

Análisis de la queja médica
en el servicio de

Urgencias

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 Urgencias 2002-2017

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, a través de la 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), el cuál se sustenta en los registros que son abiertos en ocasión de la presentación de una inconformidad que se constituye como queja médica y cuyo seguimiento se da en las diversas audiencias que se llevan a cabo como parte de los procesos de conciliación y arbitraje propios de la CONAMED.

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.

El objetivo es mostrar la evolución que han tenido las quejas médicas y la relación que guardan con las principales especialidades en el periodo seleccionado, 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 urgencias, y que durante el periodo analizado ascienden a 3,602 casos.

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.

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 urgencias 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 número de quejas concluidas en relación a los servicios de urgencias 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 aseguraran 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.

Tradicionalmente se ha considerado que la queja médica “es una llamada de atención ante lo que nos ha decepcionado, molestado o hecho daño, o simplemente es una situación que consideramos ha violentado nuestros derechos”; en forma general, la queja médica se presenta cuando un usuario de los servicios de salud no se encuentra conforme con la atención recibida, en ocasiones esta acción puede verse agravada en cierto momento de vulnerabilidad en la que se encuentran los usuarios o sus familiares, es decir, cuando se encuentran frente a una situación grave vinculada al hecho de que los resultados de la atención no fueron los esperados, aunado a que muy frecuentemente lo anterior se asocia a una situación económica complicada, sea por haber realizado gastos previamente no contemplados o por la incapacidad de trabajar, sea temporal o permanentemente.

En el análisis de la queja médica es importante considerar al menos a los tres actores más importantes y tratar de entender la dinámica entre ellos: el usuario y/o sus familiares de este, quienes viven la inconformidad; el personal de salud (con frecuencia el médico tratante) a quien se vincula con la causante del problema; y las instituciones de salud vinculadas al hecho mismo. El origen de un gran número de conflictos médicos tienen su origen sin duda, en una inadecuada relación médico-paciente, en una carencia de empatía mutua y en una falta de comprensión y comunicación. Estos son los problemas que debemos percibir detrás del análisis de los cuadros estadísticos que comentaremos a lo largo de la presente publicación.

En todo momento debemos considerar que un médico nunca va a buscar un mal para sus pacientes, al contrario, siempre pretenderá lo mejor para estos, si bien en ocasiones pudiera cometer errores o tomar decisiones precipitadas. Asimismo debemos recordar que los resultados exactos del acto médico no puede predecirse y que cada usuario, cada paciente es un caso irrepetible aunque presenten el mismo padecimiento.

En cuanto al contexto institucional de la queja médica es importante entender que el error médico en general, pero en forma muy particular en los servicios de urgencia, no puede ni debe vincularse únicamente al factor humano, ni responsabilizarse solo al médico tratante, ya que tanto éste como el personal de salud en general se encuentran inmersos en el quehacer institucional, que responde a la lógica sistémica. Estas premisas deben ser consideradas en todo momento, de tal forma que durante el análisis de las cifras entendamos que las situaciones que generan una queja médica no siempre son únicas o no hay un solo “culpable”, sino que se trata de situaciones de carácter multifactorial, dado que influye la condición del paciente, los medios y recursos con los que cuenta el médico para llevar a cabo su trabajo, la saturación extrema de los servicios, la comunicación existente entre médico y paciente/familiares, la disponibilidad de recursos hospitalarios, los procesos y protocolos establecidos y en general los estándares de calidad de la atención vigentes en el sistema de salud.

Entendiendo lo anterior, la información que se incluye en el presente trabajo, sirve para entender el contexto general las características que se dieron al presentar una queja médica en los servicios de urgencias, y bajo que contexto se presentan los motivos más frecuentes, pero lo más importante, es entender que los servicios de salud están para atender a los usuarios, y que debe haber una empatía mutua entre usuarios y personal de salud, buscando como último fin, observar que la calidad de atención no solo puede ser medida en términos estadísticos sino que requiere una consciencia del contexto en donde se da la atención.

Índice temático de cuadros y gráficas

I. Características de la queja médica y del usuario

Cuadros

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

Cuadro 2. Total de quejas concluidas según año y sub-especialidad, 2002-2017

Cuadro 3. Total de quejas por año analizado y sexo del usuario, 2002-2017

Cuadro 4. Total de quejas concluidas según edad quinquenal y sexo 2002-2017

Cuadro 5. Total de quejas concluidas del servicio de urgencias, según entidad federativa de residencia del usuario y de la ubicación del establecimiento 2002-2017

Gráficas

Gráfica 1. Totales 12 especialidades médicas 2002-2017.

Gráfica 2. Quejas por subespecialidad de urgencias 2002-2017

Gráfica 3. Total de quejas por año en el servicio de urgencias 2002-2017

Gráfica 4. Distribución porcentual de las quejas de urgencias según el sexo del usuario inconforme, 2002-2017.

Gráfica 5. quejas concluidas por edad y sexo 2002-2017

Gráfica 6. Porcentaje de quejas por atenciones en cada entidad federativa 2002-2017

II. Atención médica y motivos que originaron la queja

Cuadros

Cuadro 6. Total de quejas en el servicio de urgencias por sector e institución en donde se originó el incidente que dio lugar a la queja médica 2002-2017

Cuadro 7. quejas concluidas de acuerdo al sector e institución involucrada y la subespecialidad donde se presenta 2002-2017

Cuadro 8. Motivos mencionados en la presentación de las quejas concluidas según grandes grupos de causas de urgencias y sexo, 2002-2017

Cuadro 9. Sub-motivos de queja presentados en las quejas en urgencias 2002-2017

Gráficas

Gráfica 7. Quejas en urgencias por subsector involucrado 2002-2017

Gráfica 8. Quejas concluidas según institución y especialidad

Gráfica 9. Porcentaje de motivos de queja en urgencias 2002-2017

Gráfica 10. Cinco motivos detallados principales de urgencias, 2002-2017

III. Gravedad del daño ocasionado por la atención médica

Cuadros

Cuadro 10. Gravedad del daño según sector e institución donde se presta la atención 2002-2017

Cuadro 11. Quejas en urgencias, según la gravedad del daño y sexo del usuario, 2002-2017

Cuadro 12. Total de muertes ocurridas en las quejas de urgencias según edad y sexo, 2002-2017

Cuadro 13. Muertes ocurridas y tasa de mortalidad vinculadas a las quejas del servicio de urgencias según sector e institución involucrados, 2002-2017

Cuadro 14. Total de muertes y tasas de mortalidad vinculadas a las quejas en el servicio de urgencias por entidad federativa

Gráficas

Gráfica 11. Gravedad del daño según distribución obtenida de los casos en los cuales la población usuaria hizo mención del daño, 2002-2017

Gráfica 12. Porcentaje de quejas concluidas según la gravedad del daño y sexo del usuario 2002-2017

Gráfica 13. Muertes ocurridas en el servicio de urgencias y entidad federativa, 2002-2017

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

Cuadros

Cuadro 15. Duración promedio en días en la conclusión de las quejas de Urgencias, según modalidad de la conclusión y tipo de sector, 2002 a 2017

Cuadro 16. Modalidad y sub-modalidad de conclusión de las quejas, por sexo del usuario 2002-2017

Cuadro 17. Quejas concluidas en el servicio de urgencias según modalidad de conclusión y sector 2002-2017

Cuadro 18. Quejas concluidas del servicio de urgencias según veredicto de los laudos emitidos por sector involucrado 2002-2017

Cuadro 19. Laudos concluidos en urgencias, según el sentido del laudo y sub especialidad involucrada, 2002-2017

Cuadro 20. Laudos concluidos en urgencias, según el sentido del laudo e institución involucrada, 2002-2017

Cuadro 21. Quejas concluidas del servicio de urgencias, según la evaluación del acto médico 2002-2017

Gráficas

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

Gráfica 15. Duración promedio en días en la conclusión de las quejas, 2002 a 2017 Modalidad: quejas por emisión de laudos

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

Gráfica 17. Porcentaje de laudos concluidos del servicio de urgencias en el sector privado, 2002-2017

Gráfica 18. Quejas concluidas del servicio de Urgencias, según análisis del acto médico 2002-2017

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

El total de quejas involucradas en el servicio de urgencias asciende hasta el momento a 3,602 y representa 13.5% del total de quejas concluidas en la CONAMED (26,773) durante el periodo 2002-2017. Su tendencia al igual que el peso relativo que representa es creciente a lo largo de los años, con algunas pequeñas fluctuaciones.

En particular llaman la atención las cifras de los años iniciales 2002-2003, al denotar un comportamiento un tanto atípico, debido probablemente al desconocimiento e inestabilidad propia de la reciente creación de la CONAMED que la Comisión se daba a conocer después de su creación; a partir de este punto se mantiene un comportamiento estable con un promedio aproximado de 243 quejas por año.

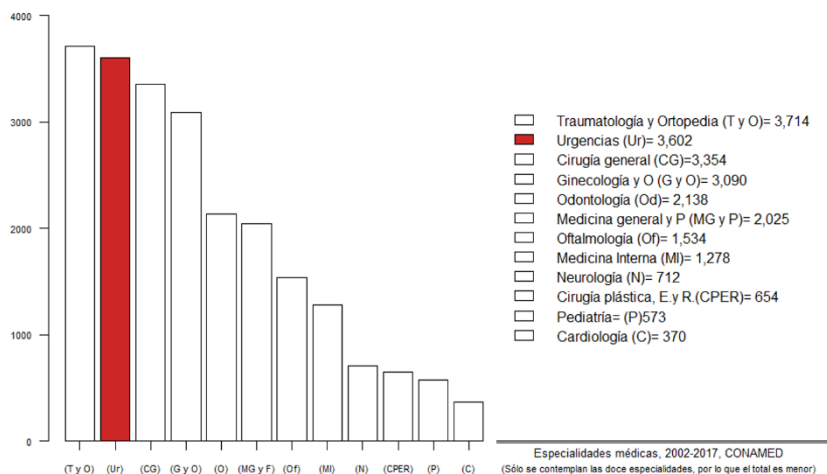
Cuadro 1. Evolución del total de quejas concluidas y del servicio de urgencias según año y su proporción respecto a 2002-2017

Año	Total de quejas	Quejas de urgencias	%
2002	1,113	73	6.6
2003	1,309	122	9.3
2004	1,510	217	14.4
2005	1,607	206	12.8
2006	1,544	208	13.5
2007	1,665	213	12.8
2008	1,734	240	13.8
2009	1,748	224	12.8
2010	1,670	290	17.4
2011	1,792	298	16.6
2012	1,696	246	14.5
2013	1,774	272	15.3
2014	1,653	240	14.5
2015	2,022	216	10.7
2016	1,972	265	13.4
2017	1,964	272	13.8
Total	26,773	3,602	13.5

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

Como podemos observar, Urgencias es la segunda especialidad en la que más quejas se presentan, únicamente superada por Traumatología y Ortopedia; de ahí es que deriva la importancia de analizar a esta especialidad.

Gráfica 1. Totales 12 especialidades médicas 2002-2017



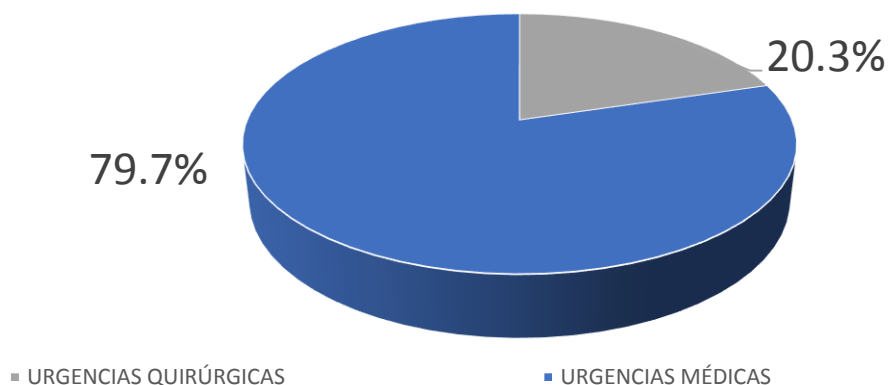
Por el origen de la queja relacionada con urgencias y por la complejidad de atención de cada una de ellas, se ha dividido en urgencias médicas y urgencias quirúrgicas. En este sentido, la especialidad de urgencias médicas se involucra en el 79.7% y urgencias quirúrgicas en el 20.3%.

Debemos entender por urgencia quirúrgica, como su nombre lo dice, se refiere a aquellas que deben ser resueltas por medio de una cirugía en quirófano, son escasas las urgencias quirúrgicas que se deben resolver inmediatamente en el área de urgencias.

A diferencia de las urgencias médicas, las cuales se resuelven con la administración de fármacos, líquidos, consiguiendo de forma inicial una estabilidad hemodinámica, y posteriormente se progresa al tratamiento específico o de “larga duración”, entendiéndose por esto último, un tratamiento antibiótico, tratamiento de sustitución de la función renal, entre otros.

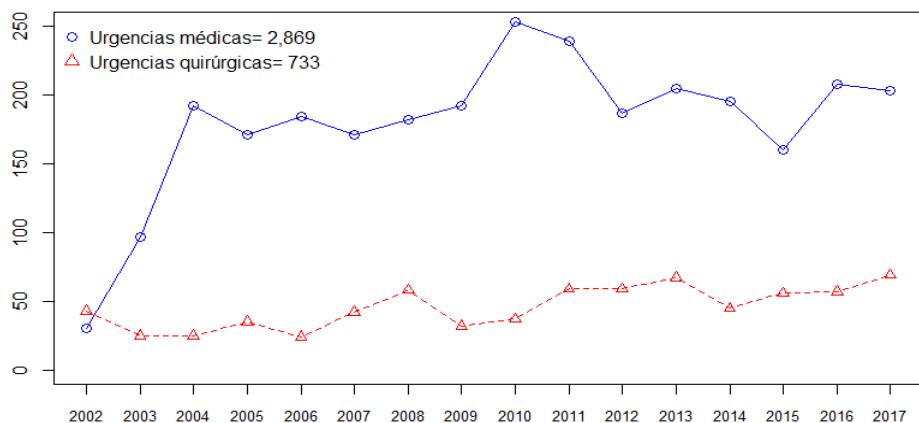
No debemos confundir las maniobras que se realizan de forma estéril, como la colocación de un catéter venoso central, la colocación de un catéter rígido para diálisis en agudo, o la punción abdominal para realización de paracentesis, con un procedimiento quirúrgico, como lo podría ser una apendicectomía de urgencia, o una Laparotomía exploratoria (LAPE) por un abdomen agudo.

Gráfica 2. Quejas por subespecialidad de urgencias 2002-2017



Si bien a nivel nacional, las quejas se incrementan en más de 270% entre 2002 y 2017, al pasar en números absolutos de 73 a 272 quejas entre ambos años, este comportamiento muestra notables diferencias cuando se analizan a nivel de cada una de las subespecialidades. Así por ejemplo, tal como lo muestra la gráfica 3 anexa, el crecimiento de las quejas relacionadas con las urgencias médicas es bastante mayor (tasa de crecimiento de 577%, pasando de 30 casos en 2002 a 203 en 2017) a la observada en las urgencias quirúrgicas, cuyo crecimiento neto es menos (60%, incrementándose las quejas de 43 a 69 durante los años analizados).

Gráfica 3. Total de quejas por año en el servicio de urgencias 2002-2017



Cuadro 2. Total de quejas concluidas del servicio de urgencias según año y sub-especialidad médica, 2002-2017

Año	Total	Urgencias médicas		Urgencias quirúrgicas	
		Absolutos	%	Absolutos	%
2002	73	30	1.0	43	5.9
2003	122	97	3.4	25	3.4
2004	217	192	6.7	25	3.4
2005	206	171	6.0	35	4.8
2006	208	184	6.4	24	3.3
2007	213	171	6.0	42	5.7
2008	240	182	6.3	58	7.9
2009	224	192	6.7	32	4.4
2010	290	253	8.8	37	5.0
2011	298	239	8.3	59	8.0
2012	246	187	6.5	59	8.0
2013	272	205	7.1	67	9.1
2014	240	195	6.8	45	6.1
2015	216	160	5.6	56	7.6
2016	265	208	7.2	57	7.8
2017	272	203	7.1	69	9.4
Total	3,602	2,869	100	733	100

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

Respecto al análisis de las quejas médicas en el servicio de urgencias y su distribución según el sexo del usuario inconforme, se observa que respecto al total de quejas no existen grandes diferenciales entre ambos, siendo ligeramente superior en el caso de los hombres (50.8% contra 49.2% de mujeres).

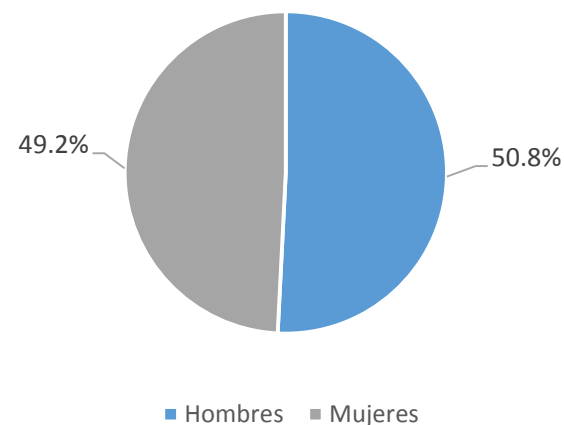
No obstante, este comportamiento difiere si se analiza en los diversos años, ya que el porcentaje de hombres (índice de masculinidad de las quejas) puede variar de 34.2% (año 2002) hasta 57.3% (año 2005). Ver cuadro anexo

Respecto a la tendencia observada por esta misma variable, y considerando el periodo 2003-2017, mientras el total de quejas crece más de 125.3%, la evolución por sexo se da con incrementos diferentes para hombres y mujeres, siendo éstos de 130 y 114% respectivamente.

Cuadro 3. Total de quejas concluidas por año analizado y sexo del usuario, 2002-2017

Año	Total de quejas	Hombres	Mujeres	% de masculinidad
2002	73	25	48	34.2
2003	122	65	57	53.3
2004	217	106	111	48.8
2005	206	118	88	57.3
2006	208	115	93	55.3
2007	213	105	108	49.3
2008	240	118	122	49.2
2009	224	111	113	49.6
2010	290	139	151	47.9
2011	298	143	155	48.0
2012	246	117	129	47.6
2013	272	151	121	55.5
2014	240	129	111	53.8
2015	216	107	109	49.5
2016	265	131	134	49.4
2017	272	150	122	55.1
Total	3,602	1,830	1,772	50.8

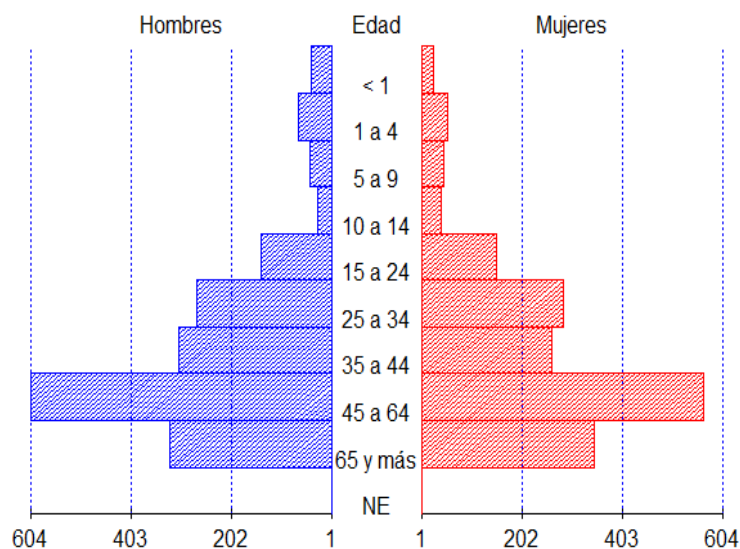
Gráfica 4. Distribución porcentual de las quejas de urgencias según el sexo del usuario inconforme, 2002-2017.



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

Respecto a los grupos de edad, la población que llega a presentar una queja a la CONAMED se encuentra mayoritariamente en la edad adulta, es decir 48.3% se ubica entre los 35 y los 64 años; 23.6% tiene entre 15 y 34 años; en los grupos de edad extremos se ubica en 9.4% de menores de 15 años y 18.6% 65 años y mas.

Gráfica5. quejas concluidas por edad y sexo 2002-2017

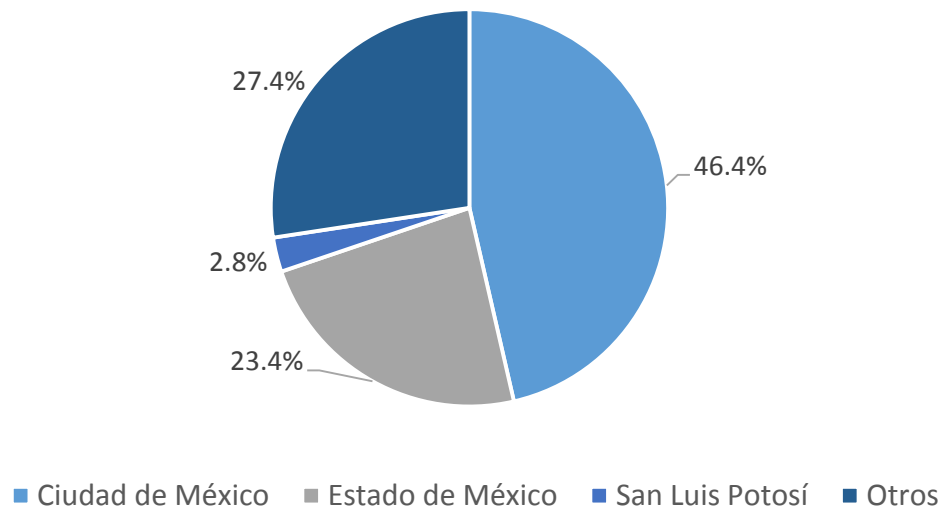


Cuadro 4. Total de quejas concluidas según edad quinquenal y sexo 2002-2017					
Grupo de edad	Total	Hombres		Mujeres	
		Absolutos	%	Absolutos	%
Menores de 1 año	64	40	2.2	24	1.4
1 a 4 años	121	68	3.7	53	3.0
5 a 9 años	88	43	2.3	45	2.5
10 a 14 años	67	28	1.5	39	2.2
15 a 19 años	105	60	3.3	45	2.5
20 a 24 años	188	83	4.5	105	5.9
25 a 29 años	261	120	6.6	141	8.0
30 a 34 años	295	151	8.3	144	8.1
35 a 39 años	268	144	7.9	124	7.0
40 a 44 años	300	162	8.9	138	7.8
45 a 49 años	297	157	8.6	140	7.9
50 a 54 años	333	167	9.1	166	9.4
55 a 59 años	265	143	7.8	122	6.9
60 a 64 años	276	137	7.5	139	7.8
65 a 79 años	515	258	14.1	257	14.5
80 años y más	157	68	3.7	89	5.0
No especificado	2	1	0.1	1	0.1
Total	3,602	1,830	100	1,772	100

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

Si bien existe riesgo de problemas médico legales originados por las inconformidades surgidas entre la población y las instituciones de salud, independientemente de la edad del usuario; es esperable que dicho riesgo se incremente en la medida que aumenta el uso de los servicios médicos. En ese sentido, la población de adultos mayores (65 años y más) es el segmento más propenso a vivir este tipo de problemas, en la medida que sus condiciones de salud y la coexistencia de diversos padecimientos (generalmente enfermedades crónico degenerativas) y la polifarmacia tienden a elevar el riesgo de la aparición de complicación y problemas médico-pacientes.

Gráfica 6. Porcentaje de quejas por atenciones en cada entidad federativa 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, corresponde a la Ciudad de México encabezar esta lista al ser la entidad federativa con mayor número de quejas concluidas ya que de las 3,602 quejas concluidas en el periodo 2002-2017, 1,672 de ellos declararon ser residentes de la CDMX (46.4%); en segundo sitio, como era de esperarse se encuentra el Estado de México con 842 casos (23.4%) y San Luis Potosí con 100 casos (2.8%).

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 49.6% respecto del total, seguido por el Estado de México (19.7%) y San Luis Potosí (2.8%).

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 los de Durango, Quintana Roo, Chihuahua, Baja California Sur, y Zacatecas, cuyas quejas agrupan 2.8% del total.

El conocimiento del nivel de vulnerabilidad de la población afectada sería de gran apoyo para la identificación y análisis de la problemática que se vive al interior de los sistemas de salud.

No obstante, en este caso no será posible la incorporación de estos aspectos debido a que el Sistema de información de quejas médicas y dictámenes (SAQMED) no contempla ninguna variable que pudiera apoyarnos en la segmentación de estratos sociales: no registra niveles de instrucción, ni ocupación principal, ni condición de derechohabiencia, ni niveles de ingreso.

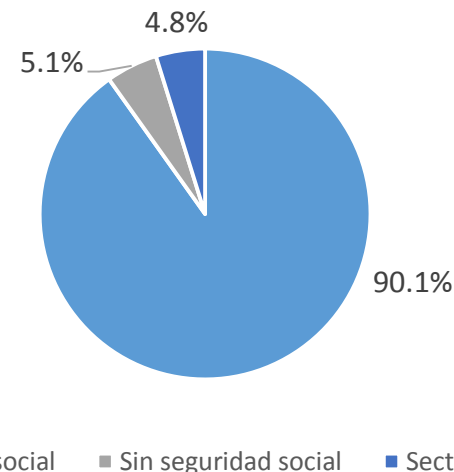
Cuadro 5. Total de quejas concluidas del servicio de Urgencias, según entidad federativa de residencia del usuario y de la ubicación del establecimiento, 2002-2017

Entidad federativa/Atención médica	Lugar de residencia																												Total general	%					
	Aguascalientes	Baja California	Baja California Sur	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	Zacatecas	Se ignora
Aguascalientes	60					2																												63	1.7
Baja California		16								1															1	2								20	0.6
Baja California Sur			14																															14	0.4
Campeche				19																														19	0.5
Chiapas					72																													72	2.0
Chihuahua			1			36																												37	1.0
Ciudad de México						1,588				184	3	4		1	3														3				1,786	49.6	
Coahuila							44																											44	1.2
Colima								18																										18	0.5
Durango									10																									10	0.3
Estado de México						57				648		1		1							1								1				709	19.7	
Guanajuato						1					72			1																				74	2.1
Guerrero						3						38																						41	1.1
Hidalgo						2				3			39											1										45	1.2
Jalisco						1	1	1	1	1	1			28										1										33	0.9
Michoacán						3				1					21																			25	0.7
Morelos						1										26																		27	0.7
Nayarit																		23																23	0.6
Nuevo León																			22															22	0.6
Oaxaca																			17															17	0.5
Puebla					1																26													27	0.7
Querétaro						4				1												40												45	1.2
Quintana Roo						1				1													26											28	0.8
San Luis Potosí						1				1														98										100	2.8
Sinaloa						1				1															22									24	0.7
Sonora						1																		1	41									43	1.2
Tabasco						2																					26							28	0.8
Tamaulipas						2																	1					22						25	0.7
Tlaxcala																												26						26	0.7
Veracruz						3																							50					53	1.5
Yucatán																										1				81				82	2.3
Zacatecas																																12		13	0.4
Se ignora																																9		9	0.2
Total general	60	16	15	19	73	37	1,672	44	19	10	842	72	42	44	28	24	29	23	22	17	27	40	27	100	24	44	27	22	26	54	81	13	9	3,602	100.0
%	1.7	0.4	0.4	0.5	2.0	1.0	46.4	1.2	0.5	0.3	23.4	2.0	1.2	1.2	0.8	0.7	0.8	0.6	0.6	0.5	0.7	1.1	0.7	2.8	0.7	1.2	0.7	0.6	0.7	1.5	2.2	0.4	0.2	100.0	

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

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

Gráfica 7. Quejas en urgencias por subsector involucrado 2002-2017



Durante el periodo analizado el numero de quejas concluidas contra los servicios de urgencias provenían en 95.2% de los casos de la prestación de servicios vinculados con instituciones del sector público y 4.8% de sector privado.

Cuadro 6. Total de quejas concluidas en el servicio de urgencias por sector e institución en donde se originó el incidente que dio lugar a la queja médica 2002-2017

Institución	Total	%
Sector Público	3,429	95.2
IMSS	2,411	66.9
ISSSTE	797	22.1
SSA/SESA's	175	4.9
PEMEX	30	0.8
Otros*	9	0.2
Asistencia Social**	7	0.2
Sector privado	173	4.8
Total	3,602	100

*Otros incluye: SEMAR, SEDENA

**Asistencia Social incluye: Servicios Médicos de Instituciones Universitarias, Servicios Médicos de la Policía Auxiliar, Servicios Médicos de la Policía Bancaria, Servicios Médicos del Trasporte Colectivo Metro.

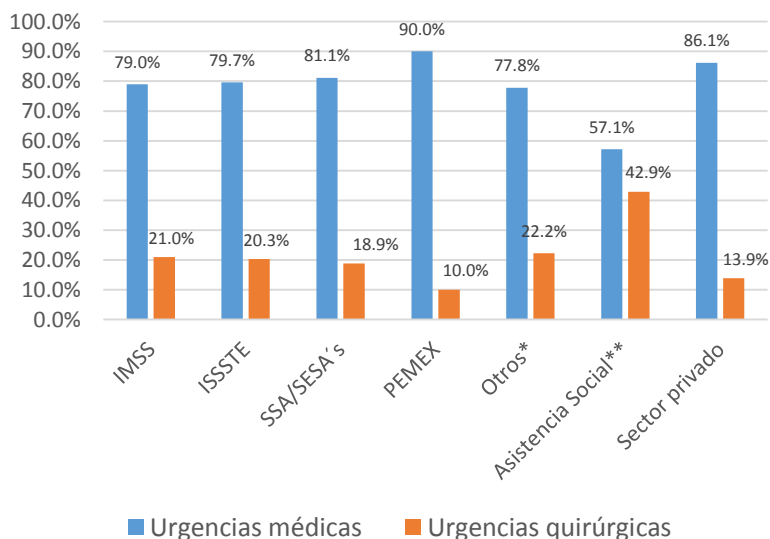
Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Respecto a las instituciones involucradas en la queja correspondientes al sector público, 90.1% se relacionaron con instituciones que otorgan seguridad social, y el 5.1% restante a instituciones que dentro de ese mismo sector atienden a población no asegurada.

Tal desigualdad entre las cifras llama la en la medida que el numero de quejas que presentan las dos mayores instituciones públicas del país (IMSS y SSA), cuyas coberturas en términos de población atendida es semejante, se debe a la existencia de rasgos culturales (en población no derechohabiente) propios de poblaciones rurales, con mayores niveles de analfabetismo y marginación y con una menor propensión a la manifestación de quejas e inconformidades.

Se dijo anteriormente que de las 3,602 quejas, 79.7% correspondían a urgencias médicas y el resto a urgencias quirúrgicas. En proporción similar se encuentran distribuidas al interior de las instituciones públicas, siendo en el sector privado dicha proporción más alta para las urgencias médicas (86.1%).

Gráfica 8. Quejas concluidas según institución y especialidad



*Otros incluye: SEMAR, SEDENA

**Asistencia Social incluye: Servicios Médicos de Instituciones Universitarias, Servicios Médicos de la Policía Auxiliar, Servicios Médicos de la Policía Bancaria, Servicios Médicos del Transporte Colectivo Metro.

Cuadro 7. Quejas concluidas de acuerdo al sector e institución involucrada y la subespecialidad donde se presenta, 2002-2017				
Institución	Total		Urgencias médicas	Urgencias quirúrgicas
	Absolutos	%		
Sector Público	3,429	95.2	2,720	709
IMSS	2,411	66.9	1,905	506
ISSSTE	797	22.1	635	162
SSA/SESAs	175	4.9	142	33
PEMEX	30	0.8	27	3
Otros*	9	0.2	7	2
Asistencia Social	7	0.2	4	3
Sector privado	173	4.8	149	24
Total	3,602	100.0	2,869	733

*Otros incluye: SEMAR, SEDENA

**Asistencia Social incluye: Servicios Médicos de Instituciones Universitarias, Servicios Médicos de la Policía Auxiliar, Servicios Médicos de la Policía Bancaria, Servicios Médicos del Transporte Colectivo Metro.

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

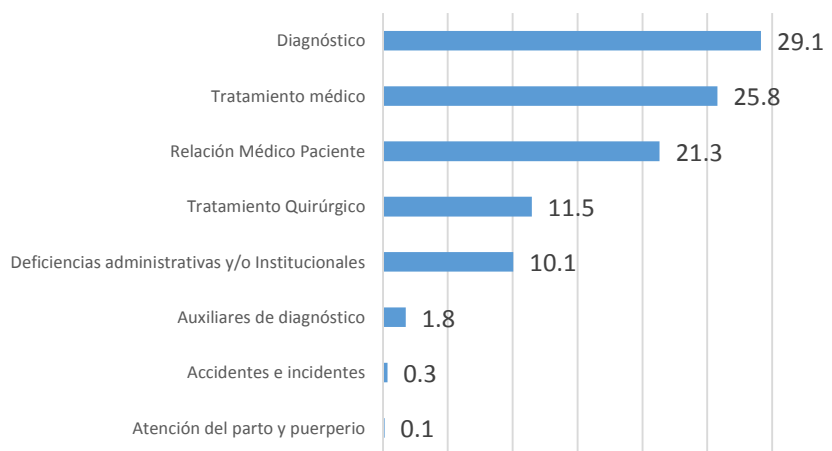
La gráfica muestra otro enfoque del mismo análisis, se revisa ahora la distribución por institución según el porcentaje correspondiente a la subespecialidad médica. En general, podemos observar que en PEMEX el 90% de las quejas son presentadas por atenciones en urgencias médicas, a diferencia de asistencia social, donde el 57% de las quejas son por atenciones otorgadas en urgencias médicas.

La población que acude a presentar una queja a CONAMED contra los servicios de urgencias, menciona en promedio 2.2 motivos por cada queja presentada.

El rubro con el mayor número de motivos fue el relativo a Problemas con el diagnóstico, (con una frecuencia de 2,275) cuya proporción es semejante entre hombres y mujeres. Sigue en importancia el grupo de motivos vinculados al tratamiento médico (2,012), con una ligera mayoría en el caso de usuarias del sexo femenino. En tercer sitio se encuentran los problemas cuyo origen proviene de la relación médico-paciente (1,665), también con prevalencia ligeramente en las mujeres.

El menor número de motivos son aquellos vinculados a la atención de parto y puerperio, (10), quizás porque las áreas de ginecoobstetricia poseen sus propios servicios de urgencias.

Gráfica 9. Porcentaje de motivos de queja en urgencias 2002-2017



Cuadro 8. Motivos mencionados en la presentación de las quejas concluidas según grandes grupos de causas de urgencias y sexo, 2002-2017

Motivos de queja presentados	Total	Hombres	Mujeres
Accidentes e incidentes	27	14	13
Atención del parto y puerperio	10	1	9
Auxiliares de diagnóstico	137	69	68
Deficiencias administrativas y/o Institucionales	785	408	377
Problemas con el diagnóstico	2,275	1,155	1,120
Relación Médico Paciente	1,665	874	791
Tratamiento médico	2,012	1,048	964
Tratamiento Quirúrgico	896	442	454
Total	7,807	4,011	3,796

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

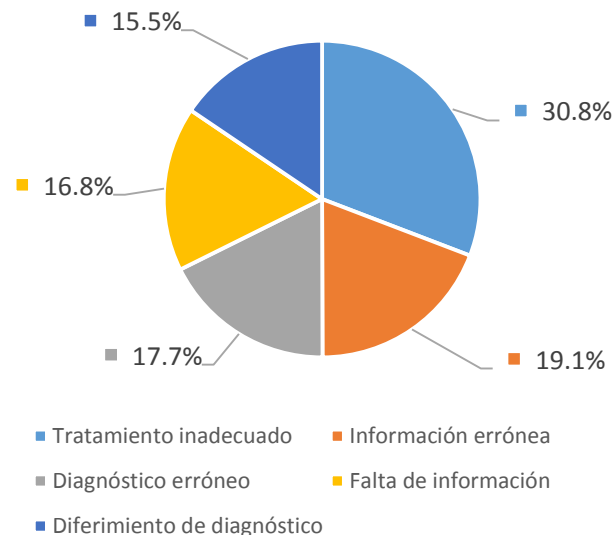
Los principales motivos que se mencionaron en las quejas médicas de urgencias, son: los motivos relacionados con problemas con el diagnóstico (29.1%), tratamiento médico (25.8%), y relación médico-paciente (21.3%). Probablemente el mayor porcentaje de motivos de queja se enfoca en el diagnóstico, debido a ser un servicio de urgencias, donde puede haber pacientes críticos, por ejemplo: un paciente con un infarto en evolución o una herida mayor con sangrado abundante, entre otros, los cuales requieren de una atención más estrecha o delicada, ya que puede estar en peligro la vida de estos, lo que ocasiona que exista una toma rápida de decisiones, y esto aumenta la probabilidad de error en el diagnóstico.

Cuadro 9. Sub-motivos de queja presentadas en las quejas en urgencias 2002-2017

Motivos de queja presentados	Total	%
Accidentes e incidentes	27	0.3
Presentación de caídas del paciente	3	0.0
Presentación de infección intrahospitalaria	11	0.1
Presentación de accidentes	6	0.1
Le administraron un medicamento que no le correspondía	7	0.1
Atención del parto y puerperio	10	0.1
Complicaciones del parto	3	0.0
Diferimiento	4	0.1
Falta de control prenatal	3	0.0
Auxiliares de diagnóstico	137	1.8
Estudios innecesario	3	0.0
Resultados inoportunos	36	0.5
Falsos positivos	6	0.1
Secuelas	2	0.0
Diferimiento	90	1.2
Deficiencias administrativas y/o Institucionales	785	10.1
Falta de Medicamento	28	0.4
Demora prolongada para obtener servicio	470	6.0
Maltrato y/o abuso por personal hospitalario no medico	29	0.4
Falta de equipo, insumos y/o personal	177	2.3
Negación de la atención	81	1.0
Diagnóstico	2,275	29.1
Erróneo	613	7.9
Diferimiento	538	6.9
Innecesario	195	2.5
Inoportuno	261	3.3
Falta de Información y consentimiento	324	4.2
Omisión	344	4.4
Relación Médico Paciente	1,665	21.3
Falta de información	582	7.5
Información errónea o incompleta	663	8.5
Maltrato	420	5.4
Tratamiento médico	2,012	25.8
Alta prematura del tratamiento	239	3.1
Complicaciones secundarias: Desinformación	180	2.3
Diferimiento	464	5.9
Negación del servicio	51	0.7
Secuelas: Exceso terapéutico	11	0.1
Tratamiento inadecuado	1,067	13.7
Tratamiento Quirúrgico	896	11.5
Alta prematura de los cuidados postoperatorios	18	0.2
Complicaciones del transoperatorio	1	0.0
Complicaciones del postoperatorio	109	1.4
Secuelas	108	1.4
Diferimiento del tratamiento quirúrgico	503	6.4
Cirugía innecesaria	10	0.1
Extirpaciones erróneas	3	0.0
Tratamiento no satisfactorios: Falta de consentimiento informado	16	0.2
Tratamiento no satisfactorios: Falta de vigilancia	95	1.2
Técnica inadecuada	33	0.4
Total	7,807	100.0

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

Gráfica 10. Cinco motivos detallados principales de urgencias, 2002-2017

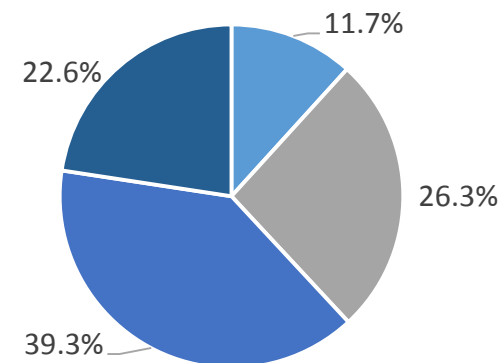


El análisis a nivel de subcategorías muestra que los ítems con las frecuencias más altas son, respectivamente, tratamiento inadecuado (1,067), información errónea o incompleta (663), diagnóstico erróneo (613), falta de información (582), diferimiento de diagnóstico (538), mismos que en conjunto representan el 44.4% del total de motivos.

Con menores frecuencias pero no menos relevantes, aparecen otros motivos que fueron mencionados en múltiples ocasiones, tales como el maltrato (420), falta de equipo e insumos (177), negación de la atención (81), falta de información y consentimiento (324) y falta de vigilancia en un tratamiento no satisfactorio (95).

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

Gráfica 11. Gravedad del daño según distribución obtenida de los casos en los cuales la población usuaria hizo mención del daño, 2002-2017



■ Daño permanente ■ Daño temporal ■ Sin daño físico ■ Muerte

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 daños causados. En particular en la información que ahora se analiza 22.6% de los usuarios sufrieron el daño máximo, es decir la muerte, seguido de 11.7% de usuarios con daño permanente, 26.3% de daño temporal; en 39.3% de los casos no se hace mención a ningún tipo de daño secundario a la atención otorgada, lo que no implica que este pudiera estar presente o que no fuera necesariamente de carácter físico.

Cuadro 10. Gravedad del daño según sector e institución donde se presta la atención 2002-2017

Institución	Total	Sector público	Sector privado
Con mención de daño	1,124	1,094	30
Daño permanente	132	131	1
Muerte	254	250	4
Daño temporal	296	286	10
Sin daño físico	442	427	15
Sin mención de daño	2,478	2,335	143
Total general	3,602	3,429	173

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

El comportamiento del sector que otorga la atención según la gravedad de los daños reportados por la población inconforme, deja ver algunas cuestiones interesantes: 98.4% de los fallecimientos fueron en el sector público, casi el total (99.2%) de los daños declarados como permanentes también correspondió a dicho sector, en tanto que 96.6% reportaron daño temporal.

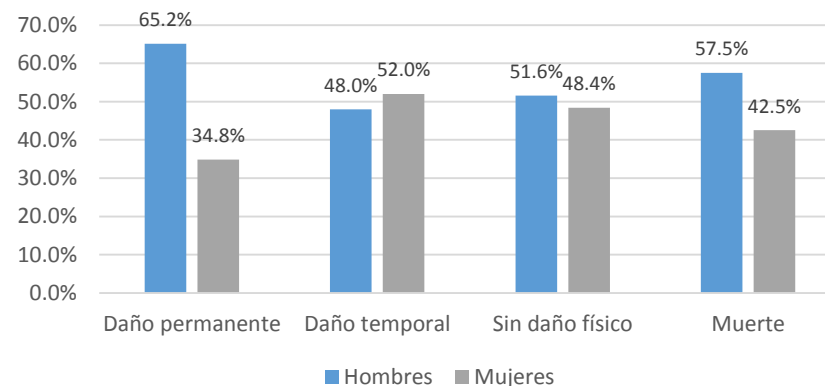
En ese mismo orden el sector privado muestra respectivamente los siguientes porcentajes respecto al total: 1.6% de muertes, 0.8% de daño permanente y 3.4% de daño temporal.

Cuadro 11. Quejas en urgencias, según la gravedad del daño y sexo del usuario, 2002-2017

Gravedad del daño	Total	Hombres	Mujeres
Quejas con mención de daño	1,124	602	522
Daño permanente	132	86	46
Muerte	254	146	108
Daño temporal	296	142	154
Sin daño físico	442	228	214
Quejas sin mención de daño	2,478	1,228	1,250
Total general	3,602	1,830	1,772

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

Gráfica 12. Porcentaje de quejas concluidas según la gravedad del daño y sexo del usuario 2002-2017



El comportamiento del sexo del usuario según la gravedad de los daños reportados por la población inconforme, deja ver algunas cuestiones interesantes: 57.5% de los fallecimientos fueron hombres, las dos terceras partes (65.2%) de los daños declarados como permanentes también correspondió a dicho sexo, en tanto que 48% reportaron daño temporal.

En ese mismo orden el sexo femenino muestra respectivamente los siguientes porcentajes respecto al total: 42.5% de muertes, 34.8% de daño permanente y 52% de daño temporal.

En el análisis de la estadística relacionada con el servicio de urgencias para el periodo 2002-2017, se identificaron 254 casos en los cuales la atención médica derivó en la muerte del usuario, (7.0% respecto al total de 3,602 queja).

En este sentido y revisando la información por grupo de edad, en el grupo de 65 años y más se presentó el mayor número de casos con 33.8% (86 muertes) del total de defunciones (254). Y presentó una tasa de 128 muertes por cada 1,000 quejas concluidas en este grupo. Esto puede deberse en cierta medida a que estos pacientes presentan mayores probabilidades de sufrir comorbilidades múltiples, como pueden ser cardiopatías, diabetes, hipertensión, enfermedad renal crónica, entre otras, las cuales pueden contribuir a la complicación del manejo de los pacientes y favorecer la evolución de la enfermedad de manera negativa en el paciente.

A través de la obtención de la tasa de mortalidad, puede observarse que existen 70.5 muertes por cada 1,000 quejas concluidas en el servicio de urgencias (3,602 quejas). Utilizando el mismo cálculo podemos decir que la incidencia de la mortalidad es más alta en los hombres (79.8 muertes por cada 1,000 quejas concluidas), a diferencia de las 60.9 muertes en el caso de las mujeres.

Cuadro 12. Total de muertes ocurridas en las quejas de urgencias según edad y sexo, 2002-2017

Grupo de edad	Total de quejas			Total de quejas hombres			Total de quejas mujeres		
	Muertes	Quejas	Tasa*	Muertes	Quejas	Tasa	Muertes	Quejas	Tasa*
Menores de 1 año	2	64	31.3	1	40	25.0	1	24	41.7
1 a 4 años	3	121	24.8	2	68	29.4	1	53	18.9
5 a 9 años	3	88	34.1	1	43	23.3	2	45	44.4
10 a 14 años	6	67	89.6	3	28	107.1	3	39	76.9
15 a 24 años	20	293	68.3	13	143	90.9	7	150	46.7
25 a 34 años	19	556	34.2	10	271	36.9	9	285	31.6
35 a 44 años	33	568	58.1	17	306	55.6	16	262	61.1
45 a 64 años	82	1,171	70.0	49	604	81.1	33	567	58.2
65 años y mas	86	672	128.0	50	326	153.4	36	346	104.0
Total	254	3,602	70.5	146	1,830	79.8	108	1,772	60.9

*Tasa por cada 1000 quejas totales presentadas en ese grupo de edad. Muertes/quejas x 1,000

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

Continuando con el análisis de las defunciones, resulta necesario ampliar esta información por la institución involucrada, en este sentido, el IMSS es la institución en donde más muertes se presentaron con el 58.3%, seguido del ISSSTE con 34.3% del total de muerte y únicamente el 1.6% pertenece al sector privado.

Utilizando una tasa de muertes por cada 1,000 quejas concluidas en cada institución, podemos observar que el ISSSTE presenta 109 muertes por cada 1000 quejas concluidas, seguido de PEMEX con 66.7 muertes por cada 1,000 quejas concluidas.

Cuadro 13. Muertes ocurridas y tasa de mortalidad vinculadas a las quejas del servicio de urgencias según sector e institución involucrados, 2002-2017

Institución y sector	Muertes	Total de quejas	Tasa*	% relativo a muertes
Sector Público	250	3,429	72.9	98.4
IMSS	148	2,411	61.4	58.3
ISSSTE	87	797	109.2	34.3
SSA/SESA's	13	175	74.3	5.1
PEMEX	2	30	66.7	0.8
Sector privado	4	173	23.1	1.6
Total	254	3,602	70.5	100.0

Al número total de quejas en el sector público se le suman 16 pertenecientes a las instituciones de: SEDENA, SEMAR y asistencia social, en donde no se presentaron muertes

*Tasa de muertes por cada 1,000 quejas concluidas en cada institución. Muertes/quejas*1000

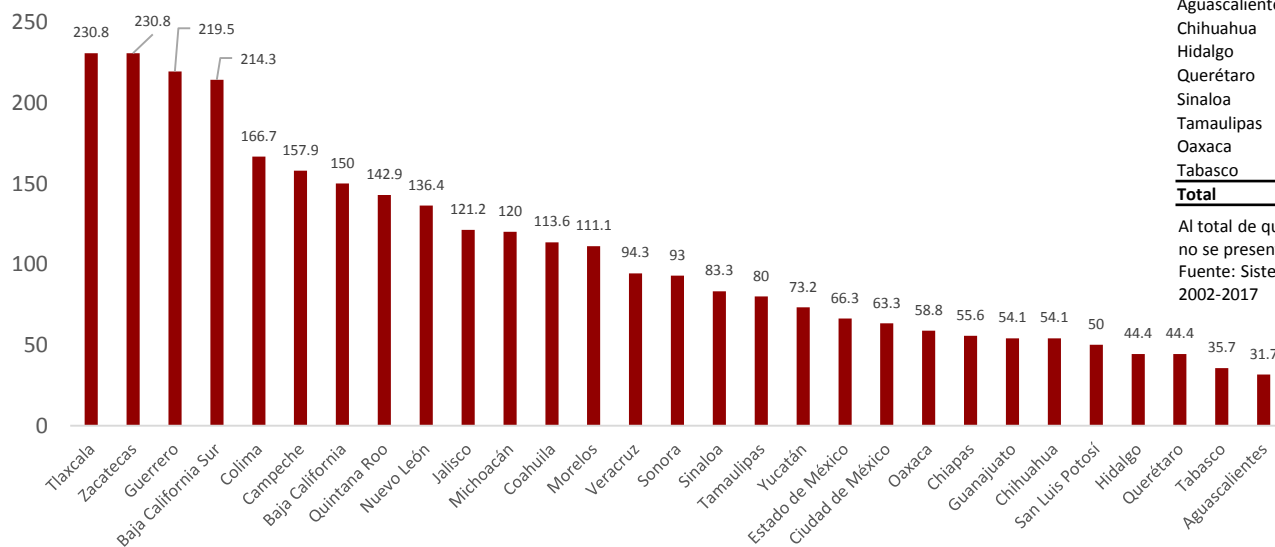
Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Poco más del 44% de las muertes ocurrieron en la Ciudad de México, 18% en el Estado de México, y otro 38% ocurrieron en el resto de las entidades federativas, sin existir alguna que predomine sobre las otras, a excepción de las ya mencionadas.

Cabe recalcar que las muertes registradas, al igual que las quejas, son únicamente las recibidas en CONAMED.

Por otro lado, se observa que Tlaxcala y Zacatecas, muestran la mayor tasa, la cual es de 230 muertes por cada mil quejas concluidas según la entidad federativa donde ocurrió el fallecimiento. Ciudad de México, que es donde se registran más muertes, muestra 63 fallecimientos por cada mil quejas, y Estado de México, 66 fallecimientos por cada mil quejas concluidas.

Gráfica 13. Muertes ocurridas en el servicio de urgencias y entidad federativa, 2002-2017



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

Cuadro 14. Total de muertes y tasas de mortalidad vinculadas a las quejas en el servicio de urgencias por entidad federativa

Entidad federativa	Muertes	Quejas según entidad del prestador	Tasa por cada mil quejas	% relativo a muertes
Ciudad de México	113	1,786	63.3	44.5
Estado de México	47	709	66.3	18.5
Guerrero	9	41	219.5	3.5
Tlaxcala	6	26	230.8	2.4
Yucatán	6	82	73.2	2.4
Coahuila	5	44	113.6	2.0
San Luis Potosí	5	100	50.0	2.0
Veracruz	5	53	94.3	2.0
Chiapas	4	72	55.6	1.6
Guanajuato	4	74	54.1	1.6
Jalisco	4	33	121.2	1.6
Quintana Roo	4	28	142.9	1.6
Sonora	4	43	93.0	1.6
Baja California	3	20	150.0	1.2
Baja California Sur	3	14	214.3	1.2
Campeche	3	19	157.9	1.2
Colima	3	18	166.7	1.2
Michoacán	3	25	120.0	1.2
Morelos	3	27	111.1	1.2
Nuevo León	3	22	136.4	1.2
Zacatecas	3	13	230.8	1.2
Aguascalientes	2	63	31.7	0.8
Chihuahua	2	37	54.1	0.8
Hidalgo	2	45	44.4	0.8
Querétaro	2	45	44.4	0.8
Sinaloa	2	24	83.3	0.8
Tamaulipas	2	25	80.0	0.8
Oaxaca	1	17	58.8	0.4
Tabasco	1	28	35.7	0.4
Total	254	3,602	70.5	100.0

Al total de quejas se le suman 69, pertenecientes a las entidades federativas en donde no se presentaron muertes.

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

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

Cuadro 15. Duración promedio en días en la conclusión de las quejas de Urgencias, según modalidad de la conclusión y tipo de sector, 2002 a 2017

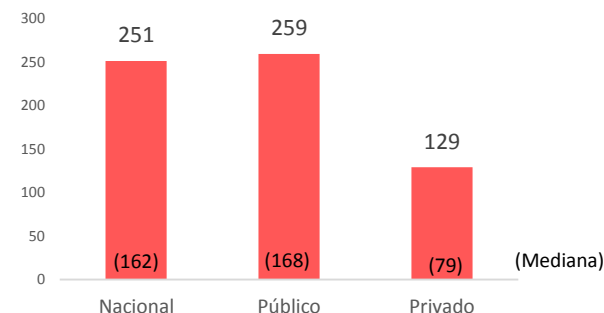
Modalidad de conclusión y tipo de sector	No. de quejas 2002 a 2017	Valores en días		Rango de días	
		Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
Nacional					
Total	3,602	257	164	13	1,984
Conciliaciones	3,538	251	162	13	1,984
Laudos emitidos	64	556	528	153	1,300
Sector público					
Total	3,392	264	169	13	1,984
Conciliaciones	3,336	259	168	13	1,984
Laudos emitidos	56	583	538	248	1,300
Sector privado					
Total	210	138	83	22	1,342
Conciliaciones	202	129	79	22	1,342
Laudos emitidos	8	366	368	153	579

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

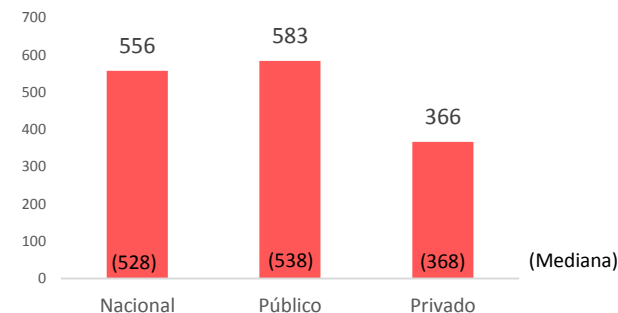
En términos generales, desde el momento que se levanta una queja y esta concluye transcurren en promedio 257 días totales; no obstante cuando esta se resuelve a través del proceso de conciliación el tiempo es menor (251 días), en tanto que si la queja no se concilia y se decide continuar el proceso mediante el arbitraje médico, el tiempo se incrementa en forma notable a 556 días hasta lograr la emisión del laudo que finiquita la queja.

Las cifras anteriores muestran importante 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 (264 días) debido a una tramitología más compleja donde intervienen no solo las unidades médicas sino también las instituciones, en tanto que en el sector privado actúan en forma más ágil, concluyéndose la queja en menor tiempo (138 días).

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



Gráfica 15. 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, entendiéndose 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 arbitraje, quedando en muchos casos proceso inconcluso por falta de interés procesal de alguna de las partes, o bien por sobreseimiento y/o acumulación de autos.

De las 3,602 quejas concluidas en las cuales se ha visto involucrado el servicios de urgencias, 55.2% corresponden al concepto de “concluyentes” en tanto que 44.8% se han considerado como no concluyentes.

Cuadro 16. Quejas concluidas del servicio de urgencias por modalidad y sub-modalidad de conclusión de las quejas, por sexo del usuario, 2002-2017

Modalidad	Total		Hombres	Mujeres
	Absolutos	%		
QUEJAS CONCLUYENTES	1,987	55.2	995	992
Conciliación	1,932	53.6	961	971
Laudo	55	1.5	34	21
QUEJAS NO CONCLUYENTES	1,615	44.8	835	780
No conciliación	1,218	33.8	635	583
Falta de interés procesal	370	10.3	184	186
Sobreseimiento	27	0.7	16	11
Total	3,602	100.0	1,830	1,772

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

Como es lo deseable, dentro de las quejas concluyentes, la conciliación fue la principal modalidad de conclusión (1,926 quejas) al interior de dicho grupo; es decir que solo 55 quejas se concluyeron a través del procedimiento de arbitraje médico (fase decisoria, representando solo 2.8% de las quejas las que fueron resueltas mediante el arbitraje), lo que implica la emisión de 55 laudos.

En cuanto el análisis de la modalidad de conclusión por tipo de sector, del total de las quejas concluidas del sector público el 56.3% fueron concluyentes, mientras que en el sector privado, el 70.5% resultaron por algún tipo de submodalidad no concluyentes.

Cuadro 17. Quejas concluidas en el servicio de Urgencias según modalidad de conclusión y sector 2002-2017

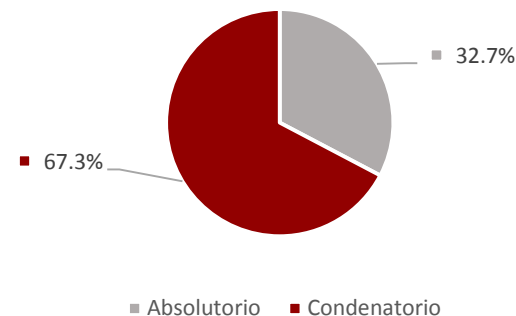
Sub-modalidad de conclusión	Total	Público		Privado	
		Absolutos	%	Absolutos	%
QUEJAS CONCLUYENTES	1,981	1,930	56.3	51	29.5
Conciliación	1,926	1,878	54.8	48	27.7
Laudo	55	52	1.5	3	1.7
QUEJAS NO CONCLUYENTES	1,621	1,499	43.7	122	70.5
No conciliación	1,242	1,213	35.4	29	16.8
Por falta de interés procesal	344	252	7.3	92	53.2
Sobreseimiento	35	34	1.0	1	0.6
Total	3,602	3,429	100.0	173	100.0

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

Los laudos constituyen una modalidad de conclusión de la queja, son el resultado obtenido al término de la etapa decisoria (arbitraje), según el resultado del análisis documental del acto médico que se realiza en la CONAMED, pueden concluir de manera absolutoria, 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.

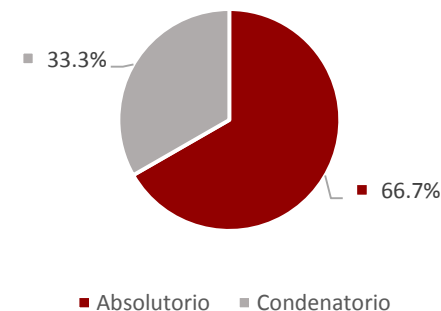
Por lo tanto, los laudos de urgencias, que resultaron absolutorios de 2002 a 2017, representaron 34.5% del total de laudos emitidos (55 laudos), mientras que, los laudos condenatorios representaron 65.5%.

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



Se puede observar que del total de los laudos del sector público, el 67.3% resultaron condenatorios, en contraste con el sector privado, donde el 66.7% resultaron absolutorios.

Gráfica 17. Porcentaje de laudos concluidos del servicio de urgencias en el sector privado, 2002-2017



Cuadro 18. Quejas concluidas del servicio de urgencias según veredicto de los laudos emitidos por sector involucrado 2002-2017

Modalidad de conclusión	Total	Público		Privado	
		Absolutos	%	Absolutos	%
Laudos	55	52	100.0	3	100.0
Absolutorio	19	17	32.7	2	66.7
Condenatorio	36	35	67.3	1	33.3

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

El análisis de los laudos emitidos según subsector nos dice que Urgencias médicas fue quien más laudos presentó con el 89.1%, contra 10.9% de Urgencias quirúrgicas.

En cuanto el veredicto recibido, 19 de los laudos fueron calificados como absolutorios (34.5%), en tanto que 36 de ellos lo fueron en forma condenatoria, es decir 65.5%, Cabe señalar que dichos porcentajes se mantienen al interior de cada subsector.

Cuadro 20. Laudos concluidos en urgencias, según el sentido del laudo e institución involucrada, 2002-2017

Institución	Total		Absolutorio	Condenatorio
	Absolutos	%		
ISSSTE	44	80.0	13	31
SSA/ SESA's	8	14.5	4	4
Sector privado	3	5.5	2	1
Total general	55	100	19	36

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

Cuadro 19. Laudos concluidos en urgencias, según el sentido del laudo y sub especialidad involucrada, 2002-2017

Servicio	Total		Laudos	
	Absolutos	%	Absolutorio	Condenatorio
Urgencias médicas	49	89.1	17	32
Urgencias quirúrgicas	6	10.9	2	4
Total general	55	100.0	19	36

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

El análisis por institución nos arroja, que son los asuntos originados en el ISSSTE los que mostraron mayores proporciones en cuanto a la modalidad de laudos emitidos: 44 laudos, teniendo 31 de ellos un sentido condenatorio (70.5%).

En contra de la Secretaria de Salud y los Servicios estatales se emitieron ocho laudos, la mitad de ellos fue condenatorio.

Por su parte, el sector privado recibió la emisión de tres laudos, entre los que destaca uno de carácter condenatorio.

Debe recordarse que entre las instituciones no aparece el IMSS debido a que esta institución no se somete al proceso de arbitraje médico por parte de la CONAMED.

Una manera indirecta de conocer el desempeño de la institución médica, es por medio de la evaluación documental de la queja médica, ya que dicha evaluación nos acerca a entender cómo es que la práctica médica se lleva a cabo dentro de las instituciones, y en que medida se aplica la Ley Artis en todos sus procesos. Y aunque el desempeño institucional involucra más factores, en cierta medida, es el reflejo del desempeño de los prestadores de la atención de la salud.

En este sentido, se encontró que la mayoría de los casos concluidos no presentaron evidencia de mala práctica (54.6% en el 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 13% de casos que no permitieron precisar claramente las evidencias, por carecer de elementos o no especificar claramente los parámetros a ser considerados.

Cuadro 21. Quejas concluidas del servicio de urgencias, según la evaluación del acto médico 2002-2017

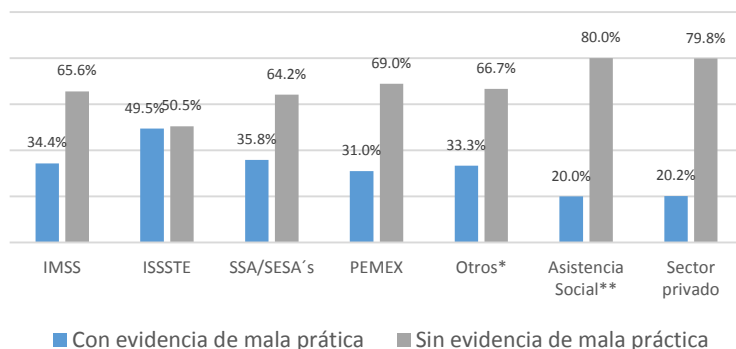
Institución	Total	Con evidencia de mala práctica	Sin evidencia de mala práctica	No especificado	Sin elementos
Sector Público	3,429	1,131	1,869	166	263
IMSS	2,411	746	1425	87	153
ISSSTE	797	326	332	62	77
SSA/SESA's	175	48	86	11	30
PEMEX	30	9	20	0	1
Otros*	9	1	2	4	2
Asistencia Social**	7	1	4	2	0
Sector privado	173	25	99	17	32
Total	3,602	1,156	1,968	183	295

*Otros incluye: SEMAR, SEDENA

**Asistencia Social incluye: Servicios Médicos de Instituciones Universitarias, Servicios Médicos de la Policía Auxiliar, Servicios Médicos de la Policía Bancaria, Servicios Médicos del Transporte Colectivo Metro.

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

Gráfica 18. Quejas concluidas del servicio de Urgencias, según análisis del acto médico 2002-2017



De las quejas con o sin evidencia de mala práctica, el sector privado fue en donde más diferencia se encontró entre los casos con evidencia y sin evidencia de esta, siendo 80% de los casos sin evidencia de mala práctica. El IMSS y la Secretaría de salud, obtuvieron entre el 34 y 36% de quejas concluidas con evidencia de mala práctica. Cabe destacar el ISSSTE, en donde casi el 50% de los casos fueron 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 MPSS, Alejandro Alonso Molina. Se agradece la participación adicional del Mtro. Mario Alberto Araujo Azpeitia en el proceso final de revisión.



CONAMED

COMISIÓN NACIONAL DE
ARBITRAJE MÉDICO