que los hubiera motivado a abandonar los servicios (habitualmente públicos). En segunda instancia se reclama una indemnización por los daños ocasionados como consecuencia del proceso de atención médica (39.68%), la prestación de servicios que no hubieran sido otorgados (2.66%) o el pago por daños y perjuicios (2.31%). Otro grupo de personas requiere que se otorguen los servicios que se hubieran negado o que no hubieran sido proporcionados con calidad suficiente. Destacan dentro de las pretensiones los usuarios que se quejan con el fin de dinero para resarcir los daños producidos (Cuadro 11).

Cuadro 11. Pretensiones de los promoventes de las quejas

Pretensión principal	Número de casos	Porcentaje
Reintegro de gastos	5 132	50.77
Indemnización	4 011	39.68
Tratamiento médico especializado	269	2.66
Pago de daños y perjuicios	234	2.31
Explicación médica especializada	129	1.28
Atención médica	118	1.17
Otros	215	2.13
Total	10 108	100

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

Se llevó a cabo un análisis de los montos erogados para concluir los casos a través de conciliación y arbitraje conforme a sus diferentes conceptos, en cada una de las Áreas de Conciliación y Arbitraje durante los años de 2001 a 2007. Se observó que los costos más importantes correspondieron a las indemnizaciones, alcanzando en total \$ 29 234 281 pesos, con un promedio por caso de \$ 96 802 pesos, correspondiendo la mayor proporción al Área de Conciliación (\$ 28 487 468). En lo referente al reembolso de gastos se erogó un total de \$ 20 700 985 pesos, con un promedio por caso de \$ 21 059 pesos, de los cuales al Área de Conciliación correspondieron \$ 17 998 513. El costo total de lo reintegrado o pagado a los pacientes fue de \$ 52 802 668 pesos, con un costo promedio por caso de \$ 17 290 pesos (Cuadro 12).

Aunque la proporción del gasto erogado corresponde en mayor proporción al Área de Conciliación, con un promedio de 93.13%, en el gasto total, en el gasto promedio por caso los valores más altos corresponden en general al Área de Arbitraje, con 132% más alto en el total y 92% por concepto de reembolso de gastos. En el concepto de indemnizaciones, los valores son similares (Cuadro 12).

Cuadro 12. Costo del cumplimiento de compromisos por tipo de reintegro, 2003-2007

Concepto	Área	Número de casos	Promedio de pesos por caso	Total de pesos
Atención especializada	Conciliación	484	2 052	993 132
	Arbitraje	3	0	0
	<b>Promedio</b>	<b>487</b>	<b>2 039</b>	<b>993 132</b>
Reembolso de gastos	Conciliación	912	19 735	17 998 513
	Arbitraje	71	38 063	2 702 472
	<b>Promedio</b>	<b>983</b>	<b>21 059</b>	<b>20 700 985</b>
Indemnización	Conciliación	294	96 896	28 487 468
	Arbitraje	8	93 352	746 813
	<b>Promedio</b>	<b>302</b>	<b>96 802</b>	<b>29 234 281</b>
Condonación de adeudo	Conciliación	24	21 111	506 665
	Arbitraje	0	0	0
	<b>Promedio</b>	<b>24</b>	<b>21 111</b>	<b>506 665</b>
Otros	Conciliación	1 246	952	11 186 746
	Arbitraje	12	15 072	180 859
	<b>Promedio</b>	<b>1 285</b>	<b>1 087</b>	<b>11 367 605</b>
Total	Conciliación	2 960	16 612	49 172 524
	Arbitraje	94	38 619	3 630 144
	<b>Promedio</b>	<b>3,054</b>	<b>17,290</b>	<b>52 802 668</b>

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

Al analizar los gastos por concepto de cumplimiento de compromisos por año, durante el periodo 2003-2007, se observa que en el Área de Conciliación el número de casos por año muestra tendencia a disminuir a partir de 2004, de 749 a 471 en 2007, en tanto que el gasto ha estado estable entre \$ 9 542 327 y \$ 11 593 951 pesos. Sin embargo, el gasto promedio por caso, se ha incrementado de 2003 a 2007, de \$11 401 pesos a \$ 24 235 pesos (Cuadro 13).

En el Área de Arbitraje el número de casos muestra tendencia al incremento, de 8 en 2003 a 25 en 2007 y del gasto, de \$ 233 973 pesos a \$ 3 360 144 en 2007, con un incremento en el gasto por caso de \$ 29 247 a \$ 47 361 (Cuadro 13).



**Cuadro 13. Costo del cumplimiento de compromisos por año, 2003-2007**

Año	Área	Número de casos	Promedio de pesos por caso	Total de pesos
2003	Conciliación	680	11 401	7 752 626
	Arbitraje	8	29 247	233 973
	Promedio	688	11 608	7 986 599
2004	Conciliación	740	15 105	11 177 369
	Arbitraje	21	34 877	732 411
	Promedio	761	15 650	11 909 780
2005	Conciliación	564	15 815	8 919 707
	Arbitraje	16	38 914	622 620
	Promedio	580	16 452	9 542 327
2006	Conciliación	515	20 833	10 728 871
	Arbitraje	24	35 713	857 107
	Promedio	539	21 495	11 585 978
2007	Conciliación	461	22 980	10 593 951
	Arbitraje	25	47 361	1 184 033
	Promedio	486	24 235	11 777 984
Total	Conciliación	2,960	16 612	49 172 524
	Arbitraje	94	38 619	3 360 144
	Promedio	3,054	17 290	52 802 668

Fuente: Dirección General de Conciliación, CONAMED

## Discusión

De junio de 1996 a diciembre de 2007, se ha recibido en CONAMED un total de 182 407 quejas, que promedian 15 861 por año. El 90% se resolvieron mediante orientación y gestión; de las restantes, en casi 50% se logró la conciliación de las partes, habitualmente a través de otorgar la atención requerida o algún pago al promovente, por la instancia acusada. De las quejas no resueltas inicialmente, sólo 433 (2.35%) fueron sujetas a un proceso de arbitraje y emisión de un laudo.

Como puede observarse, del total de quejas presentadas ante CONAMED, solamente 10%, tuvieron la trascendencia necesaria para entrar al proceso de conciliación y arbitraje, habiéndose logrado su conciliación en cerca de la mitad de ellas.

Adicionalmente CONAMED recibe solicitudes para elaborar dictámenes a través de evaluación documental, mismos que alcanzaron la cifra de 8 706 casos, estando en proceso de dictamen otros 69.

El mayor número de quejas se recibió en el año 2000, con 1 915, descendiendo a 1 172 en 2002, observándose desde entonces una tendencia al incremento hasta 2007 en que se presentaron 1 763.

Se carece de elementos objetivos suficientes para determinar si esta tendencia, representa un deterioro de la calidad de la atención, o una mayor confianza en CONAMED, para buscar una solución alternativa de los conflictos derivados del proceso de atención médica. Sería deseable que estas cifras aumentaran a expensas de los casos que se ventilan por la vía legal y tratar de llegar a una amigable composición, en lugar de un conflicto legal.

Casi 70% de las quejas presentadas ante CONAMED, corresponden al Distrito Federal y Estado de México, probablemente por su cercanía geográfica con las oficinas centrales. A través de esta información no es factible hacer un juicio acerca de la calidad con que se otorga la atención médica en los diferentes estados de la República.

La mitad de las quejas presentadas correspondieron al I.M.S.S. y una cuarta parte a servicios médicos privados, con 15% para el I.S.S.S.T.E.; los pacientes a cargo de la Secretaría de Salud, presentaron pocas quejas en CONAMED.

Cabe considerar que el I.M.S.S. atiende a casi 50% de la población del país con una demanda satisfecha de atención muy superior al resto de instancias evaluadas. Adicionalmente tanto en el I.M.S.S. como en el I.S.S.S.T.E. existen estructuras institucionales que facilitan la presentación de una queja en la propia Institución. La población que acude a los servicios médicos para población abierta de la Secretaría de Salud o del Gobierno del Distrito Federal, habitualmente por su bajo nivel socioeconómico y educativo, es más "paciente" y no presenta quejas. Esta información no es suficiente para obtener conclusiones válidas acerca de la calidad con que se otorgan los servicios en las diferentes instituciones de salud.

El mayor número de quejas se presenta entre los 25 y 64 años de edad, por pacientes del género femenino, en buena medida porque es en estos grupos donde está la mayor proporción de atenciones otorgadas y por ser personas que con mayor frecuencia pueden tener la opción de quejarse. No se considera que existan problemas de equidad de género que determinen una menor calidad de la atención al sexo femenino. En el grupo de 0 a 10 años se observa una

mayor frecuencia que en el siguiente grupo, probablemente derivada de la atención a los recién nacidos.

Del total de quejas, 56% fueron presentadas por representantes del paciente afectado y 42% por el propio paciente. Los representantes habituales de los pacientes fueron los padres, el cónyuge y los hijos.

Dependiendo de la edad del paciente y de la afectación en la salud que pudiera tener, con frecuencia la queja no puede ser presentada por el propio paciente afectado, sino por un representante. Tal es el caso de los menores de edad y de los ancianos, así como de los pacientes que por sus condiciones de salud, no pueden asistir a realizar los trámites inherentes a una queja.

Se ha mencionado con frecuencia que una proporción importante de las quejas son promovidas y asesoradas por médicos, que abiertamente critican el desempeño de sus colegas, que hubieran atendido previamente a los pacientes. En CONAMED esta situación alcanzó 7.4%, situación que indudablemente traduce un deterioro importante de la ética profesional.

En cuanto a la especialidad de origen de las quejas, destacan los servicios quirúrgicos, los servicios de urgencias, en menor proporción los médicos familiares y las especialidades médicas, sin que en este momento sea factible caracterizar los eventos adversos, las causas que les dieron origen y estar en condiciones de generar las medidas preventivas y correctivas requeridas.

Próximamente estaremos en condiciones de determinar los problemas de calidad y seguridad que ocasionaron las quejas y los eventos adversos, una vez que se concluya el desarrollo de una nueva base de datos, congruente con las nuevas políticas de la CONAMED, para promover la calidad de la atención médica y la seguridad de los pacientes.

Los principales motivos de quejas desde un enfoque general, se relacionan con los resultados del tratamiento, tanto médico como quirúrgico, con el proceso diagnóstico y con la atención del parto y puerperio.

El análisis de las causas específicas de las quejas muestra que las inconformidades se relacionan con errores en el diagnóstico, tratamiento inadecuado, resultados no satisfactorios, falta de oportunidad, complicaciones y secuelas.

Los datos mencionados hacen suponer problemas en la calidad y seguridad de la atención, así como información insuficiente acerca de las expectativas reales del proceso de atención. A través de la información registrada, no se puede considerar la opción de problemas relacionados con falta de respeto a los principios éticos de la práctica médica.

Aun cuando los motivos específicos de quejas traducen problemas de calidad en el proceso de atención, como la falta de oportunidad o competencia profesional deficiente, que pueden ser abordados a través de reorganizar los servicios, de manera que puedan ser otorgados con oportu-

dad, aun cuando es factible identificar al personal con competencia profesional insuficiente e involucrarlo en la capacitación requerida; es necesario contar con información que permita identificar problemas específicos y eventos adversos, con el propósito de generar acciones precisas para la prevención, atención y solución de problemas que afectan la calidad y la seguridad de los servicios de salud, conforme a lo propuesto por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes.

En lo referente a los resultados, todos ellos están relacionados con insatisfacción de las expectativas en materia de salud. No obstante se requiere de información específica que permita desarrollar acciones definidas específicas, preventivas y correctivas.

El análisis documental de las quejas mostró que en los casos atendidos en el Área de Conciliación, se identificó mala práctica en alrededor del 25%, en tanto que los casos más complejos, que fueron atendidos en el Área de Arbitraje, la cifra de mala práctica alcanzó casi el 50%.

En cuanto a los dictámenes emitidos, no relacionados con quejas, se identificó mala práctica en cerca del 25%.

Esta situación pone de manifiesto una alta proporción de quejas en que efectivamente existió mala práctica, requiriéndose ampliar la base de datos, con el propósito de identificar eventos adversos, las causas particulares que dieron origen a la queja, conforme a la taxonomía propuesta por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes y los riesgos que las originan, para estar en condiciones de generar medidas para mejorar la calidad de la atención, incrementar la seguridad y prevenir los eventos adversos.

El tiempo empleado para resolver una queja, se considera excesivo, incluyendo 284 días para determinar una improcedencia o una amigable composición, hasta 564 cuando se requiere emitir un laudo. Estos tiempos indudablemente son excesivos y es necesario disminuirlos significativamente. Habrá que llegar a los acuerdos que se requieran para que las instituciones que participan en la queja, emitan sus informes con oportunidad, no obstante, estos periodos son muy inferiores a los requeridos en un juicio por las vías civil o penal.

Con frecuencia, al presentar una queja se pretende resolver el problema de salud del paciente o recuperar gastos considerados como excesivos o injustificados, sin embargo en otros casos el propósito es obtener beneficios económicos y en muy pocos contribuir a mejorar la calidad de la atención.

La mayor parte de las veces los promoventes de la queja tienen una pretensión y en algunos dos o más. En la mitad de los casos la pretensión es el reintegro de gastos erogados por una atención inadecuada y en el 40% una indemnización, para la reparación de los daños ocasionados durante el proceso de atención, tanto en forma honesta como para obtener beneficios económicos.



Los montos globales erogados más importantes, fueron en el Área de Conciliación, en una proporción de 13 a 1, sobre el Área de Arbitraje particularmente en lo referente a reintegro de gastos e indemnizaciones, como consecuencia de que en esta área se atendieron y resolvieron la gran mayoría de los casos, en proporción de 30 a 1, sobre el Área de Arbitraje.

Al revisar las erogaciones por caso, las cifras más altas se encontraron en el Área de Arbitraje, por reembolso de gastos, pero particularmente por indemnización, donde el valor promedio estuvo cercano a los \$100,000 pesos.

A través de los años, es aparente una tendencia a disminuir en los casos atendidos por conciliación, el gasto ha estado estable a expensas de un incremento de los montos por caso, que han aumentado más del 100%. Los casos, que han requerido arbitraje, están aumentando, con un incremento mayor en el gasto, ocasionando que las erogaciones por caso hayan aumentado muy significativamente. Esta situación traduce que los casos que se atienden en CONAMED, son cada vez más complejos y sus demandas cada vez mayores.

En el SAQMED, no existen variables específicas destinadas a identificar eventos adversos relacionados con fallas en los servicios de atención médica. En la medida que sea factible desarrollar el Sistema de Atención de Quejas Médicas mediante la ampliación de su base de datos, a través

de la inclusión de información que permita identificar los eventos adversos, sus causas y los riesgos que les dieron origen, estaremos en condiciones de alcanzar un diagnóstico situacional más preciso que permita promover una mejora efectiva de la calidad de la atención y evitar las quejas por mala práctica.<sup>5,6</sup>

Si queremos ser congruentes con las nuevas políticas de la CONAMED, que pretenden contribuir a mejorar la calidad con que se otorgan los servicios en las diferentes instituciones de salud, tanto públicas, como privadas, este es el paso que pretendemos dar y para el cual estamos trabajando. 

## Referencias

1. Reglamento de Procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 2006.
2. Modelo Mexicano de Arbitraje Médico. México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 2003.
3. Procedimientos Operativos de Proceso del Sistema de Gestión de Calidad de la CONAMED. México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 2001-2008.
4. Por la Seguridad del Paciente. Boletín informativo de la Organización Panamericana de la Salud. Marzo 2007. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN>. (Acceso 19-03-2007)
5. Aguirre Gas HG. Calidad de la Atención Médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo. México: Noriega; 2002.
6. Infante Castañeda C. Quejas médicas. La insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica. México: ETM; 2006.



# Curso sobre PREVENCIÓN DEL CONFLICTO DERIVADO DEL ACTO MÉDICO

8, 9, 11 y 12 de septiembre de 2008.  
Horario 9:00 a 16:30 hrs.

## INFORMES

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).  
Dirección General de Difusión e Investigación.  
Mitla 250 esquina Eje 5 Sur Eugenia, 8º piso. Col. Vértiz Narvarte.

Teléfonos: 5420 7147, 54207148, 5420 7003, 5420 7103 y 5420 7093.  
Correo electrónico: [smartinez@conamed.gob.mx](mailto:smartinez@conamed.gob.mx) y [crojano@conamed.gob.mx](mailto:crojano@conamed.gob.mx)