



Análisis de la queja médica
en el servicio de

Cardiología

COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Dirección General de Difusión e Investigación

Grupo de análisis de información

*Análisis de la queja médica en el
servicio de Cardiología
2002-2017*

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, a través de su Dirección General de Difusión e Investigación se ha dado a la tarea de emprender un Proyecto de Análisis de información estadística sobre la queja médica, con énfasis en las principales especialidades y para el periodo 2002-2017. Su objetivo es la presentación de toda aquella información factible de obtenerse de las bases de datos generadas en el periodo de referencia por el Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), cuyo sustento proviene de los registros que son abiertos en ocasión de la presentación de la queja médica y cuyo seguimiento se da en las diversas audiencias que se llevan a cabo como parte del proceso de conciliación y arbitraje de la propia institución.

El proyecto tiene como antecedente más inmediato, la necesidad de poner a consideración del público interesado el máximo de información disponible sobre los casos atendidos por la CONAMED según las diversas especialidades médicas involucradas durante el proceso de atención.

La idea no es realizar un análisis exhaustivo de la presente información, sino simplemente mostrar la evolución que han tenido las quejas médicas sobre las principales especialidades en el periodo de análisis, describiendo las características más relevantes en cuanto a la población afectada, las instituciones involucradas, los daños ocasionados y las conclusiones a las que llega la CONAMED en ocasión de cierre de los casos.

Cada uno de los doce documentos que componen la presente serie ha sido realizado a partir de la información proveniente de la base de datos de quejas atendidas en la CONAMED conformada durante el período de 2002 a 2017 a partir del SAQMED, y que han sido proporcionadas por la Dirección de Informática de la institución. En particular, el presente número considera todos aquellos registros correspondientes a las quejas médicas denunciadas contra los servicios de cardiología, y que durante el periodo analizado ascienden a 370.

Su análisis se realizará utilizando todas las variables disponibles para explotar de manera detallada la información, incluyendo aspectos como son: el sexo del usuario, la edad del mismo, el sector de atención (público o privado), la institución involucrada, los motivos de la queja, el daño generado y su nivel de gravedad, así como también la modalidad bajo la cual se dieron por concluidas las quejas en cuestión.

Al respecto, conviene recordar que la difusión del análisis estadístico es necesaria en todos los ámbitos del quehacer humano, a fin de conocer las áreas de oportunidad, promover la toma de decisiones basada en evidencia y entender el funcionamiento de los procesos involucrados para que con dicho conocimiento se diseñen, propongan y establezcan las estrategias pertinentes para la implementación de procesos de mejora, los cuales deberán evaluarse durante la acción cotidiana.

Finalmente y en un contexto más amplio, con los resultados del análisis que ahora se presenta no solo se enriquece y complementa el acervo de información existente en la CONAMED, sino que se contribuye a dar continuidad a los esfuerzos del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) mediante el fortalecimiento de los sistemas de información.

Cada uno de los doce documentos que componen la presente serie ha sido realizado a partir de la información proveniente de la base de datos de quejas atendidas en la CONAMED conformada durante el período de 2002 a 2017 a partir del SAQMED, y que han sido proporcionadas por la Dirección de Informática de la institución. En particular, el presente número considera todos aquellos registros correspondientes a las quejas médicas denunciadas contra los servicios de cardiología, y que durante el periodo analizado ascienden a 370.

Su análisis se realizará utilizando todas las variables disponibles para explotar de manera detallada la información, incluyendo aspectos como son: el sexo del usuario, la edad del mismo, el sector de atención (público o privado), la institución involucrada, los motivos de la queja, el daño generado y su nivel de gravedad, así como también la modalidad bajo la cual se dieron por concluidas las quejas en cuestión.

Al respecto, conviene recordar que la difusión del análisis estadístico es necesaria en todos los ámbitos del quehacer humano, a fin de conocer las áreas de oportunidad, promover la toma de decisiones basada en evidencia y entender el funcionamiento de los procesos involucrados para que con dicho conocimiento se diseñen, propongan y establezcan las estrategias pertinentes para la implementación de procesos de mejora, los cuales deberán evaluarse durante la acción cotidiana.

Finalmente y en un contexto más amplio, con los resultados del análisis que ahora se presenta no solo se enriquece y complementa el acervo de información existente en la CONAMED, sino que se contribuye a dar continuidad a los esfuerzos del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) mediante el fortalecimiento de los sistemas de información.

Uno de los elementos de mayor importancia de los Sistemas de Salud, es la experiencia que los usuarios de éstos servicios interpretan derivado del trato y condiciones en las que se le ha proporcionado este servicio. En este contexto, es importante identificar los factores implícitos en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios. Ante esto, resulta importante conocer el contexto local de los factores que influyen en la satisfacción de los pacientes de los servicios de salud públicos y privados, con el objetivo de proporcionarle al nivel directivo, información que le permita diseñar estrategias de solución de controversias.

En este sentido el presente trabajo puede justificarse a través de los siguientes planteamientos:

- El trabajo que realiza la CONAMED es fundamental para el proceso de mejora de los servicios de salud en el ámbito de calidad y seguridad del paciente.
- El contar con información estadística permite dar cumplimiento a lo manifestado en el reglamento interno de la CONAMED.
- La integración de los expedientes de la queja médica, su seguimiento y resolución representa mucho trabajo social acumulado.
- La información estadística resultante de los procesos que sigue la CONAMED representan un bien público, siendo un asunto de transparencia Y acceso para todos.
- Los datos estadísticos constituyen un insumo necesario para toda actividad: desde la planeación hasta la evaluación del otorgamiento de servicios.

Propósito principal

Informar, reflexionar y apoyar a los intereses de la población usuaria de los sistemas de salud, de los prestadores de la atención, y de las autoridades correspondientes, mediante una estadística descriptiva de los principales resultados obtenidos durante la revisión de las quejas relacionadas a los servicios de cardiología, durante el periodo 2002-2017. Lo anterior con el fin de que con base en dichos resultados, se tomen las decisiones que se consideren pertinentes para impactar en los procesos de mejora de la calidad de los servicios de salud así como en el fomento continuo de la cultura de la seguridad del paciente.

Objetivos específicos

- Difundir la información existente sobre el numero de quejas presentadas en relación a los servicios de cardiología durante el periodo 2002-2017.
- Dar a conocer las características de las quejas en cuanto a las variables demográficas y de atención médica.
- Conocer los motivos que originaron la inconformidad que dio origen a la presentación de la queja, así como sus diferenciales entre sexo y sector de atención.
- Establecer el impacto de las quejas respecto a la gravedad y tipo del daño sufrido por el paciente.
- Dar a conocer las modalidades de conclusión de la queja y los resultados de evaluación del acto médico.

La elaboración del presente documento surge a partir de la información que se registra en el Sistema de atención de quejas médicas y dictámenes (SAQMED), aplicación informática de carácter gerencial que pretende dar seguimiento a las diversas fases y procesos que conforman el Modelo Mexicano de Arbitraje Médico. Si bien el propósito de dicho sistema no es generar información estadística, entre sus productos se encuentra la conformación de una base de datos con variables tanto cuantitativas como cualitativas.

En ese sentido, el proyecto parte del análisis de la base de datos cuantitativos, en particular de variables tales como el número de registros por año (quejas concluidas) clasificadas por edad, sexo, entidad de residencia del usuario, lugar de atención; sector de actividad, institución, subespecialidad médica, motivo y submotivo de la queja, gravedad y tipo de daño sufrido, modalidad de conclusión y evaluación del acto médico.

El manejo de la base de datos requirió la limpieza de éstas previo a los diversos procesamientos realizados a través del Excel. A partir de la obtención de cuadros simples se elaboraron porcentajes, proporciones, índices y tasas cuando así se requirió. Se elaboraron gráficas y figuras que apoyaran la descripción y el análisis de la información. Se buscó en todo momento que los textos de acompañamiento fueran breves y claros y que la selección de cuadros aseguran la mejor comprensión de los hechos que pretenden describir.

Con el fin de enmarcar adecuadamente la información que ahora se analiza, es importante establecer los alcances y las limitaciones de las cifras presentadas para el periodo de análisis 2002-2017.

La integración de la información durante el periodo en cuestión, se realizó a través de diversas versiones del sistema de registro (SAQMED), lo cual impacta en determinadas variables con un grado distinto de índices de no respuesta. Es también importante mencionar que durante esos años se registraron modificaciones en cuanto a la forma de plantear ciertas cuestiones, como por ejemplo, el motivo de la queja, que inicialmente se levantaba como “motivo principal” y al paso de los años el registro correspondía a los motivos (varios) que dieron origen a la queja, sin que sea posible la selección de uno solo.

Entre las limitaciones más serias del sistema, mencionamos los siguientes aspectos: el primero se refiere a la carencia de variables que permitan la caracterización del usuario desde el punto de vista socio económico, así como de su nivel de vulnerabilidad social, por lo que se desconocen aspectos tales como el nivel educativo, la ocupación, en nivel de ingreso o la condición de derechohabencia.

En segundo término se encuentra la falta de codificación en variables tales como el Diagnóstico que originó la inconformidad que dio lugar a la presentación de la queja; es decir si bien se cuenta con el “nombre textual” del padecimiento, la no aplicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y la gran heterogeneidad de su inscripción en el SAQMED nos ha impedido la adecuada presentación de los resultados. En efecto, se tomó la decisión de no incluir dicha variable a pesar de los diversos intentos de simplificación, en una lista compacta, que no fue posible obtener debido a la complejidad de su agrupación y la escasa utilización que estos diagnósticos tendrían para fines del análisis real de la situación.

Concluimos este apartado mencionando los alcances más importantes que presenta el trabajo: la información a la que se hace referencia es única en su tipo, y su relevancia es mayúscula tanto para los usuarios que se interesan en la frecuencia y el tipo de las inconformidades surgidas durante el proceso de atención médica, como para los prestadores de la atención, quienes deberán cuidar de manera particular los aspectos de más riesgo en la relación médico paciente y respecto a los cuales deberá incrementarse la calidad de los servicios. Las cifras aquí analizadas deberán considerarse como un punto de partida para la profundización de situaciones específicas que sean la base de un real acercamiento a las condiciones de calidad y seguridad de los pacientes de nuestro sistema nacional de salud.

La información sobre las quejas concluidas durante el periodo 2002-2017, estructurada de esta manera será presentada a través de varias formas, representando entre breve compendio de información la primera de ellas. Se utilizarán adicionalmente otros mecanismos, como la página web de la institución y la incorporación de Infografías y reseñas estadísticas, además de los reportes a las instancias gubernamentales que así lo soliciten.

Es de gran importancia recordar que la generación de información estadística, no concluye con la etapa de difusión, sino que pretende que, mediante su análisis, se propicie la transformación de dicha información en conocimiento del fenómeno o del caso que se pretende describir; la verdadera razón de ser de la información estadística es que sea considerada como una de las bases en la toma de decisiones, siempre encaminadas al mejoramiento de las condiciones de aquello que se describió.

En este caso, nuestra mejor intención sería que el presente documento contribuyera a la mejora de los procesos de calidad y seguridad del paciente al interior de los establecimientos e instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Índice temático de cuadros y gráficos

I. Características del usuario y la queja médica

Cuadros

Cuadro 1. Evolución del total de quejas concluidas y del servicio de Cardiología y su proporción respecto al 2002-2017

Cuadro 2. Total de quejas concluidas del servicio de Cardiología según subespecialidad, 2002-2017

Cuadro 3. Quejas concluidas del servicio de Cardiología según grupo de edad y sexo del usuario, 2002 – 2017

Cuadro 4. Total de quejas concluidas del servicio de Cardiología, según entidad federativa de residencia del usuario y de la ubicación del establecimiento, 2002-2017

Gráficas

Gráfica 1. Total de quejas concluidas según especialidad médica, 2002-2017

Gráfica 2. Comparativo del número de quejas concluidas según subespecialidad y año, 2002-2017

Gráfica 3. Quejas concluidas del servicio de Cardiología según sexo, 2002-2017

Gráfica 4. Pirámide del servicio de Cardiología según rango de edad y sexo, 2002-2017

Gráfica 5. Quejas concluidas según entidad federativa del usuario, 2002-2017

II. Atención médica y motivos que originaron la queja

Cuadros

Cuadro 5. Quejas concluidas del servicio de Cardiología según sector, sexo e institución de atención donde se originó la queja médica

Cuadro 6. Quejas concluidas del servicio de Cardiología según institución y subespecialidad, 2002-2017

Cuadro 7. Motivos mencionados en la presentación de las quejas concluidas según grandes grupos de causas de Cardiología, 2002-2017

Cuadro 8. Motivos mencionados en la presentación de las quejas concluidas según causas detalladas de Cardiología, 2002-2017

Gráficas

Gráfica 6. Numero de quejas concluidas del servicio de Cardiología según sector, 2002-2017

Gráfica 7. Numero de quejas concluidas según institución, sector y subespecialidad del servicio de Cardiología, 2002-2017

Gráfica 8. Motivos mencionados en la presentación de las quejas concluidas según grandes grupos de causas de Cardiología, 2002-2017

Gráfica 9. Cinco motivos detallados principales de Cardiología, 2002-2017

III. Gravedad del daño ocasionado por la atención médica

Cuadros

Cuadro 9. Quejas concluidas del servicio de Cardiología según gravedad del daño y sexo del usuario, 2002-2017

Cuadro 10. Total de muertes ocurridas en las quejas de Cardiología según edad y sexo, 2002-2017

Cuadro 11. Muertes ocurridas y tasa de mortalidad vinculadas a las quejas del servicio de Cardiología según sector e institución, 2002-2017

Cuadro 12. Total de muertes en Cardiología por entidad federativa y tasa, 2002-2017

Gráficas

Gráfica 10. Quejas concluidas del servicio de Cardiología según el tipo de daño, 2002-2017

Gráfica 11. Quejas concluidas del servicio de Cardiología, según el tipo de daño y sexo

Gráfica 12. Muertes ocurridas en el servicio de cardiología y entidad federativa, 2002-2017

IV. Conclusión de la queja y desempeño de la institución médica

Cuadros

Cuadro 13. Duración promedio en días en la conclusión de las quejas de Cardiología, según modalidad de la conclusión y tipo de sector, 2002 a 2017

Cuadro 14. Quejas concluidas del servicio de Cardiología por modalidad y submodalidad de conclusión de las quejas, por sexo del usuario

Cuadro 15. Quejas concluidas del servicio de Cardiología según modalidad de conclusión y sector

Cuadro 16. Quejas concluidas del servicio de Cardiología, según veredicto de los laudos emitidos por sector involucrado

Cuadro 17. Quejas concluidas del servicio de Cardiología según evaluación del acto médico

Gráficas

Gráfica 13. Duración promedio en días en la conclusión de las quejas, 2002 a 2017 Modalidad: quejas por conciliación

Gráfica 14. Duración promedio en días en la conclusión de las quejas, 2002 a 2017 Modalidad: quejas por emisión de laudos

Gráfica 15. Porcentaje de laudos concluidos del servicio de Cardiología en el sector público, 2002-2017

Gráfica 16. Porcentaje de laudos concluidos del servicio de Cardiología en el sector privado, 2002-2017

Gráfica 17. Quejas concluidas según el servicio de Cardiología según evaluación del acto médico e institución, 2002-2017

*I. Características de la
queja médica y el
usuario*

Durante el periodo 2002 - 2017, la CONAMED concluyó a nivel nacional un total de 26, 773 quejas, lo que representa un promedio aproximado de 1,673 quejas por año; para fines del presente proyecto éstas quejas se han agrupado en 12 principales especialidades médicas.

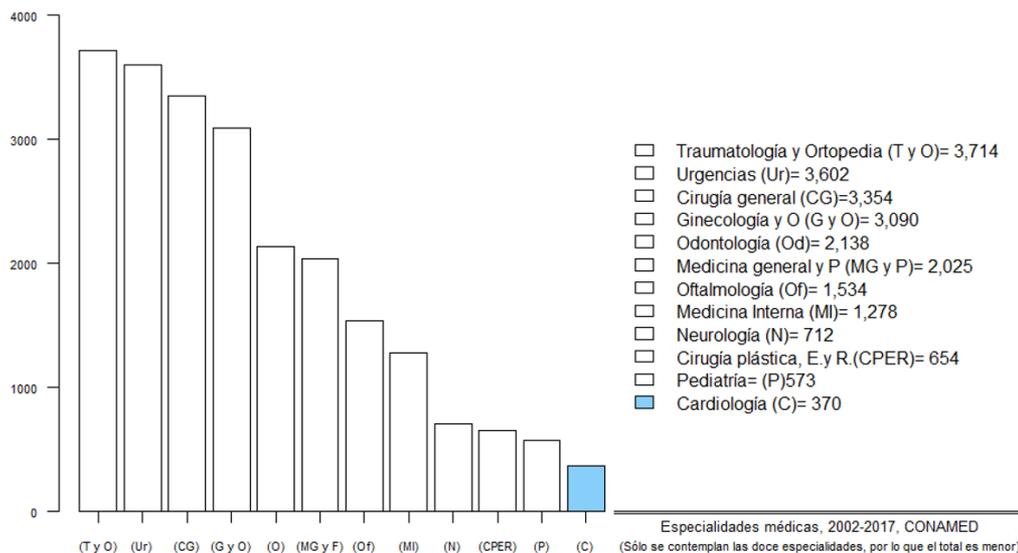
En el cuadro 1 se observa la tendencia seguida tanto por el total de quejas como por las cifras correspondientes a Cardiología, especialidad que ahora presentamos, y cuyo peso relativo respecto a las cifras globales fluctúa entre el 2.2% y el 0.9% con un valor promedio de 1.4% durante el periodo de análisis. En cuanto al número de quejas estas ascienden a 370, mostrando las cifras anuales variaciones y altibajos a los largo del periodo, con una tendencia general a la alza, de tal manera que al inicio del periodo las quejas fueron de 24 (2002) y para el último año han ascendido a 29 (2017), incremento del 20%. En forma general, se puede observar que las quejas han ido aumentando año con año, no mostrando cambios demasiado drásticos.

Cuadro 1. Evolución del total de quejas concluidas y del servicio de Cardiología y su proporción respecto al 2002-2017

Año	Total de quejas concluidas	Quejas concluidas de Cardiología	%
2002	1,113	24	2.2
2003	1,309	24	1.8
2004	1,510	24	1.6
2005	1,607	21	1.3
2006	1,544	23	1.5
2007	1,665	20	1.2
2008	1,734	16	0.9
2009	1,748	25	1.4
2010	1,670	23	1.4
2011	1,792	27	1.5
2012	1,696	15	0.9
2013	1,774	21	1.2
2014	1,653	28	1.7
2015	2,022	23	1.1
2016	1,972	27	1.4
2017	1,964	29	1.5
Total	26,773	370	1.4

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Gráfica 1. Total de quejas concluidas según especialidad médica, 2002-2017



Como se puede observar en la grafica 1, cardiología se ubica en el doceavo lugar respecto al total de las quejas concluidas. Las razones del incremento de las quejas pueden ser diversas: desde un mayor acceso a los servicios de salud con los riesgos inherentes respecto a la exposición al error médico y al deterioro en la calidad de la atención, hasta una mayor cultura de la población en materia de denuncia de inconformidades, pasando por un conocimiento más claro de la prestación que realiza la CONAMED como instancia responsable de la solución de conflictos médico-paciente.

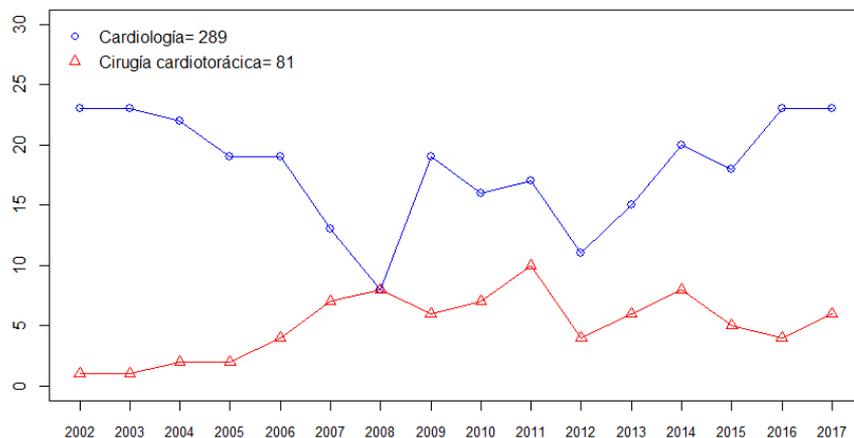
La especialidad de Cardiología está compuesta a su vez por dos subespecialidades: cardiología y cirugía cardiotorácica. El peso relativo de cada una de ellas al interior del grupo analizado es variable a lo largo del tiempo, tal y como se observa en el cuadro 2, no obstante considerando el total del periodo las cifras son de 78.1% y 21.9% respectivamente, lo que implica que de cada diez personas que presentaron su queja respecto a esta especialidad, ocho de manera aproximada, lo hizo en cuanto al servicio otorgado por cardiología y dos en cuanto al servicio de cirugía cardiotorácica. En particular llama la atención dos años: 2002 y 2003 con la mayor distancia entre las dos subespecialidades (95.8% cardiología y 4.2% cirugía cardiotorácica) y el año donde 2008 donde ambas subespecialidades representaron el 50% del total de las quejas cada una (cardiología= 8, cirugía cardiotorácica= 8)

Cuadro 2. Total de quejas concluidas del servicio de Cardiología según subespecialidad, 2002-2017

Año	Total	Cardiología		Cirugía cardiotorácica	
		Absolutos	%	Absolutos	%
2002	24	23	8.0	1	1.2
2003	24	23	8.0	1	1.2
2004	24	22	7.6	2	2.5
2005	21	19	6.6	2	2.5
2006	23	19	6.6	4	4.9
2007	20	13	4.5	7	8.6
2008	16	8	2.8	8	9.9
2009	25	19	6.6	6	7.4
2010	23	16	5.5	7	8.6
2011	27	17	5.9	10	12.3
2012	15	11	3.8	4	4.9
2013	21	15	5.2	6	7.4
2014	28	20	6.9	8	9.9
2015	23	18	6.2	5	6.2
2016	27	23	8.0	4	4.9
2017	29	23	8.0	6	7.4
Total	370	289	100.0	81	100.0

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED).
CONAMED, 2002-2017

Gráfica 2. Comparativo del número de quejas concluidas según subespecialidad y año, 2002-2017



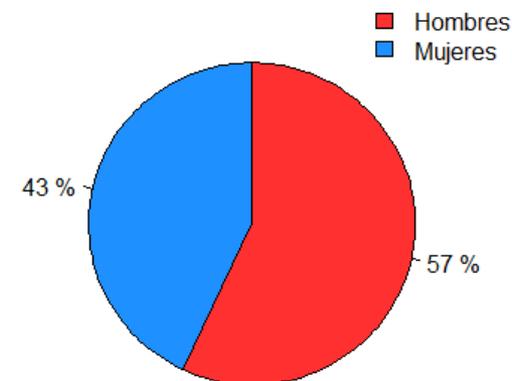
El promedio de quejas por año de cardiología es de 18 quejas (con un rango que va desde 8 a 23 quejas), en tanto que el promedio de cirugía cardiotorácica es de casi 5 quejas (con un rango que va desde 1 a 10 quejas).

Cabe señalar que cada una de las dos subespecialidades muestran un patrón evolutivo independiente y con perfiles muy distintos (véase gráfica 2): mientras que cardiología mostró oscilaciones importantes como en el periodo de 2006 al 2008 donde disminuyeron los casos en un 57.8%, se mantuvo en el mismo número de quejas concluidas al inicio del periodo analizado (2002= 23) y el año final (2017= 23), en contraste cirugía artroscópica, muestra una tendencia a la alza de manera general, donde el crecimiento de manera general desde el inicio al final del periodo analizado es del 500% (2002= 1, 2017= 6).

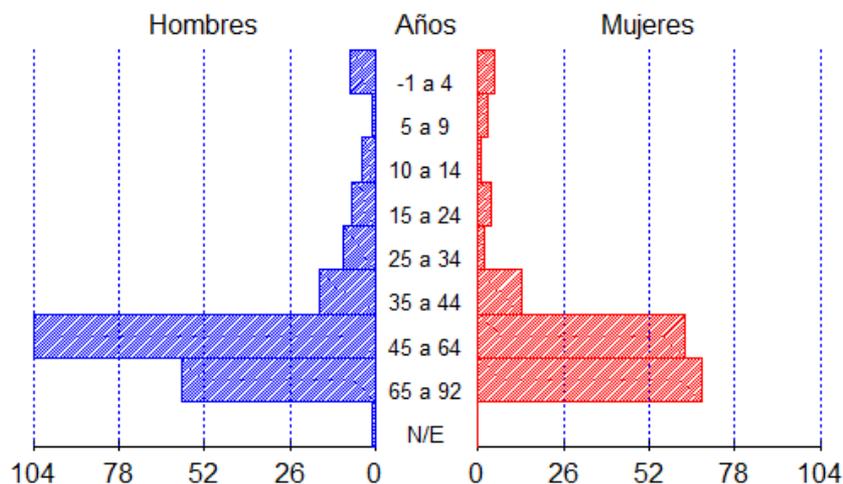
De acuerdo a la distribución por sexo de las quejas concluidas, cuya inconformidad se originó al interior de los servicios de cardiología, se tiene que el 57% corresponden a la población masculina y el 47% restante a femenina. No obstante en el rango de 50 a 54 años, las mujeres representan el 55.2%, y en el rango de 80 a 91 años, representan el 83.3% del total de este rango, donde podemos decir que de cada diez usuarios ocho son mujeres.

Respecto a los grupos de edad, la población que llega a presentar una queja ante la CONAMED se muestra mayoritariamente en la edad adulta (53.2% se ubica entre los 35 y 64 años); adicionalmente las edades más jóvenes, entre 15 y 34 años representan el 6.2%; en las edades extremas se ubica el 4.6% correspondiendo a los menores de 15 años y el 34.3% a los mayores de 65 años. Es importante mencionar, que en el rango de 45 a 64 años los hombres representan el 62.3% del total de este rango.

Gráfica 3. Quejas concluidas del servicio de Cardiología según sexo, 2002-2017



Gráfica 4. Pirámide del servicio de Cardiología según rango de edad y sexo, 2002-2017



Cuadro3. Quejas concluidas del servicio de Cardiología según grupo de edad y sexo del usuario, 2002 – 2017

Grupo de edad (años)	Total		Hombres		Mujeres	
	Absolutos	%	Absolutos	%	Absolutos	%
Total	370	100.0	211	100	159	100
Menores de 1	10	2.7	6	2.8	4	2.5
1 a 4	3	0.8	2	0.9	1	0.6
5 a 9	4	1.1	1	0.5	3	1.9
10 a 14	5	1.4	4	1.9	1	0.6
15 a 19	5	1.4	4	1.9	1	0.6
20 a 24	6	1.6	3	1.4	3	1.9
25 a 29	5	1.4	4	1.9	1	0.6
30 a 34	7	1.9	6	2.8	1	0.6
35 a 39	12	3.2	6	2.8	6	3.8
40 a 44	18	4.9	11	5.2	7	4.4
45 a 49	32	8.6	23	10.9	9	5.7
50 a 54	29	7.8	13	6.2	16	10.1
55 a 59	60	16.2	37	17.5	23	14.5
60 a 64	46	12.4	31	14.7	15	9.4
65 a 79	115	31.1	57	27.0	58	36.5
80 y más	12	3.2	2	0.9	10	6.3
No especificado	1	0.3	1	0.5	0	0

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

En el análisis de la queja médica debe necesariamente considerar dos variables de ubicación geográfica: la residencia del usuario (donde vive la persona afectada) y el lugar de atención (o la ubicación del establecimiento que prestó la atención).

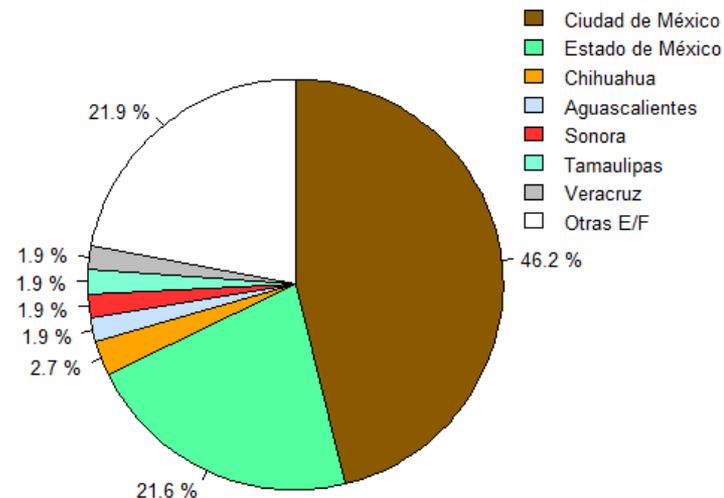
En lo referente a la residencia habitual del usuario que presentó una inconformidad ante la CONAMED (véase cuadro 4), corresponde a la Ciudad de México encabezar esta lista al ser la entidad federativa con mayor número de quejas presentadas ya que de las 370 quejas concluidas en el periodo 2002-2017, 171 de ellos declararon ser residentes de la CDMX (46.2%); en segundo sitio, como era de esperarse se encuentra el Estado de México con 80 casos (21.6%), siguiendo Chihuahua con 10 casos (2.7%), y teniendo el mismo número de casos Aguascalientes, Sonora, Tamaulipas y Veracruz, con 7 casos cada entidad federativa (1.9% cada una y en conjunto representando el 7.6% del total)

En cuanto a la distribución de las quejas según lugar de la atención (la relación que guarda con el establecimiento médico y su ubicación geográfica), se identificó que la mayoría de estos están ubicados en la Ciudad de México con el 58.6% respecto del total, seguido por el Estado de México (10.3%), continuando San Luis Potosí y Jalisco (representando cada entidad el 2.4%).

Lo anterior se debe, al menos en las dos primeras entidades federativas, a la ubicación de la CONAMED, que por encontrarse en la Ciudad de México atrae en forma natural a los usuarios residentes de dichas entidades federativas y a quienes por el nivel de concentración de los servicios de salud se han atendido en unidades médicas ahí ubicadas. Debe señalarse que si bien existen en 26 estados comisiones de arbitraje médico con las atribuciones de resolver conflictos surgidos del acto médico, no todas pueden ejercer en forma íntegra el proceso por lo cual se dan casos donde se remiten los casos para que sean concluidos por la CONAMED; en otras situaciones, es el propio usuario quien decide desplazarse o enviar su queja para que sea resuelta por la instancia nacional.

Cabe señalar en particular los estados que no cuentan con una comisión estatal, siendo Durango, Quintana Roo, Chihuahua (así como Baja California Sur y Zacatecas, no obstante, no tuvieron casos en esta especialidad), cuyas quejas agrupan 3.8% del total.

Gráfica 5. Quejas concluidas según entidad federativa del usuario, 2002-2017



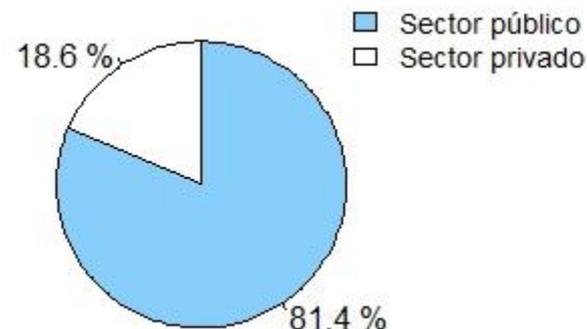
Cuadro 4. Total de quejas concluidas del servicio de Cardiología según entidad federativa de residencia del usuario y de la ubicación del establecimiento, 2002-2017

Entidad federativa/Atención médica	Lugar de residencia del usuario																									Total general	%							
	Aguascalientes	Baja California	Campeche	Chiapas	Chihuahua	Ciudad de México	Coahuila	Colima	Durango	Estado de México	Guanajuato	Guerrero	Hidalgo	Jalisco	Michoacán	Morelos	Nayarit	Nuevo León	Oaxaca	Puebla	Querétaro	Quintana Roo	San Luis Potosí	Sinaloa	Sonora			Tabasco	Tamaulipas	Tlaxcala	Veracruz	Yucatán	Se ignora	
Aguascalientes	6					1																											7	1.9
Baja California		5																															5	1.4
Campeche			1																														1	0.3
Chiapas				2																													2	0.5
Chihuahua					8																												9	2.4
Ciudad de México				1		165				41		1				2			2	1	1		1								2	1	217	58.6
Coahuila					2		4																										6	1.6
Colima								4																									4	1.1
Durango						1																											1	0.3
Estado de México						2				36																							38	10.3
Guanajuato	1										5																						6	1.6
Guerrero									1							1																	2	0.5
Hidalgo												4																					4	1.1
Jalisco										1				6			1								1								9	2.4
Michoacán					1										1																		2	0.5
Morelos									1							1																	2	0.5
Nayarit																	2																2	0.5
Nuevo León						1												1									2						4	1.1
Oaxaca																			1														1	0.3
Puebla																				1													1	0.3
Querétaro																						4											4	1.1
Quintana Roo						1																	3										4	1.1
San Luis Potosí																								5									5	1.4
Sinaloa																								6									6	1.6
Sonora		1																								6							7	1.9
Tabasco																										2							2	0.5
Tamaulipas										1																	5						6	1.6
Tlaxcala																												3					3	0.8
Veracruz																																	5	1.4
Yucatán																														3			3	0.8
Se ignora																																	2	0.5
Total general	7	6	1	3	10	171	5	4	1	80	5	2	4	6	1	3	3	1	3	2	5	3	6	6	7	2	7	3	7	4	2	370	100.0	
%	1.9	1.6	0.3	0.8	2.7	46.2	1.4	1.1	0.3	21.6	1.4	0.5	1.1	1.6	0.3	0.8	0.8	0.3	0.8	0.5	1.4	0.8	1.6	1.6	1.9	0.5	1.9	0.8	1.9	1.1	0.5	100.0		

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

*II. Atención médica y
motivos que
originaron la queja*

Gráfica 6. Numero de quejas concluidas del servicio de Cardiología según sector, 2002-2017



En relación al sector en el que se originó el incidente que dio origen a la queja, se observa que el 81.4% de cada cien casos, proceden del sector público en tanto que el 18.6% corresponden al sector privado.

En cuanto al sector público, la institución que representa el mayor número de quejas dentro de este sector es el IMSS con el 48% de los casos totales, siguiendo el ISSSTE con el 12% y SSA/SESA's con el 12.6%.

Cuadro 5. Quejas concluidas del servicio de Pediatría según sector e institución de atención donde se originó la queja médica y sexo, 2002-2017

Institución y sector	Total	Hombre	Mujer
Sector público	433	235	198
IMSS	275	145	130
ISSSTE	69	38	31
SSA/SESA's	72	42	30
PEMEX	13	7	6
SEDENA	1	1	0
SEMAR	1	1	0
Otros*	2	1	1
Sector privado	140	81	59
Total	573	316	257

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Un hecho interesante es la diferencia en el número de quejas entre el IMSS y la Secretaría de Salud (incluyendo los servicios estatales), a pesar de que en términos de cobertura la población de su responsabilidad es muy semejante, la primera respecto a la población derechohabiente y la segunda en relación a la población no asegurada. Se puede inferir que más allá del nivel de calidad de los servicios prestados por ambas, existen claras diferencias culturales y socioeconómicas entre las poblaciones atendidas por cada una de ellas, lo que pudiera constituirse en la razón de los diferenciales de reporte, ya que es conocido el mayor umbral de tolerancia en las poblaciones más vulnerables.

El análisis de los componentes que integran el servicio que ahora se analiza, deja ver diferencias interesantes al interior de cada una de las subespecialidades presentadas.

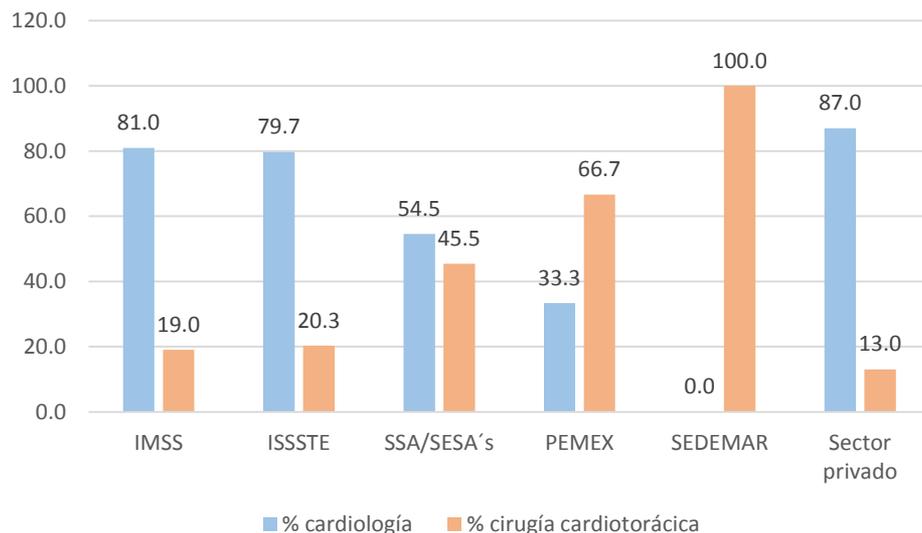
Mientras que el 79.2% de las quejas contra cardiología provienen del sector público, el 88.8% de las quejas en cirugía cardiotorácica corresponden al mismo sector.

Cuadro 6. Quejas concluidas del servicio de Cardiología según institución y subespecialidad, 2002-2017

Institución	Total	Cardiología	Cirugía cardiotorácica
Sector público	301	229	72
IMSS	189	153	36
ISSSTE	69	55	14
SSA/SESA's	33	18	15
PEMEX	9	3	6
SEDEMAR	1	0	1
Sector privado	69	60	9
Total	370	289	81

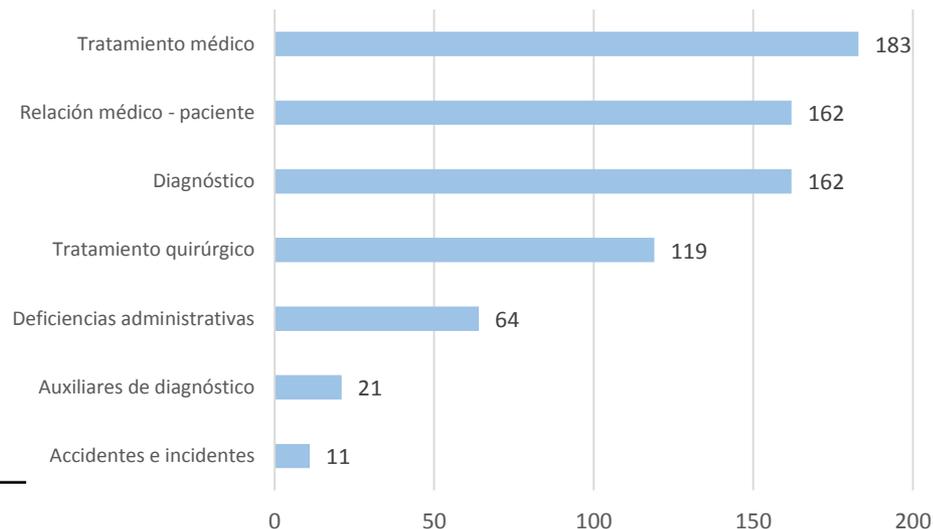
Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Gráfica 7. Numero de quejas concluidas según institución, sector y subespecialidad del servicio de Cardiología, 2002-2017



La gráfica muestra otro enfoque del mismo análisis: se revisa ahora la distribución por institución según el porcentaje correspondiente a la subespecialidad médica. Se puede observar que en SEDEMAR el total de los casos se dieron en cirugía cardiotorácica, mientras que en las SSA/SESA's los casos se dieron con frecuencias muy cercanas. Se puede observar que en el sector privado tan sólo el 13% de los casos fueron se dieron en cirugía cardiotorácica.

Gráfica 8. Motivos mencionados en la presentación de las quejas concluidas según grandes grupos de causas de Cardiología, 2002-2017



En ocasión de la presentación de una queja médica, el usuario puede mencionar uno o más motivos para la presentación de la misma (el promedio de los años analizados es de 1.9).

Durante el periodo 2002-2017, las quejas concluidas en los servicios cardiología dan cuenta de 722 motivos, siendo los rubros con mayores frecuencias los relativos al tratamiento quirúrgico (25.3%), relación médico-paciente (22.4%) y diagnóstico (22.4%).

Cuadro 7. Motivos mencionados en la presentación de las quejas concluidas según grandes grupos de causas de Cardiología, 2002-2017

Principales grupos de motivos	Total	Hombres		Mujeres	
		Absolutos	%	Absolutos	%
Tratamiento médico	183	69	24.3	114	26.0
Diagnóstico	162	51	18.0	111	25.3
Relación médico - paciente	162	65	22.9	97	22.1
Tratamiento quirúrgico	119	58	20.4	61	13.9
Deficiencias administrativas	64	28	9.9	36	8.2
Auxiliares de diagnóstico	21	9	3.2	12	2.7
Accidentes e incidentes	11	4	1.4	7	1.6
Total	722	284	100.0	438	100.0

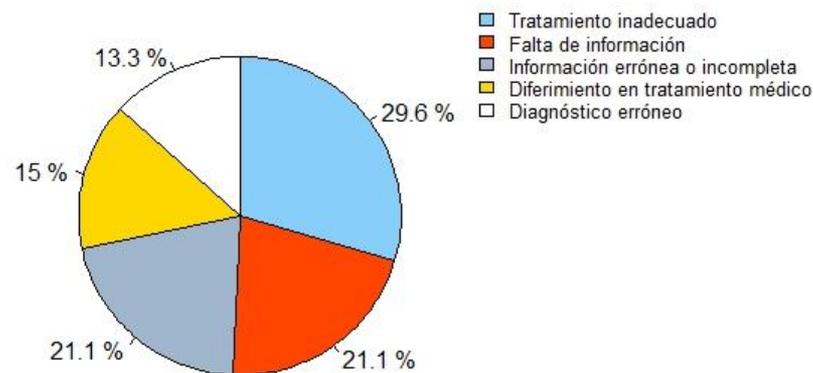
Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

En cuanto a los motivos desagregados según sexo, el 39.3% corresponden a hombres mientras que 60.7% a las mujeres. Se puede observar que en las mujeres, el 26% se concentra en tratamiento médico, en contraste con el 1.6% representado por accidentes e incidentes. En cuanto a los hombres, el 24.3% se concentra en el tratamiento médico en contraste con el 1.4% de accidentes e incidentes.

Cuadro 8. Motivos mencionados en la presentación de las quejas concluidas según causas detalladas de Cardiología, 2002-2017

	722	%
Total	722	%
Accidentes e incidentes	11	1.5
Le administraron un medicamento que no le correspondía	3	0.4
Presentación de accidentes	4	0.6
Presentación de caídas del paciente	1	0.1
Presentación de infección intrahospitalaria	3	0.4
Auxiliares de diagnóstico	21	2.9
Diferimiento	11	1.5
Estudios innecesarios	2	0.3
Falsos positivos	3	0.4
Resultados inoportunos	3	0.4
Secuelas	2	0.3
Deficiencias administrativas	64	8.9
Demora prolongada para obtener servicio	36	5.0
Falta de equipo, insumos y/o personal	15	2.1
Falta de medicamento	3	0.4
Maltrato y/o abuso por personal hospitalario no medico	3	0.4
Negación de la atención	7	1.0
Diagnóstico	162	22.4
Diferimiento	37	5.1
Erróneo	39	5.4
Falta de información y consentimiento	26	3.6
Innecesario	15	2.1
Inoportuno	22	3.0
Omisión	23	3.2
Relación médico - paciente	162	22.4
Falta de información	62	8.6
Información errónea o incompleta	62	8.6
Maltrato	38	5.3
Tratamiento médico	183	25.3
Alta prematura del tratamiento	14	1.9
Complicaciones secundarias: desinformación	25	3.5
Diferimiento	44	6.1
Negación del servicio	8	1.1
Secuelas: exceso terapéutico	5	0.7
Tratamiento inadecuado	87	12.0
Tratamiento quirúrgico	119	16.5
Alta prematura de los cuidados postoperatorios	3	0.4
Cirugía innecesaria	3	0.4
Complicaciones del postoperatorio	25	3.5
Complicaciones del transoperatorio	7	1.0
Diferimiento del tratamiento quirúrgico	31	4.3
Secuelas	25	3.5
Técnica inadecuada	5	0.7
Tratamiento no satisfactorios: falta de consentimiento informado	3	0.4
Tratamiento no satisfactorios: falta de vigilancia	17	2.4

Gráfica 9. Cinco motivos detallados principales de Cardiología, 2002-2017



Cada uno de los grandes rubros de motivos presentados previamente puede desagregarse según la inconformidad principal resentida en cada caso. De esta forma se observa que los rubros más frecuentes son el tratamiento inadecuado (87), falta de información e información errónea (62 casos en ambos motivos), diferimiento en tratamiento médico (44) y diagnóstico erróneo (39).

Con cifras menores pero no por ello con menor relevancia, tratamiento no satisfactorio (3), estudios innecesarios y secuelas (2 casos en ambos motivos) y presentación de caídas del paciente (1).

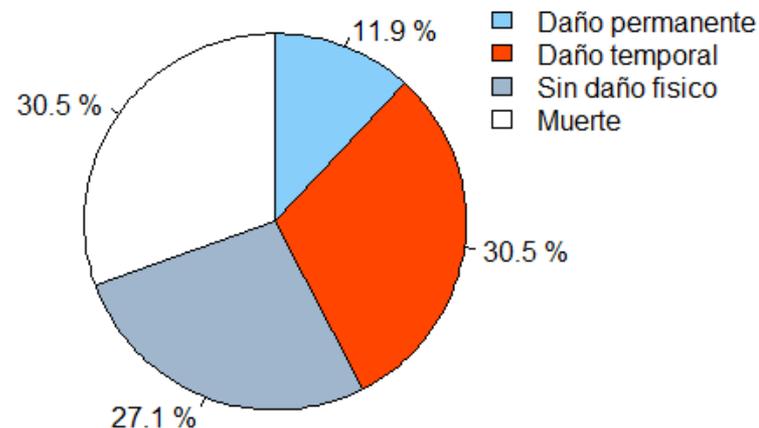
Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

*III. Gravedad del
daño ocasionado por
la atención médica*

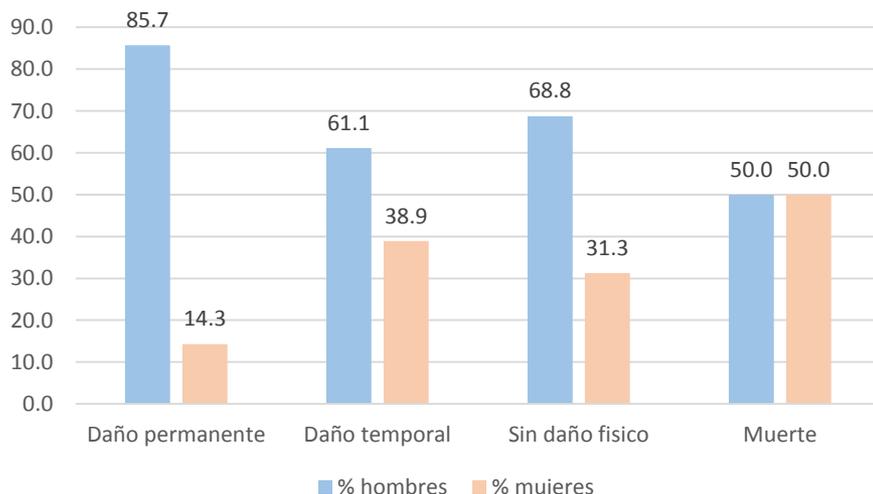
La complejidad de la atención médica y el carácter falible e incierto de la práctica médica, puede implicar riesgos y en ciertos casos consecuencias, entre las cuales se encuentran los motivos enunciados y daños causados por éstos. En particular, en la información que ahora se analiza, de los usuarios que hicieron mención del daño, el 11.9% sufrieron de daño permanente, el 30.5% daño temporal, el 27.1% afirmaron no haber sufrido daño físico y finalmente, el 30.5% sufrieron el daño máximo, es decir la muerte.

En cuanto a los casos que hicieron mención de un daño permanente el 85.7% correspondió a los hombres. El porcentaje más alto registrado en cuanto a mujeres se dio en el daño temporal, representando el 38.9%. Como puede observarse, en cuanto los fallecimientos se dieron en igual proporción tanto en hombres como en mujeres.

Gráfica 10. Quejas concluidas del servicio de Cardiología según el tipo de daño, 2002-2017



Gráfica 11. Quejas concluidas del servicio de Cardiología, según el tipo de daño y sexo



Cuadro 9. Quejas concluidas del servicio de Cardiología según gravedad del daño y sexo del usuario, 2002-2017

Gravedad del daño	Total	Hombres	Mujeres
Quejas con mención de daño	59	37	22
Daño permanente	7	6	1
Daño temporal	18	11	7
Sin daño físico	16	11	5
Muerte	18	9	9
Quejas sin mención de daño	311	174	137
Total	370	211	159

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Un incidentes adversos grave, que por su magnitud, costo y trascendencia se le ha denominado centinela, es una incidencia imprevista en la que se **puede producir** la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca, la pérdida de una extremidad o una función. La frase «o el riesgo de que se produzca» comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave.

Ante esto, derivado del análisis del tipo de daño, se concentraron 18 muertes, que en relación al total de quejas nos permite estimar una tasa de mortalidad en los servicios de cardiología (y vinculada a la población que presentó una queja en CONAMED), de 48 fallecimientos por cada mil quejas, cifra que analizada por sexo nos indica una probabilidad de muerte en hombres de 42 muertes por cada mil quejas y en las mujeres 56 muertes por cada mil quejas.

Dichas muertes, se ubican principalmente en dos grupos de edad mismos que son de 45 a 64 y de 65 a 91 años, que en conjunto representan el 72.2% del total de muertes. También se puede observar, que en el rango de 5 a 9 años, se presentan una tasa de muerte alta, de 250 muertes por cada mil quejas (que en el caso de las mujeres sube a 333).

Cuadro 10. Total de muertes ocurridas en las quejas de Cardiología según edad y sexo, 2002-2017

Edad	Total de quejas			Total quejas hombres			Total quejas mujeres		
	Muertes	Quejas	Tasa*	Hombres	Quejas	Tasa	Mujeres	Quejas	Tasa
-1 a 4	1	13	76.9	1	8	125.0	0	5	0.0
5 a 9	1	4	250.0	0	1	0.0	1	3	333.3
10 a 14	1	5	200.0	1	4	250.0	0	1	0.0
25 a 34	2	12	166.7	2	10	200.0	0	2	0.0
45 a 64	7	167	41.9	4	104	38.5	3	63	47.6
65 a 91	6	127	47.2	1	59	16.9	5	68	73.5
Total	18	370	48.6	9	211	42.7	9	159	56.6

*Tasa por cada mil quejas totales presentadas en ese grupo de edad. Muertes/Quejas*1,000

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Continuando con el análisis de las defunciones, del total el 94.4% corresponden al sector público mientras que el 5.6% al sector privado, no obstante, resulta interesante abrir esta información al análisis según la institución involucrada. En este sentido, el IMSS es la institución donde más muertes se presentaron (9 de 18) con el 50 %, seguido del ISSSTE con 38.9% del total de muertes, y únicamente el 5.6% pertenece al sector privado.

Utilizando una tasa de muertes por cada 1,000 quejas presentadas en cada institución, podemos observar que el sector público presenta 56 muertes por cada mil quejas, mientras que el sector privado 14 muertes por cada mil quejas. En cuanto a las instituciones, se puede observar que el ISSSTE presenta 101 muertes por cada mil quejas, seguido por el IMSS presenta 47 muertes aproximadamente por cada mil quejas presentadas.

Cuadro 11. Muertes ocurridas y tasa de mortalidad vinculadas a las quejas del servicio de Cardiología según sector e institución, 2002-2017

Institución	Muerte	Total de quejas	Tasa	% relativo a muertes
Sector público	17	301	56.5	94.4
IMSS	9	189	47.6	50.0
ISSSTE	7	69	101.4	38.9
SSA/SESA's	1	33	30.3	5.6
Sector privado	1	69	14.5	5.6
Total	18	370	48.6	100.0

*Tasa por cada mil quejas totales presentadas en ese grupo de edad. Muertes/Quejas*1000

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

De los estados de la república en donde ocurrieron las defunciones, se identificaron 9 entidades, siendo las dos con más frecuencias, Ciudad de México, y Estado de México, presentando las restantes entidades sólo un fallecimiento.

El mayor número de defunciones ocurrieron en la Ciudad de México (8), abarcando el 44.4% de todas las defunciones, continuando el Estado de México con 3 quejas (16.7%), representando las demás entidades federativas cada una el 5.6%.

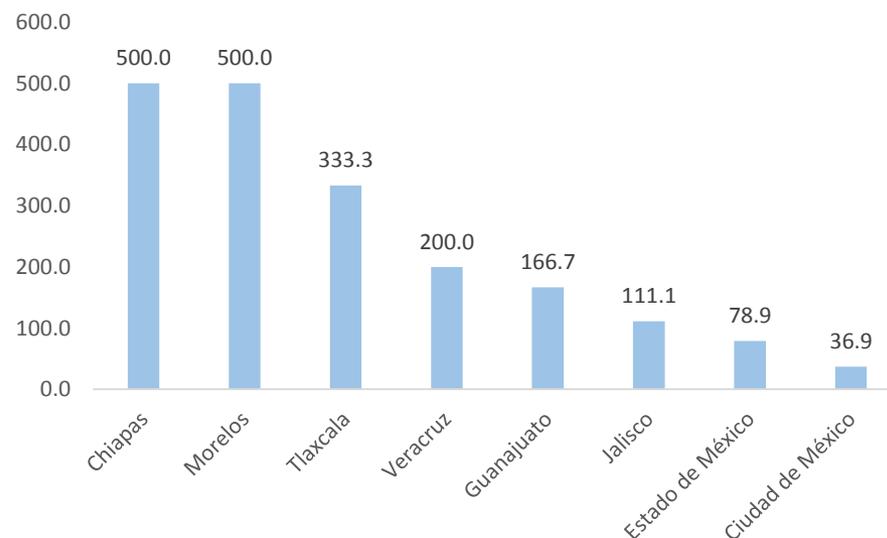
También podemos observar, que la tasa más alta de muerte se encuentra en el estado de Campeche, donde por cada muerte se presentó una queja, siguiendo en orden descendente Chiapas y Morelos, donde podemos decir que hay 5 muertes por cada diez quejas.

Cuadro 12. Total de muertes en Cardiología por entidad federativa y tasa, 2002-2017

Entidad federativa	Muertes		Tasa	
	Absolutos	%	Quejas según entidad del prestador	Tasa por cada mil quejas
Ciudad de México	8	44.4	217	36.9
Estado de México	3	16.7	38	78.9
Campeche	1	5.6	1	1000.0
Chiapas	1	5.6	2	500.0
Guanajuato	1	5.6	6	166.7
Jalisco	1	5.6	9	111.1
Morelos	1	5.6	2	500.0
Tlaxcala	1	5.6	3	333.3
Veracruz	1	5.6	5	200.0
Total	18	100.0	370	48.6

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Gráfica 12. Muertes ocurridas en el servicio de cardiología y entidad federativa, 2002-2017



Nota: tasa de mortalidad por cada mil quejas según entidad federativa del usuario

*IV. Conclusión de la
queja y desempeño de
la institución médica*

Cuadro 13. Duración promedio en días en la conclusión de las quejas de Cardiología, según modalidad de la conclusión y tipo de sector, 2002 a 2017

Modalidad de conclusión y tipo de sector	No. de quejas 2002 a 2017	Valores en días		Rango de días	
		Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
Nacional					
Total	370	243	165	27	1,660
Conciliaciones	360	233	162	27	1,660
Laudos emitidos	10	612	562	149	1,256
Sector público					
Total	301	270	179	36	1,660
Conciliaciones	296	259	177	36	1,660
Laudos emitidos	5	911	713	684	1,256
Sector privado					
Total	69	128	88	27	491
Conciliaciones	64	113	80	27	491
Laudos emitidos	5	313	318	149	440

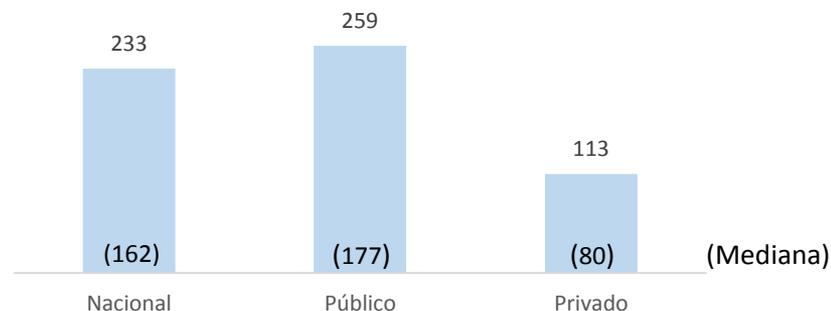
Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

El tiempo transcurrido entre el inicio y la conclusión de una queja es diferencial según la modalidad de la conclusión y el sector involucrado. En términos generales transcurren en promedio 243 días totales; no obstante cuando esta se resuelve a través del proceso de conciliación el tiempo es menor (233 días), en tanto que si la queja no se concilia y se decide continuar el proceso mediante el arbitraje médico, el tiempo se incrementa a 612 días hasta lograr la emisión del laudo que establece la conclusión de la queja.

Las cifras anteriores muestran importantes diferencias según se trate de quejas provenientes del sector público o del sector privado. En el primer caso la duración del proceso es generalmente mayor (270 días) debido a una tramitología más compleja donde intervienen no solo los establecimientos de salud sino también las instituciones, en tanto que las unidades privadas actúan en forma más ágil, concluyéndose la queja en mucho menor tiempo (128 días).

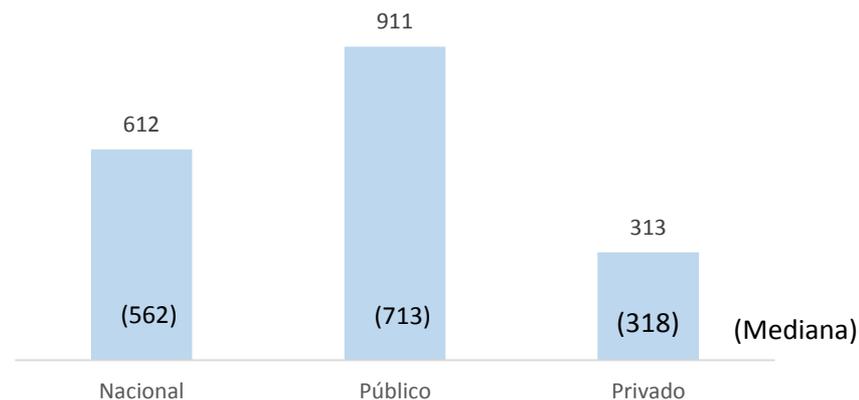
Gráfica 13. Duración promedio en días en la conclusión de las quejas, 2002 a 2017

Modalidad: quejas por conciliación



Gráfica 14. Duración promedio en días en la conclusión de las quejas, 2002 a 2017

Modalidad: quejas por emisión de laudos



Un aspecto de gran relevancia es aquel que se vincula con la modalidad de conclusión de las quejas atendidas, las cuales en general se clasifican en dos grandes apartados: quejas concluyentes y quejas no concluyentes, entendiendo por éstas lo siguiente: las quejas concluyentes son aquellas que terminan el proceso conforme a lo que se pretende idealmente, es decir que concluyen mediante la firma de un convenio de conciliación o en su caso a través del arbitraje médico con la emisión de laudo; mientras que las quejas no concluyentes, como su nombre lo indica terminan en forma inadecuada o inesperada, es decir que son quejas que no concluyen la conciliación, ni aceptan el arbitraje, quedando en muchos casos el proceso inconcluso por falta de interés procesal de alguna de las partes, o bien por sobreseimiento y/o acumulación de autos.

De las 370 quejas concluidas en las que se ha visto involucrado el servicio de cardiología, 41.6% corresponden al concepto de “concluyente” en tanto que 58.4% se ha considerado como no concluyentes.

Cuadro 15. Quejas concluidas del servicio de Cardiología según modalidad de conclusión y sector, 2002-2017

Submodalidad	Total	Público		Privado	
		Absolutos	%	Absolutos	%
QUEJAS CONCLUYENTES	154	130	43.2	24	34.8
Conciliación	144	125	41.5	19	27.5
Laudo	10	5	1.7	5	7.2
QUEJAS NO CONCLUYENTES	216	171	56.8	45	65.2
No conciliación	170	145	48.2	25	36.2
Por falta de interés procesal	33	19	6.3	14	20.3
Sobreseimiento	13	7	2.3	6	8.7
Total	370	301	100.0	69	100.0

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Cuadro 14. Quejas concluidas del servicio de Cardiología por modalidad y submodalidad de conclusión de las quejas, por sexo del usuario

Submodalidad	Total		Hombres	Mujeres
	Absolutos	%		
QUEJAS CONCLUYENTES	154	41.6	95	59
Conciliación	144	38.9	88	56
Laudo	10	2.7	7	3
QUEJAS NO CONCLUYENTES	216	58.4	116	100
No conciliación	170	45.9	90	80
Por falta de interés procesal	33	8.9	17	16
Sobreseimiento	13	3.5	9	4
Total	370	100.0	211	159

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Como es lo deseable, dentro de las quejas concluyentes, la conciliación (144 casos) representa la gran mayoría de los casos; es decir que sólo 10 quejas se concluyeron a través del procedimiento de arbitraje médico (fase decisoria, representando sólo el 6.5% de este sub-grupo.

En cuanto al análisis de la modalidad de conclusión por tipo de sector, 43.2% corresponden como concluyentes en el sector público y el 56.8% como no concluyentes, y en cuanto al sector privado el 34.8% fueron no concluyentes y el 65.2% como concluyentes.

Los laudos constituyen una modalidad de conclusión de la queja, son el resultado obtenido al término del proceso arbitral. Pueden concluir de manera absoluta, en las que se absuelve al prestador del servicio de las pretensiones solicitadas por el usuario si durante el procedimiento arbitral no se logra identificar elementos constitutivos de mala práctica y/o una relación de causalidad entre la atención médica brindada y el daño y/o perjuicio presentado en el usuario. Mientras que en los laudos condenatorios, se demuestra la existencia de una práctica y una relación de causalidad entre el servicio médico brindado y el daño y/o perjuicio sufrido, por lo que se condena al prestador de servicios al cumplimiento de las pretensiones mencionadas por el usuario.

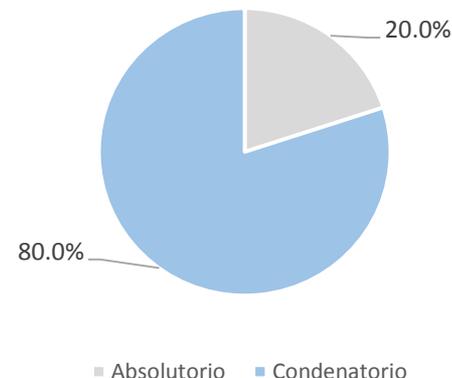
Por lo tanto, los laudos emitidos contra los servicios de cardiología durante el periodo de 2002 a 2017, resultaron condenatorios en 70%, siendo 7 en números absolutos, mientras que los absolutorios fueron el 30% (3 laudos).

Cuadro 16. Quejas concluidas del servicio de Cardiología según veredicto de los laudos emitidos por sector involucrado

Modalidad de conclusión	Total	Público		Privado	
		Absolutos	%	Absolutos	%
Laudos	10	5	100.0	5	100.0
Absolutorio	3	1	20.0	2	40.0
Condenatorio	7	4	80.0	3	60.0

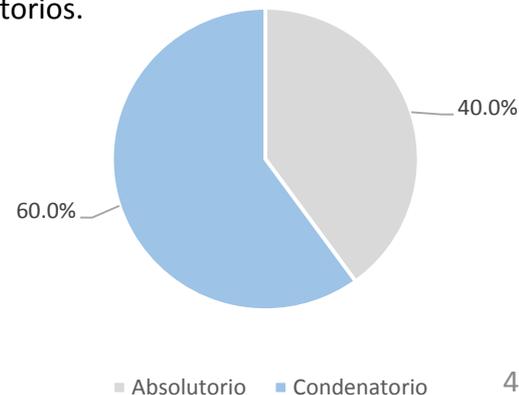
Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Gráfica 15. Porcentaje de laudos concluidos del servicio de Cardiología en el sector público, 2002-2017



Gráfica 16. Porcentaje de laudos concluidos del servicio de Cardiología en el sector privado, 2002-2017

Se puede observar, que del total de los laudos emitidos en el sector público el 80% resultaron condenatorios mientras que el 20% fueron absolutorios. En cuanto al sector privado los laudos absolutorios resultan el 40% y el 60% de los mismos condenatorios.



Una manera indirecta de conocer el desempeño de la institución médica es por medio de la evaluación documental del acto médico, ya que dicho análisis nos acerca a entender cómo es que la práctica médica se lleva a cabo dentro de las instituciones. Si bien el desempeño institucional en relación al acto médico involucra diversos factores, el análisis documentado de cada uno de los procesos realizados puede considerarse como un reflejo del desempeño de los prestadores de servicios de salud.

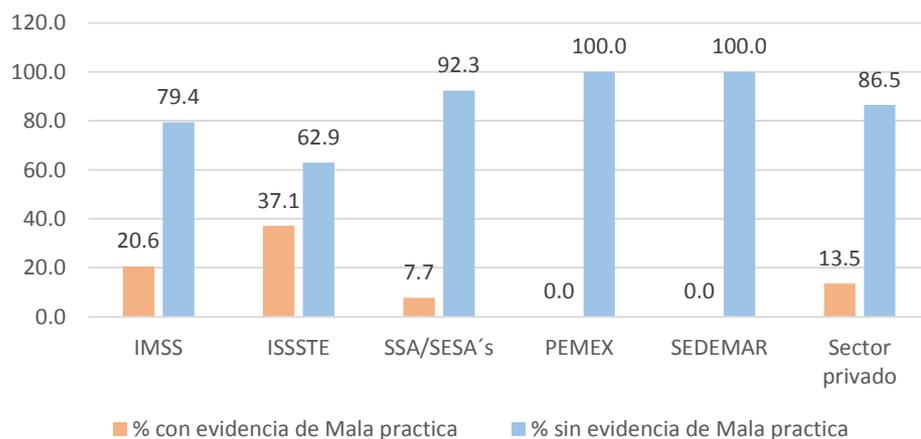
En este sentido, se encontró que la mayoría de los casos concluidos no presentaron evidencia de una mala práctica (63.2% del total) directamente vinculados a la Litis de la queja, es decir el motivo directo por el que se presentó la queja; existe lamentablemente más del 19% de casos que no permitieron precisar claramente las evidencias, por carecer de elementos o no especificar claramente los parámetros a ser considerados.

Cuadro17. Quejas concluidas del servicio de Cardiología, según evaluación del acto médico

Institución y sector	Total	Con evidencia de Mala practica	Sin evidencia de Mala practica	No especificado	Sin elementos
IMSS	189	34	131	10	14
ISSSTE	69	23	39	3	4
SSA/SESA's	33	2	24	7	0
PEMEX	9	0	7	1	1
SEDEMAR	1	0	1	0	0
Sector privado	69	5	32	18	14
Total	370	64	234	39	33

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Gráfica 17. Quejas concluidas según el servicio de Cardiología según evaluación del acto médico e institución, 2002-2017



De las quejas con evidencia de mala practica, las instituciones que del total de sus casos resultaron sin evidencia de mala práctica fue PEMEX y SEDENA, mientras que la institución con el mayor porcentaje de evidencia de mala práctica fue el ISSSTE (37.1%). Por otro lado, el sector privado tuvo el 13.5% de casos con evidencia de mala práctica.

*Consideraciones finales y
recomendaciones generales*

Se ha comentado a lo largo del trabajo que la queja médica surge de la controversia entre usuarios y prestadores de los servicios de salud, por lo que se constituye en una manifestación explícita de la mala calidad de la atención percibida por la población usuaria, independientemente de que el usuario inconforme tenga o no la razón en relación a las opiniones de peritos en la resolución de conflictos. En ese sentido, hablar de queja médica implica abordar conceptos tales como la calidad de la atención, el error médico y la seguridad del paciente.

El análisis de las queja y los conocimientos que arrojan sus resultados proporcionan grandes beneficios al sistema de salud, en la medida que a partir de la revisión que se realice sobre los procesos de atención se detectan fallas y se determinan las acciones de mejora más apropiadas para el proceso de mejora.

Es importante destacar que a partir de la experiencia vivida en forma cotidiana por la CONAMED, a través de la revisión y análisis de los casos recibidos, la institución cuenta con los elementos suficientes y necesarios para retroalimentar al Sistema Nacional de Salud en materia de recomendaciones generales para la mejora de la calidad y la educación médica, así como de carácter específicas en materia de Ginecología y Obstetricia.

Entre las recomendaciones más generales pueden mencionarse las siguientes*:

- **Mantener una relación respetuosa con el paciente y su familia**

Lo anterior implica identificarse con el paciente y su familia, evitar malos tratos, no discriminar por ninguna razón al paciente, no demorar injustificadamente la atención, con lenguaje entendible, ser tolerante, paciente y escuchar al enfermo y a su familia, mantener la confidencialidad y ser claro, confundir al paciente en cuanto a su diagnóstico y pronóstico y no mentirle

- **Informar y obtener consentimiento escrito antes de realizar procedimientos con riesgo**

Ofrecer información clara, completa, veraz, oportuna y calificada para que el paciente pueda tomar una decisión; permitir la segunda opinión, obtener el consentimiento válidamente informado en todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que así lo ameriten; documentar la decisión del paciente, ya sea que acepte o que rechace el procedimiento propuesto.

* CONAMED, Recomendaciones generales para mejorar la práctica de la medicina

- **Elaborar un expediente clínico completo**

Todas las notas deberán contener el nombre completo, la edad y el sexo del paciente; deberá proporcionarse un resumen del expediente cuando así lo solicite el paciente, por ningún motivo deberá alterar el expediente, debiendo conservarlo por un mínimo de 5 años, y firmar todas las notas.

- **Actuar con bases científicas y apoyo clínico**

Actuar según el arte médico, los conocimientos científicos y los recursos a su alcance; evitar la medicina defensiva, ya que no es ético; evitar prácticas inspiradas en la charlatanería; no simular tratamientos; evitar prescribir medicamentos de composición no conocida, y evitar consultas por teléfono, mensajería e internet.

- **Proceder sólo con facultad y conocimientos**

Sólo actuar cuando se tiene la capacidad reconocida para hacerlo (contar con Título o Diploma); Recurrir a otro compañero cuando el caso esté fuera de su capacidad o competencia; No participar en prácticas indebidas como la eutanasia activa, falsos certificados médicos, retener pacientes por falta de pago y otras razones, disponer de libertad de prescripción y mantener una permanente actualización médica.

- **Garantizar seguridad en las instalaciones y equipo**

Conocer la capacidad instalada de la unidad de salud donde se pretende dar atención, probar el equipo que se podrá utilizar, referir a otra unidad al paciente cuando no se le garantice seguridad en las instalaciones, informar al paciente y su familia sobre la capacidad instalada de la unidad de salud y preferir, cuando sea posible, hospitales certificados.

- **Atender a todo paciente en caso de urgencia calificada y nunca abandonarlo**
Atender toda urgencia calificada aunque no se demuestre derechohabencia o se carezca de recursos económicos, no hacerlo es ilícito; asegurar que la atención del enfermo la continuará otro colega; en situación de huelga, catástrofe, epidemia o grave riesgo para el médico, no abandonar a su enfermo.

}
}

El material mencionado puede ser consultado en la página institucional que se encuentra en el siguiente link:
http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/recomendaciones.php

Trabajo realizado como parte del proyecto de Análisis de las quejas médicas concluidas por CONAMED “2002-2017”, cuyos resultados se obtuvieron bajo la dirección del Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández, y con la coordinación técnica de la Dra. Sonia B. Fernández Cantón y la participación operativa del Mtro. Mario Araujo Azpeitia.



CONAMED

COMISIÓN NACIONAL DE
ARBITRAJE MÉDICO