

En resumen, se trató de paciente de 2 años 6 meses de edad, el cual, al ingerir cacahuates, presentó episodio de asfixia manifestado por apnea, insuficiencia respiratoria, cianosis y pérdida del conocimiento; evolucionó con datos de insuficiencia respiratoria leve y fue programado por vía endoscópica. Presentó agudización de insuficiencia respiratoria, intubándose; sin embargo, falleció. Consideramos acertada la indicación de la endoscopia, proporcionar medidas de sostén, así como vigilancia; sin embargo, el paciente fue llevado a quirófano ante el agravamiento de la insuficiencia respiratoria, manteniendo vía aérea permeable con la intubación.

La vigilancia del menor después de este evento fue deficiente, pues a pesar de la falta de notas médicas y de desconocer lo sucedido, podemos inferir que presentó hipoxia por problemas en la cánula endotraqueal o en la intubación, condicionando así el paro cardiorespiratorio y la defunción. De igual suerte, no se realizó la endoscopia.

## **Conclusiones**

**Primera.-** El paciente, de 2 años 6 meses de edad, presentó de manera súbita e inesperada crisis de asfixia manifestada por apnea, cianosis y pérdida del conocimiento posterior a la ingesta de cacahuates; evolucionó con accesos de tos y datos de insuficiencia respiratoria leve; ingresó al hospital donde se estableció el diagnóstico de broncoaspiración de cuerpo extraño. Programado para revisión endoscópica, presentó paro cardiorespiratorio y falleció.

**Segunda.-** La Comisión estima que fue adecuado el diagnóstico de aspiración de cuerpo extraño e indicar el ingreso, mantenerlo en ayuno, con manejo mínimo, y solicitar la realización de endoscopia, pues el paciente presentaba datos leves de insuficiencia respiratoria. Sin embargo, nunca se realizó la endoscopia.

**Tercera.-** La Comisión estima que la atención médica proporcionada al menor por el personal médico que lo atendió el 8 de junio de 1999 a partir de las 5:00 horas fue inadecuada, pues no proporcionó la vigilancia estrecha que requería el paciente ni buscó la realización de la endoscopia, lo que demuestra su mala práctica.

**Cuarta.-** La Comisión estima que existió descuido de la madre del paciente al permitir el contacto de éste con objetos pequeños que produjeron el accidente, mismo que por sí solo conlleva un alto riesgo de mortalidad.

**Quinta.-** La Comisión estima que la atención médica proporcionada al menor por el personal del hospital fue inadecuada al no contar con equipo médico endoscópico disponible las 24 horas del día, pues dicho procedimiento disminuye la morbiletalidad cuanto más pronto se realiza el diagnóstico de aspiración de cuerpos extraños. En tal hecho se encuentra involucrado el personal encargado de vigilar la existencia de insumos y personal suficientes e idóneos.

## **Síntesis ejecutiva del informe de actividades**

### **correspondiente al ejercicio 1999**

#### **Dr. Héctor Fernández Varela Mejía**

*El pasado 1º de marzo, el doctor Héctor Fernández Varela Mejía presentó, en la Décima Sexta Sesión Ordinaria de Consejo, una síntesis de las actividades realizadas por la CONAMED durante 1999. A continuación ponemos a disposición de nuestros actores este informe.*

*El doctor Héctor Fernández Varela Mejía es titular de la Comisión Nacional de*

## *Arbitraje Médico*

Durante 1999, se atendieron mediante asesoría mil 850 asuntos que, en relación con los 2 mil 17 registrados en el año anterior, significan un decremento del 8.3%.

De estos asuntos, 470 (25.4%) no fueron competencia de la Comisión, ya que propiamente no se trataba de quejas por presuntas irregularidades en el acto médico, sino de aspectos relacionados con pensiones, jubilaciones, dictámenes periciales para particulares, solicitudes de retiro de cédula profesional o de sanciones, incumplimiento de condiciones de seguros de gastos médicos, cobros excesivos por servicios, desabasto de medicamentos y lentitud en la reposición de credenciales de derechohabientes, entre los más sobresalientes.

Otros 283 casos (15.3%) se resolvieron al brindar a los quejosos una amplia explicación técnico-médica acerca de la etiología del padecimiento, en virtud de una deficiente comunicación del médico con su paciente.

Igualmente, se otorgaron 61 asesorías sobre la naturaleza, alcances y competencia de la Comisión, y 164 sobre los derechos y obligaciones que señala la legislación en la materia, tanto para usuarios como para prestadores de servicios médicos.

En este mismo rubro, se presentaron 872 casos (47.1%) con insuficiente información que permitiera calificar la admisión de la queja, por lo que se orientó a los quejosos sobre la manera de configurarla.

En 59 de estos últimos casos, no se obtuvo respuesta, por lo que se configuraron

como falta de interés. De los 813 casos restantes, 488 se convirtieron en expediente de queja; 171 resultaron de no competencia, 144 no requirieron ya de la intervención de la Comisión y en 10 casos hubo desistimiento.

Por otra parte, con base en los criterios de admisión de quejas, ingresaron 2 mil 300 asuntos; cifra superior en un 18.9% en relación con las mil 934 registradas el año anterior. Del total, mil 706 (74.2%) fueron presentadas por comparecencia; 506 (22.0%) por correspondencia, 85 (3.7%) por vía telefónica y 3 fueron remitidas por las Comisiones de Arbitraje Médico en los Estados de Guanajuato y Veracruz, para que CONAMED llevara a cabo el proceso arbitral.

Conforme al prestador del servicio, contra el IMSS se presentaron mil 134, mientras que contra el ISSSTE se registraron 435; en el caso de los prestadores privados, la cifra llegó a 454 quejas, que en conjunto concentran casi el 90% de las quejas registradas, en las que no se incluyen las conciliaciones telefónicas, por lo que la cifra de los registros llega a 2 mil 215.

Las 10 especialidades que concentran casi el 70% de los registros fueron: ginecobstetricia, con 304 casos; urgencias, 296; ortopedia, 199; cirugía general, 162; medicina familiar, 159; odontología, 105; oftalmología, 102; traumatología, 84; urología, 73 y medicina interna, 63.

Por entidad federativa, las siguientes cinco entidades acumulan el 82.2% del total de los registros: Distrito Federal, con mil 416 (64.0%); Estado de México, 252 (11.4%); Guanajuato, 57 (2.6%); Jalisco, 54 (2.4%) y Veracruz 41 (1.8%).

En cuanto al desahogo de las 2 mil 300 quejas, mediante conciliación inmediata, se atendieron 579 asuntos (25.2%), al llevarse a cabo diversas gestiones para atender los problemas expuestos por los pacientes. En 85 de estos casos las solicitudes se plantearon telefónicamente.

Por este mecanismo pudieron atenderse peticiones relacionadas con desinformación

sobre el estado de salud del paciente hospitalizado; alta prematura y sin información a familiares; referencia inadecuada de pacientes; “peloteo”; negativa para cirugía de urgencia; diferimiento injustificado para la práctica de estudios de gabinete o laboratorio en pacientes hospitalizados; retención indebida de paciente; retención indebida de cadáver; negativa de pase de visita a familiares de pacientes graves; negativa para brindar atención médica de urgencia; extravío del expediente clínico como argumento para la negativa de atención; negativa para la entrega de resultados de estudio de gabinete; cambio de médico tratante; atención poco comprometida —sin exploración física ni explicación alguna y referencia a otra unidad de mayor complejidad.

Por lo que toca al proceso formal de conciliación, ingresaron mil 699 quejas, de las cuales 954 fueron por sucesos ocurridos en el Distrito Federal, y 640 del interior de la República, más 105 casos odontológicos. Dicha cifra, sumada a los 289 asuntos en proceso de atención al cierre del ejercicio 1998, conformó mil 988 casos para atender en las áreas de conciliación. Como se mencionó anteriormente, tres asuntos se turnaron directamente para juicio arbitral y 19 más se remitieron a diversas comisiones de arbitraje en los estados por ser de su competencia.

En el lapso que se informa, las áreas de conciliación desahogaron mil 600 quejas, lo que significa un aumento de 145 casos (9.9%) en relación con los mil 455 asuntos atendidos el año anterior. De estos expedientes, 798 (49.9%) se atendieron mediante la firma de un convenio de conciliación, en tanto que en 738 casos (46.1%) no fue posible lograr la avenencia de las partes; en otros 63 (4%) se firmó compromiso arbitral y uno más se turnó a una Comisión Estatal.

Como puede observarse, en aproximadamente el 50% de los asuntos sujetos a conciliación se pactan compromisos, en tanto que en una proporción casi similar no se logra la avenencia.

En este aspecto, se han observado diversas situaciones que limitan la posibilidad de lograr la conciliación de las partes, principalmente en los siguientes casos:

- a) Cuando el paciente fallece, no obstante que los prestadores del servicio logren aclarar las inquietudes de los deudos.
- b) Asuntos con averiguación previa, en los que tanto el IMSS como el ISSSTE, de acuerdo a su normativa, y algunos particulares por consejo de sus abogados, no aceptan resolver el componente de carácter civil.
- c) Desproporción en las pretensiones de algunos quejosos, quienes solicitan el pago de daño moral, salarios caídos, perjuicios propios y a terceros en cifras de millones de pesos, sin considerar los riesgos de la enfermedad o del tratamiento.
- d) El aspecto emotivo del quejoso, quien presume responsabilidad médica en la atención y desea que los prestadores acepten su culpabilidad, aunque en diversas ocasiones no tienen la razón.
- e) Médicos u odontólogos que en actitud soberbia, a pesar de la deficiencia en la atención, no aceptan su error ni esquemas de resolución.
- f) Usuarios que, mal orientados por sus abogados, acuden a la Comisión sin la mínima intención de conciliar, pues su interés es obtener documentación para seguir procesos jurisdiccionales.

Un aspecto de la mayor importancia para el conocimiento de las irregularidades realmente cometidas es la elaboración de una valoración médica integral para cada caso sujeto a conciliación. Al respecto, de las 952 quejas del Distrito Federal que fueron desahogadas en el proceso de conciliación, se identificaron irregularidades

claras en 242 casos (25.4%); mientras que en 365 (38.3%), se detectaron deficiencias relativas, y en los 345 restantes (36.3%) la atención fue adecuada.

De los 242 casos en que se identificaron irregularidades claras, en 88 (36.4%) se obtuvo el reembolso de gastos o la indemnización a cargo del prestador del servicio, y en otros 64 (26.4%) se procedió a la cancelación del adeudo, se inició investigación por responsabilidad por parte de las autoridades competentes, se comprometió atención médica especializada o se procedió a brindar una explicación técnica que satisfizo a los quejosos.

En 31 quejas se atendió el aspecto médico, quedando en trámite el reembolso de gastos; 12 tienen averiguación previa, por lo cual no fue posible la intervención para avenir a las partes; 13 pasaron a arbitraje; en 9, las partes no aceptaron ni la conciliación ni el arbitraje y, en 25 más, las instituciones (IMSS e ISSSTE) declararon la improcedencia de la queja, por lo que se elaboraron los dictámenes de reconsideración para que dichos organismos revisen la inconformidad y puedan, en su caso, reconsiderar su respuesta.

Por lo que toca a los 365 casos con deficiencias relativas, en 190 (52%) se condonó el pago o adeudo, procedió el reembolso de gastos, se comprometió atención médica especializada o se brindó explicación técnica; mientras que, en 76 (21%) se establecieron compromisos tales como revaloración médica en un mayor nivel de atención y trámite de reembolso de gastos.

En 10 casos existe averiguación previa; otros 16 pasaron a arbitraje; 10 están en investigación en las Contralorías correspondientes y 63 no aceptaron ni la conciliación ni el arbitraje, quedando a salvo los derechos de las partes.

Por lo que toca al procedimiento arbitral, se recibieron 66 expedientes que, aunados a los 63 en proceso de ejercicios anteriores, sumaron 129 juicios por atender. De los asuntos de 1999, 45 (68.2 %) fueron en contra de instituciones privadas y 21 (31.8 %) contra instituciones públicas.

De la cifra anterior, se resolvieron 88 casos (68.2%), quedando en proceso de atención 41. De los asuntos concluidos en 1999, 11 se conciliaron, en 20 se decretó la falta de interés, en 12 hubo desistimiento y en 2 sobreseimiento, mientras que en los 43 restantes se emitió el laudo respectivo. De estos últimos, 22 fueron a favor del prestador y 21 a favor del quejoso.

En relación con los 58 asuntos atendidos en el ejercicio anterior, se observa un incremento para 1999 del 52% en la capacidad resolutive en esta materia; mientras que, respecto de los laudos emitidos, el incremento es del 48% en virtud de los 29 que se suscribieron en 1998.

En cuanto a la emisión de dictámenes médicos, la demanda ha crecido de manera acelerada, ya que durante este año se recibieron 555 solicitudes que, en comparación con las 403 recibidas durante 1998, representan un incremento de 37.7 %. Durante 1998 se recibían en promedio 33.5 casos mensuales, mientras que en 1999 este índice subió a 46.2.

Destacan las solicitudes planteadas por los órganos internos de control en las instituciones públicas, que suman 314 casos (57%); en tanto que la Procuraduría General de la República tuvo 162 (29%), y de las Procuradurías Generales de Justicia del D.F. y de los Estados llegaron 68 (12%), sólo 8 por parte de los Tribunales y 3 de la autoridad sanitaria en diversos estados de la República.

En el año se concluyeron 553 dictámenes que, en relación con los 289 emitidos en el ejercicio 1998, significan un crecimiento del 106%. De los casos del ejercicio 1999,

250 fueron favorables al usuario (45%), y 289 al prestador del servicio (52%).

Sobre el crecimiento de solicitudes para la emisión de dictámenes médicos por parte de los órganos internos de control en las instituciones públicas prestadoras de servicios médicos, se elaboró un estudio sobre la obligación legal de la CONAMED para contribuir con las autoridades de procuración e impartición de justicia, y la naturaleza de la colaboración que se estableció con la SECODAM.

Este estudio se pondrá a consideración de dicha dependencia, a fin de buscar la mejor manera de apoyar las tareas que le son propias en el proceso de delimitación de responsabilidad administrativa.

En lo que se refiere al proceso de seguimiento de compromisos, se encuentran en trámite 187 casos del ejercicio que se informa; éstos, sumados a 24 casos de 1998 y 4 de 1997, dan un total de 215 casos sujetos a seguimiento al cierre del ejercicio de 1999.

Cabe señalar que en el último trimestre del ejercicio que se evalúa, se disminuyó el número de asuntos en trámite de los ejercicios 1996 a 1998, ya que de 55 casos pendientes al cierre del ejercicio anterior, el número de estos asuntos bajó a 28. Respecto de los 4 asuntos de 1997, tres se relacionan con investigaciones a cargo de la Contraloría en el ISSSTE, aún no concluidas, y uno más implica un tratamiento de endodoncia que durará 2 años.

En cuanto a los 24 casos de 1998, 10 están relacionados con revaloraciones médicas en proceso de atención al cierre del ejercicio; mientras que los 14 restantes tratan asuntos de carácter administrativo o que, por impedimentos legales, no han sido atendidos, no obstante haberse acordado favorablemente con los prestadores del servicio.

Respecto de los casos pendientes que están siendo atendidos en la Contraloría en el ISSSTE, se espera que con la firma de nuevas Bases de Colaboración en las que ya se prevé la figura del Arbitraje, las solicitudes de reparación de daño se atenderán de mejor manera, ya que actualmente, para que proceda la indemnización, se requiere el pronunciamiento del Órgano Interno de Control.

Por otra parte, con el propósito de mostrar información cualitativa, se revisó el seguimiento de los compromisos concluidos en el segundo semestre de 1999, habiéndose encontrado que, de las 324 conciliaciones inmediatas, en 288 casos (88.9%) los compromisos se cumplieron cabalmente y están en proceso 31 (9.6%), mientras que, en 5 casos, los quejosos abandonaron las gestiones.

En lo que corresponde al proceso formal de Conciliación, se formalizaron 907 compromisos agrupados en tres grandes conjuntos: compromisos médicos, administrativos y económicos; los primeros suman 379 (41.8%), los administrativos llegan a 350 (38.6%), y los de carácter económico fueron 178 (19.6%).

De estas cifras, en 628 casos (69.2%) los compromisos se cumplieron cabalmente; 261 asuntos (28.8%) están en vías de cumplimiento y en los 18 restantes (2.0%), el quejoso abandonó las gestiones y los expedientes se concluyeron por falta de interés.

Respecto de los 28 laudos emitidos en ese periodo, 10 resolvieron condenar a los prestadores del servicio, estableciéndose 5 compromisos de indemnización y 8 de reembolso de gastos; de éstos, únicamente 2 compromisos (15.4%) se han cumplido cabalmente, y en los 11 restantes (84.6%) aún no se ha dado cumplimiento a las determinaciones del laudo, ya que el prestador se niega expresamente a cumplir con el compromiso.

De igual importancia es la constante comunicación con los quejosos hasta lograr el cumplimiento de los compromisos acordados, lo que ha permitido obtener información sobre el grado de satisfacción con los servicios prestados por la CONAMED.

Así, respecto de las conciliaciones inmediatas, existe un elevado nivel de satisfacción con los servicios de la CONAMED, ya que en 180 casos (62%) los usuarios han manifestado espontáneamente su beneplácito, mientras que en 89 (31%), si bien no hay señalamiento expreso de satisfacción, del seguimiento se deduce que se han atendido las pretensiones planteadas, y sólo 19 casos han manifestado expresamente su insatisfacción con las gestiones de la CONAMED.

En el caso de los convenios de conciliación, se registró un nivel de satisfacción incluso mayor que en el de las conciliaciones inmediatas, habiéndose alcanzado un 77%; en tanto que el 22% no se expresó al respecto, y sólo el 1% se dijo insatisfecho.

En materia jurídica, se atacaron por vía del juicio de amparo 3 laudos emitidos por la CONAMED, a los cuales se suma otro laudo impugnado en 1998. Hasta el momento, se ha logrado una sentencia ejecutoriada que niega el carácter de autoridad responsable a la CONAMED para efectos del juicio de amparo. Esta tesis sirve como el primer precedente útil para integrar jurisprudencia, y fue emitida por el Tercer Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito. Esta tesis resultó de un recurso de revisión interpuesto contra una sentencia desfavorable a la Comisión emitida por el Juez Cuarto de Distrito en Materia Administrativa, en un amparo promovido en 1998.

Actualmente, se encuentra en revisión otra sentencia de amparo en la que el Juez Noveno de Distrito en Materia Administrativa consideró a la CONAMED como autoridad responsable.

En la revisión se intenta dejar sin efecto la sentencia del juez y lograr obtener la confirmación del criterio que niega el carácter de autoridad a la Comisión. Este caso es relevante, toda vez que de resultar una sentencia favorable a la CONAMED se estaría en el camino de integrar jurisprudencia con una segunda tesis en el mismo sentido. Sin embargo, de resultar una sentencia adversa a la Comisión, se estaría en posibilidad de denunciar la contradicción de tesis ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación, la que determinará cuál deberá prevalecer a fin de sentar jurisprudencia.

En otro orden de ideas, se realizó el trámite y se obtuvo la inscripción en el Registro Público del Derecho de Autor del Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Mediante esta inscripción se reconoce como titular del programa a la Secretaría de Salud a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. El certificado de inscripción se expidió el 10 de noviembre de 1999.

De conformidad con la Ley del Derecho de Autor, los derechos patrimoniales sobre el SAQMED estarán vigentes durante 75 años, contados a partir de la fecha en que se realizó su divulgación; una vez transcurrido este término, el programa de cómputo pasará al dominio público.

Por lo que toca al Programa Rector de Difusión, el proceso conceptual de promocionales e impresos, y el proyecto editorial de la Comisión tuvieron como

objetivo reforzar la presencia de la CONAMED en la sociedad.

Para ello, se instrumentó una campaña de difusión integrada por 13 carteles diseñados internamente; 9 de ellos dirigidos a usuarios y 4 a prestadores de los

servicios médicos; además de 9 promocionales radiofónicos difundidos en tiempos oficiales con el apoyo de la Secretaría de Gobernación, así como en espacios adjudicados al Instituto Mexicano de la Radio que transmitieron los mensajes en sus radiodi-fusoras del interior de la República.

Cabe destacar el Convenio firmado con la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO), que contribuirá a promover los servicios de la Comisión en su programa televisivo, en su revista, y colabora estrechamente para la distribución nacional de nuestras publicaciones a través de sus más de 60 delegaciones en el país.

Se cumplió, asimismo, con el proyecto de publicación de productos editoriales: Revista CONAMED (4 números), Memoria del III Simposio, Serie de Cuadernos de Divulgación (4 títulos), trípticos, Informe de Labores CONAMED 98-99 y su Síntesis; Calendario CONAMED 2000 (mouse pad) y la supervisión de un tiraje de un millón de tarjetas telefónicas promocionales de la CONAMED en todo el país. En materia de informática, fue mejorada la versión 6.0 del Sistema de Atención de Quejas Médicas y se incorporaron más facilidades operativas, liberando en el mes de abril los módulos respectivos en las áreas de Orientación y Quejas, de Conciliación, de Coordinación Regional, de Arbitraje y de Compilación y Seguimiento.

Durante el tercer trimestre de 1999, se presentó a la consideración de las diferentes áreas de la Comisión la posibilidad de instrumentar un nuevo servicio que permitirá enviar y recibir documentos, gráficos, imágenes e incluso voz a través de la red de datos interna del edificio sede, a fin de disminuir los tiempos

e incrementar las posibilidades de comunicación entre las áreas.

A lo largo de 1999 fueron instaladas las herramientas básicas indispensables para proporcionar este servicio, mismo que se liberará a producción durante el primer trimestre del año 2000, colaborando a las disposiciones en materia de austeridad en el uso de materiales de impresión y reproducción e electrónica de documentos.

En materia de investigación, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Se elaboró un artículo en inglés, que fue enviado a la revista *Advances in Health Sciences Education*, con la finalidad de solicitar dictamen para que, en su caso, se incluya en dicha publicación.
- Se envió el resumen de un trabajo sobre los factores psicosociales asociados con las quejas médicas, mismo que fue aceptado para presentarse durante el XXVII Congreso Internacional de Psicología del 2000.
- Se publicó el artículo "Las quejas de los pacientes: indicadores subjetivos de la calidad de la atención médica", en el volumen XIV, número 2 de 1999 de la *Revista de psicología social y personalidad*.
- Se publicaron dos artículos en la serie "Cuadernos de Divulgación" de la Comisión.
- Se publicó en la *Revista CONAMED* (Año 3, núm. 11) el artículo: "Percepción de los usuarios sobre los problemas de calidad de la atención médica".
- Por la importancia que reviste participar en actividades como el VIII Congreso Nacional de la Academia Nacional de Medicina, se enviaron cinco propuestas que fueron aceptadas por el Comité Científico dentro del acto de presentación de trabajos en cartel.

En cuanto a la tarea de fomentar la creación de Comisiones estatales, en el periodo, se estableció comunicación con los titulares de las Secretarías de Salud de 15

estados: Aguascalientes, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Michoacán, Puebla, Querétaro, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

En el periodo que se evalúa se crearon las Comisiones de Arbitraje Médico de los estados de: Veracruz; Querétaro, Aguascalientes y Guerrero. Para intercambiar experiencias y unificar procedimientos con las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, en el seno de la CONAMED se llevaron a cabo dos reuniones de acercamiento con los Comisionados Estatales.

La primera reunión se realizó el 15 de enero con la participación de los Comisionados de los estados de: Tabasco, Quintana Roo, Estado de México, Guanajuato, Colima y San Luis Potosí. En la segunda, el 23 de noviembre, estuvieron presentes los Comisionados de Arbitraje Médico de los estados de: Tabasco, Estado de México, Guanajuato, Colima, San Luis Potosí, Veracruz, Querétaro y Aguascalientes.

Como resultado, se comprometieron acciones de colaboración que permitirán atender con oportunidad las quejas de los usuarios de los servicios médicos de las instituciones de salud y de seguridad social que por su naturaleza jurídica tienen un carácter federal, ante presuntas irregularidades en la atención que brindan unidades médicas establecidas en los Estados de la República que cuentan con una Comisión Estatal de Arbitraje Médico.