Análisis de la queja médica en el servicio de Medicina General

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 Medicina general 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 durante 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.

La idea no es realizar un análisis exhaustivo de la presente información, sino simplemente mostrar la evolución que ha 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 medicina general, y que durante el periodo analizado ascienden a 2,025 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 acerbo 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 medicina en el primer nivel de atención (medicina general y preventiva), 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 medicina general, 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 asegurarán 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 imitaciones 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 refieres 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 derechohabiencia.

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.

La queja médica representa la inconformidad del usuario de los servicios de salud por una acción u omisión del prestador de los servicios. El usuario de los servicios de salud durante el proceso que transcurre desde el diagnóstico de un problema, hasta su tratamiento y eventual recuperación, puede percibir (o ser informado por un tercero) que la atención recibida no fue del todo satisfactoria, detectando real o potencialmente una amenaza a su estado de salud. Estos actos que no en pocos casos incluyen omisiones, pueden originar daños que desemboquen en la presentación de la queja médica por parte del usuario.

En este sentido, es importante partir de que el paciente constituye el elemento más vulnerable del Sistema de Salud, ya que su posición lo condiciona a requerir ayuda de un profesional que restablezca su salud, lo que inevitablemente lo convierte en el protagonista central del acto médico, quien percibe en su plenitud, y a lo largo de todo el proceso médico, todos aquellos actos y/o procesos en los cuales pueden ocurrir fallos, inclusive desde aquellas de carácter administrativo hasta las vinculadas con la relación médico paciente, pasando por los procesos de diagnóstico y tratamiento, sean médicos o quirúrgicos. No obstante, más allá de la percepción del usuario y la ocurrencia o no de incidentes contrarios a lo esperado por los pacientes, no siempre se llega a la presentación de una queja médica. Si bien la “queja médica es un procedimiento al que puede recurrir cualquier usuario de los servicios de salud cuando cree que sus derechos han sido violentados por alguna institución”, esto no sucede con tanta frecuencia como podría suponerse, las razones son múltiples y el contexto cultural de la persona afectada ocupa un lugar predominante

Por otra parte, los servicios otorgados en el primer nivel de atención, constituyen en muchas ocasiones, el primer contacto, y probablemente el más importante para el paciente que requiere de los servicios médicos prestados, cuyo resultado se verá reflejado en el mejoramiento o deterioro de su salud; en contraste, un mal diagnóstico repercutirá en su vida, y en el desarrollo natural de su padecimiento; siendo que, una inadecuada atención inicial puede ser el principio de malos resultados y repercusiones irreversibles. Debemos contextualizar, además que "las quejas en el ámbito de la salud, no son solo un problema médico, sino que representan un problema social, mediante el cual los usuarios expresan expectativas no cumplidas por el sistema de salud".

Es en este contexto, particularmente es importante analizar la queja médica que proviene del primer nivel de atención, en el que por el carácter piramidal del modelo vigente, se atiende al 85% de los usuarios del Sistema Nacional de Salud, abarcando no solo actividades preventivas, acciones epidemiológicas, sino también una gran variedad de padecimientos, desde las enfermedades más comunes (que al no ser diagnosticadas de manera correcta pueden provocar un daño al paciente) hasta enfermedades que requieran la correcta e inmediata canalización y referencia hacia otros especialistas.

Por tal motivo, las siguientes páginas de este trabajo busca mostrar la situación diagnóstica respecto al periodo comprendido entre el año 2002 y el 2017, pretendiendo no únicamente revisar las cifras referentes al número y evolución de las quejas concluidas sino también su caracterización según variables básicas, intentando incluso generar conciencia sobre las razones, contextos y repercusiones de lo que significa los errores en las atenciones brindadas, material que bien utilizado pueden servir como indicativos de la calidad de los servicios de salud.

Índice temático de tablas y gráficas

I. Características de la queja

Cuadros

Cuadro 1.- Total de quejas concluidas y total de quejas concluidas del servicio de medicina general, según año, 2002-2017
Cuadro 2.- Quejas concluidas de medicina general según el año y servicio involucrado, 2002-2017
Cuadro 3.- Quejas concluidas de medicina general según la edad y sexo del usuario, 2002-2017
Cuadro 4. Total de quejas concluidas del servicio de medicina general 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.- Número de quejas concluidas de medicina general según los principales servicios involucrados, 2002-2017
Gráfica 3.- Porcentaje de quejas concluidas de medicina general según el sexo del usuario, 2002-2017
Gráfica 4.- Quejas concluidas de medicina general según la edad y sexo del usuario, 2002-2017
Gráfica 5.- Porcentaje de quejas concluidas de medicina general según la residencia habitual del usuario, 2002-2017

II. Atención médica y motivos que originaron la queja

Cuadros

Cuadro 5.- Quejas concluidas de medicina general según la institución involucrada, 2002-2017
Cuadro 6.- Quejas concluidas de medicina general según el servicio e institución involucrada, 2002-20017
Cuadro 7.- Motivos mencionados en la presentación de las quejas concluidas según grandes grupos de causas y sexo, 2002-2017
Cuadro 8.- Motivos mencionados en la presentación de las quejas concluidas según causas detalladas de medicina general, 2002-2017

Gráficas

Gráfica 6.- Porcentaje de quejas concluidas de medicina general según el sector involucrado, 2002-2017
Gráfica 7.- Porcentaje de quejas concluidas de medicina general según el servicio e institución involucrada, 2002-2001
Gráfica 8.- Motivos mencionados en la presentación de las quejas concluidas según grandes grupos de causas de medicina general, 2002-2017
Gráfica 9.- Porcentaje de los cinco principales motivos detallados en las quejas concluidas de medicina general, 2002-2017

III. Gravedad del daño ocasionado por la atención médica

Cuadros

Cuadro 9.- Quejas concluidas de medicina general según la gravedad del daño y sexo del usuario, 2002-2017
Cuadro 10- Quejas de medicina general según la gravedad del daño y sector involucrado, 2002-2017
Cuadro 11. Total de muertes ocurridas en las quejas de medicina general según edad y sexo, 2002-2017
Cuadro 12. Muertes ocurridas y tasa de mortalidad vinculadas a las quejas del servicio de medicina general según sector e institución, 2002-2017
Cuadro 13.- Muertes ocurridas en las quejas de medicina general según el lugar de atención médica, 2002-2017

Gráficas

Gráfica 10.- Porcentaje de quejas de medicina general según la gravedad del daño, 2002-2017
Gráfica 11.- Porcentaje de quejas concluidas de medicina general según la gravedad del daño y sexo del usuario, 2002-2017
Gráfica 12.- Porcentaje de quejas concluidas de medicina general según la gravedad del daño según sector, 2002-2017
Gráfica 13 . Muertes ocurridas en el servicio de medicina general y entidad federativa, 2002-2017

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

Cuadros

Cuadro 14. Duración promedio en días en la conclusión de las quejas de Medicina General, según modalidad de la conclusión y tipo de sector, 2002- 2017
Cuadro 15 .-Quejas concluidas de medicina general según la modalidad de conclusión, 2002-2017
Cuadro 16.- Quejas concluidas de medicina general según la modalidad de conclusión y sector involucrado, 2002-2017
Cuadro 17.- Quejas concluidas de medicina general según veredicto de los laudos emitidos y sector involucrado, 2002-2017
Cuadro 18.- Laudos concluidos de medicina general según la conclusión del laudo y servicio involucrado, 2002-2017
Cuadro 19.- Laudos concluidos de medicina general según la conclusión del laudo e institución involucrada, 2002-2017
Cuadro 20.- Quejas concluidas de medicina general según la evaluación del acto médico e institución involucrada, 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 medicina general en el sector público, 2002-2017
Gráfica 17. Porcentaje de laudos concluidos del servicio de medicina general en el sector privado, 2002-2017
Gráfica 18.-Porcentaje de quejas concluidas de medicina general según la evaluación del acto médico e institución involucrada, 2002-2017

I. Características la queja médica y del usuario

Las quejas concluidas de los servicios que integran medicina en el primer nivel de atención (2,025 quejas), representan el 7.6% del total de quejas concluidas durante el periodo 2002-2017.

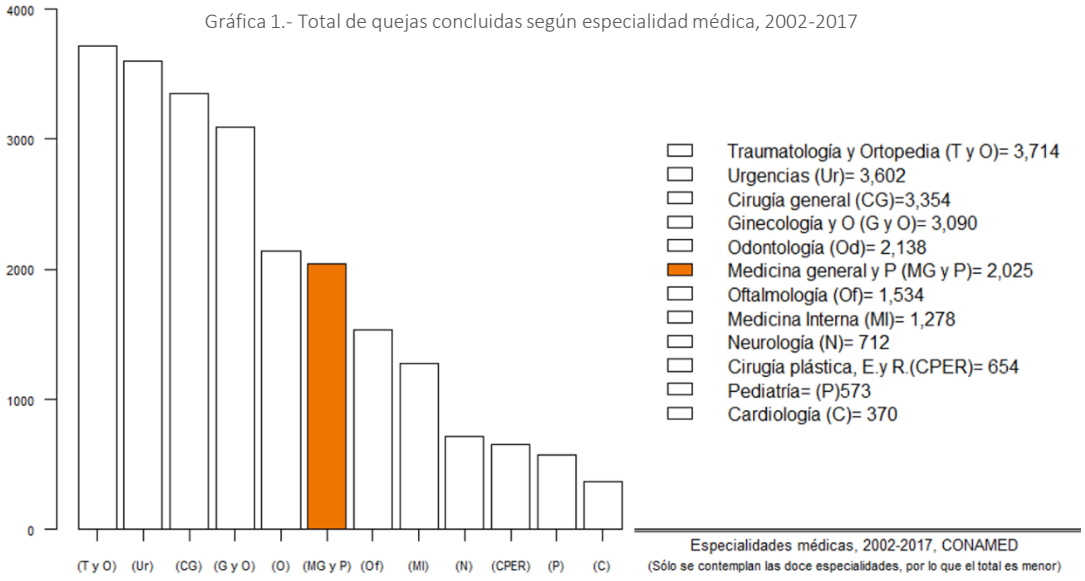
Como datos relevantes podemos mencionar que en el 2010, se muestra un aumento considerable en el número de quejas respecto a los años anteriores, con 181 quejas, representando el 10.8%, respecto al total de quejas concluidas en ese año.

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

Año	Total de quejas concluidas	Quejas concluidas en medicina general	%
2002	1,113	76	6.8
2003	1,309	116	8.9
2004	1,510	112	7.4
2005	1,607	115	7.2
2006	1,544	93	6.0
2007	1,665	127	7.6
2008	1,734	121	7.0
2009	1,748	125	7.2
2010	1,670	181	10.8
2011	1,792	156	8.7
2012	1,696	152	9.0
2013	1,774	154	8.7
2014	1,653	118	7.1
2015	2,022	151	7.5
2016	1,972	123	6.2
2017	1,964	105	5.3
Total	**26,773**	**2,025**	**7.6**

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

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

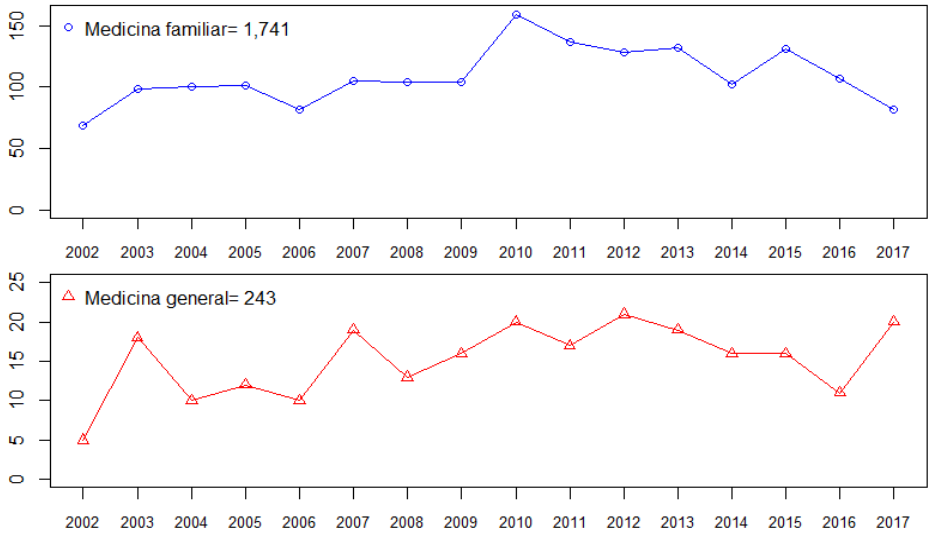


De los doce servicios analizados, medicina en el primer nivel de atención es el sexto servicio que más quejas registró en la Comisión durante el periodo 2002-2017.

Las quejas de medicina en el primer nivel de atención están constituidas por cinco servicios, los cuales son: epidemiología, medicina del trabajo, medicina familiar, medicina general y medicina preventiva.

El 2010 fue el año con el mayor registró de quejas en medicina en el primer nivel de atención con 181 quejas (8.9%). En contraste, en el 2002 se presentó el menor número de quejas con 76 quejas (3.8%). De manera general, medicina familiar es el servicio que presenta el mayor de quejas concluidas (1,741), no obstante en el año 2012, medicina general alcanzó el máximo registró con 21 quejas.

Gráfica 2.- Número de quejas concluidas de medicina general según los principales servicios involucrados, 2002-2017



Cuadro 2.- Quejas concluidas de medicina general según el año y servicio involucrado, 2002-2017

Año	Total	Medicina familiar		Medicina general		Otros servicios*	
		Absolutos	%	Absolutos	%	Absolutos	%
2002	76	69	4.0	5	2.1	2	4.9
2003	116	98	5.6	18	7.4	0	0.0
2004	112	100	5.7	10	4.1	2	4.9
2005	115	101	5.8	12	4.9	2	4.9
2006	93	82	4.7	10	4.1	1	2.4
2007	127	105	6.0	19	7.8	3	7.3
2008	121	104	6.0	13	5.3	4	9.8
2009	125	104	6.0	16	6.6	5	12.2
2010	181	159	9.1	20	8.2	2	4.9
2011	156	137	7.9	17	7.0	2	4.9
2012	152	128	7.4	21	8.6	3	7.3
2013	154	132	7.6	19	7.8	3	7.3
2014	118	102	5.9	16	6.6	0	0.0
2015	151	131	7.5	16	6.6	4	9.8
2016	123	107	6.1	11	4.5	5	12.2
2017	105	82	4.7	20	8.2	3	7.3
Total	**2,025**	**1,741**	**100.0**	**243**	**100.0**	**41**	**100.0**

* Incluye epidemiología, medicina del trabajo y medicina preventiva.
Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), 2002-2017

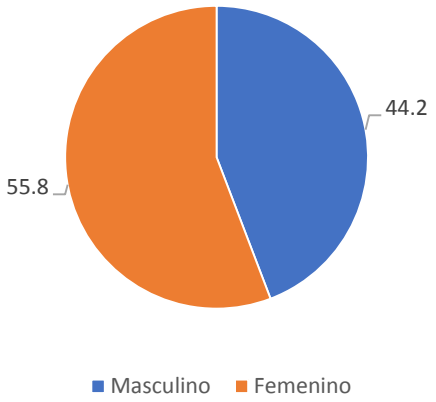
Medicina familiar y medicina general concentra el 98% de las quejas presentadas y sólo el 2% de las quejas se encontraron distribuidas en los servicios de epidemiología, medicina del trabajo y medicina preventiva.

Medicina familiar presentó un aumento en el número de quejas presentadas a lo largo de los 16 años analizados, presentando el menor número de quejas en 2002 (69 quejas) y el máximo en 2010 (159 quejas). En contraste, el servicio de medicina familiar presentó una mayor variación en el tiempo, con el menor número de quejas en 2002 (5 quejas) y el máximo en 2012 (21 quejas).

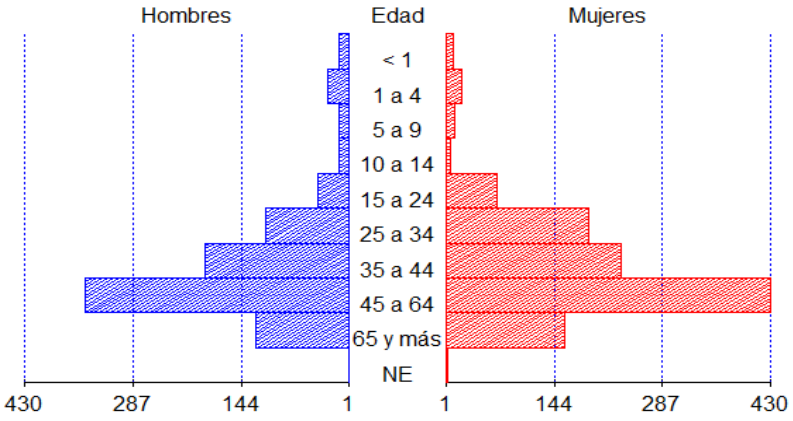
La distribución por sexo de los usuarios de los servicios que presta la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, responde a la misma estructura que se observa en los servicios de salud donde son las mujeres, las que asisten con mayor frecuencia a recibir atención médica, ya sea por ser ellas mismas las que reciben la atención o bien, por cuidar y/o representar a aquel que recibe la atención.

Los usuarios del sexo femenino fueron los que mayor número de quejas presentaron durante los 16 años analizados con el 55.8% en comparación con los usuarios masculinos, que representaron el 44.2%. Dentro del grupo de usuarios entre 15 y 44 años, fueron los usuarios del sexo femenino los que presentaron la mayoría de las quejas con 490 quejas. El siguiente grupo que más quejas presento, fueron los usuarios entre 45 y 64 años (781 quejas), de dichas quejas, 430 fueron presentadas por mujeres (21.2% con respecto del total).

Gráfica 3.- Porcentaje de quejas concluidas de medicina general según el sexo del usuario, 2002-2017



Gráfica 4.- Quejas concluidas de medicina general según la edad y sexo del usuario, 2002-2017



Cuadro 3.- Quejas concluidas de medicina general según la edad y sexo del usuario, 2002-2017

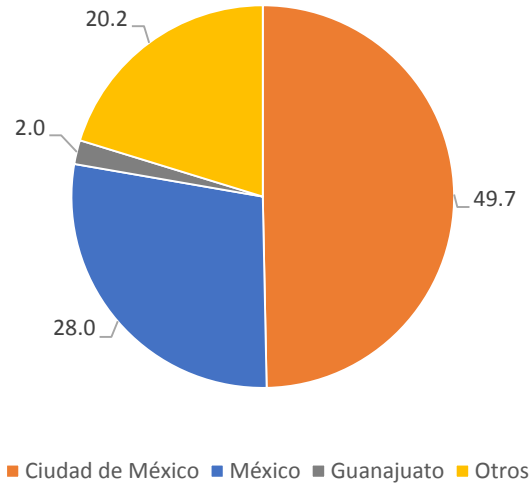
Grupo de edad	Total		Hombres		Mujeres	
	Absolutos	%	Absolutos	%	Absolutos	%
Total	2,025	100.0	895	44.2	1,130	55.8
Menores de 1	45	2.2	31	1.5	14	0.7
1 a 4	31	1.5	14	0.7	17	0.8
5 a 9	26	1.3	14	0.7	12	0.6
10 a 14	21	1.0	14	0.7	7	0.3
15 a 19	35	1.7	15	0.7	20	1.0
20 a 24	76	3.8	28	1.4	48	2.4
25 a 29	125	6.2	45	2.2	80	4.0
30 a 34	175	8.6	66	3.3	109	5.4
35 a 39	205	10.1	93	4.6	112	5.5
40 a 44	219	10.8	98	4.8	121	6.0
45 a 49	222	11.0	85	4.2	137	6.8
50 a 54	212	10.5	90	4.4	122	6.0
55 a 59	186	9.2	97	4.8	89	4.4
60 a 64	161	8.0	79	3.9	82	4.0
65 a 79	238	11.8	107	5.3	131	6.5
80 y más	45	2.2	18	0.9	27	1.3
No especificado	**3**	**0.1**	**1**	**0.05**	**2**	**0.10**

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

Sobre la residencia del usuario que tuvo una inconformidad por el servicio brindado, los tres estados que registraron el mayor número de quejas en la CONAMED fueron: la Ciudad de México (49.7%), Estado de México (28%) y Guanajuato (2%).

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 3.0% del total.

Gráfica 5.- Porcentaje de quejas concluidas de medicina general según la residencia habitual del usuario, 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 al lugar de la atención médica en donde el usuario fue atendido (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 2,025 quejas concluidas en el periodo 2002-2017, de ellos 1,055 declararon haber recibido la atención médica en la Ciudad de México (52.1%); en segundo lugar, como era de esperarse se encuentra el Estado de México con 490 casos (25%) y otras entidades como Guanajuato con 41 casos (2.1%).

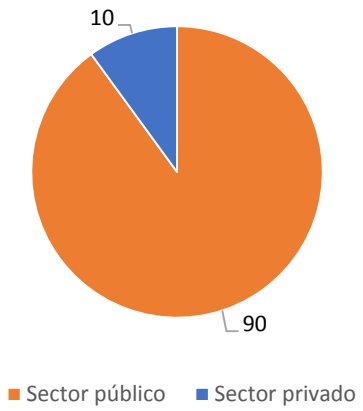
Cuadro 4. Total de quejas concluidas del servicio de medicina general según entidad federativa de residencia del usuario y de la ubicación del establecimiento, 2002-2017

Entidad federativa/Atención médica	Lugar de residencia del usuario																																					
	Aguascalientes	Baja California	Baja California Sur	Campeche	Chiapas	Chihuahua	Ciudad de México	Coahuila	Colima	Durango	Guanajuato	Guerrero	Hidalgo	Jalisco	México	Michoacán	Morelos	Nayarit	Nuevo León	Oaxaca	Puebla	Querétaro	Quintana Roo	San Luis Potosí	Sinaloa	Sonora	Tabasco	Tamaulipas	Tlaxcala	Veracruz	Yucatán	Zacatecas	Se ignora	Total	%
Aguascalientes	10																																	10	0.5
Baja California		14					1																											15	0.7
Baja California Sur			6																															6	0.3
Campeche				6																														6	0.3
Chiapas					29																													29	1.4
Chihuahua						23																												23	1.1
Ciudad de México							980								72	1	1					1												1,055	52.1
Coahuila								6																										6	0.3
Colima									5																									5	0.2
Durango							2			10						1																		13	0.6
Guanajuato							1				41																							42	2.1
Guerrero							1					13																						14	0.7
Hidalgo													16		4																			20	1.0
Jalisco														18	1																			19	0.9
México							16								490																			506	25.0
Michoacán															1	10																		11	0.5
Morelos							1										7																	8	0.4
Nayarit																		4																4	0.2
Nuevo León																			12															12	0.6
Oaxaca							1													6														7	0.3
Puebla							2														29													31	1.5
Querétaro																						16												16	0.8
Quintana Roo																							15											15	0.7
San Luis Potosí																								36										36	1.8
Sinaloa																									8									8	0.4
Sonora																										11								11	0.5
Tabasco																											17							17	0.8
Tamaulipas		1																										12						13	0.6
Tlaxcala																					1								7					8	0.4
Veracruz																														26				26	1.3
Yucatán																															23			23	1.1
Zacatecas							1																									3		4	0.2
Se ignora																																	6	6	0.3
Total	10	15	6	6	29	23	1,006	6	5	10	41	13	16	18	568	12	8	4	12	6	30	17	15	36	8	11	17	12	7	26	23	3	6	2,025	100.0
%	0.5	0.7	0.3	0.3	1.4	1.1	49.7	0.3	0.2	0.5	2.0	0.6	0.8	0.9	28.0	0.6	0.4	0.2	0.6	0.3	1.5	0.8	0.7	1.8	0.4	0.5	0.8	0.6	0.3	1.3	1.1	0.1	0.3	100.0	

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

II. Atención médica y motivos que originaron la queja

Gráfica 6.- Porcentaje de quejas concluidas de medicina general según el sector involucrado, 2002-2017



Partiendo del modelo de atención vigente en México, se sabe que el 85% del total de servicios otorgados corresponde al primer nivel de atención, seguido de 12% de las atenciones que se otorgan en el segundo nivel (hospitales generales) en tanto que 3% provienen del tercer nivel de atención (u hospitales de alta especialidad). Considerando exclusivamente las inconformidades originadas en los servicios prestados por las unidades del primer nivel de atención (centros de salud, unidades de medicina familiar, principalmente) se observa que 90 de cada cien quejas tuvieron lugar en el sector público, en tanto que el diez por ciento restante se originaron en el sector privado.

Cuadro 5.- Quejas concluidas de medicina general según la institución involucrada, 2002-2017

Sector/Institución	Total	%
Sector público	**1,822**	**90.0**
IMSS	1,484	73.3
ISSSTE	275	13.6
PEMEX	12	0.6
SSA/ SESA's	38	1.9
Otros*	13	0.6
Sector privado	**203**	**10.0**
Asistencia	4	0.2
Servicios privados	199	9.8
Total	**2,025**	**100.0**

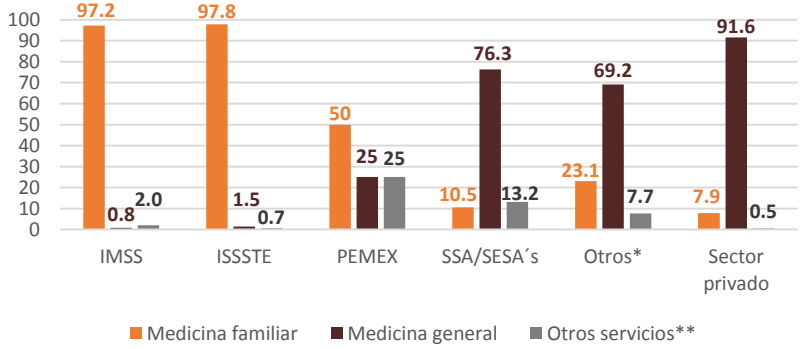
*Otros: Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Servicios médicos de la policía auxiliar, Servicios médicos del Trasporte Colectivo Metro, Servicios médicos de instituciones universitarias, Servicios médicos de pensiones civiles del estado y Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).
Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), 2002-2017

De las instituciones públicas involucradas en la ocurrencia de incidentes que han dado origen a la presentación de quejas, destaca en particular el IMSS por su alta frecuencia con 1,484 casos (73.3%) siendo en parte esperable por reflejar la más alta cobertura en el país. Sigue en importancia el ISSSTE con 275 quejas (13.6% del total) y con solo 38 quejas (1.9%) la Secretaria de Salud (SSA) y las Secretarías Estatales de Salud (SESA).

La explicación del porque la desigual proporción entre el numero de quejas que presentan las dos mayores instituciones públicas del país (IMSS y SSA), cuyas coberturas son muy semejantes, se debe sin duda a la existencia de rasgos culturales (en población no derechohabiente) propios de poblaciones rurales, de mayor marginación y menos propensos a la manifestación de quejas e inconformidades.

Cuando se analiza la información a nivel de subespecialidad, surge que el modelo médico seguido al interior del país difiere según la institución, de tal forma que en el IMSS (1,443 quejas) y en el ISSSTE (269 quejas) persiste prácticamente en forma generalizada el otorgamiento de servicios de medicina familiar (1,741 quejas), en tanto en las otras instituciones, incluyendo el sector privado (203 quejas), prevalece la medicina general (186 quejas), tal y como puede observarse en el cuadro anexo.

Gráfica 7.- Porcentaje de quejas concluidas de medicina general según el servicio e institución involucrada, 2002-20017



*Otros: Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Servicios médicos de la policía auxiliar, Servicios médicos del Trasporte Colectivo Metro, Servicios médicos de instituciones universitarias, Servicios médicos de pensiones civiles del estado y Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).
**Otros servicios: epidemiología, medicina del trabajo y medicina preventiva.

Cuadro 6.- Quejas concluidas de medicina general según el servicio e institución involucrada, 2002-20017

Servicio	Total	Medicina familiar	Medicina general	Otros servicios*
IMSS	1,484	1,443	12	29
ISSSTE	275	269	4	2
PEMEX	12	6	3	3
SSA/SESA´s	38	4	29	5
Otros**	13	3	9	1
Sector privado	203	16	186	1
Total	**2,025**	**1,741**	**243**	**41**

*Incluye epidemiología, medicina del trabajo y medicina preventiva.
**Otros: Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), servicios médicos de la policía auxiliar, servicios médicos del Trasporte Colectivo Metro, servicios médicos de instituciones universitarias, servicios médicos de pensiones civiles del estado y Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).
Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), 2002-2017

De los servicios otorgados dentro de las instituciones involucradas, se destaca que las quejas asociadas a los servicios de medicina familiar se concentraron en el IMSS e ISSSTE cerca de un 98% en cada una de ellas. En contraste, el servicio de medicina general predominó en hospitales de la SSA/SESA (76.3%), caso similar a la categoría de otros con 69.2% y el sector privado con el 91.6%.

Durante la presentación de la queja médica, el usuario puede mencionar uno o más motivos de inconformidad con el servicio que le fue otorgado. Durante el periodo analizado se registra un promedio aproximado de 1.98 motivos por queja.

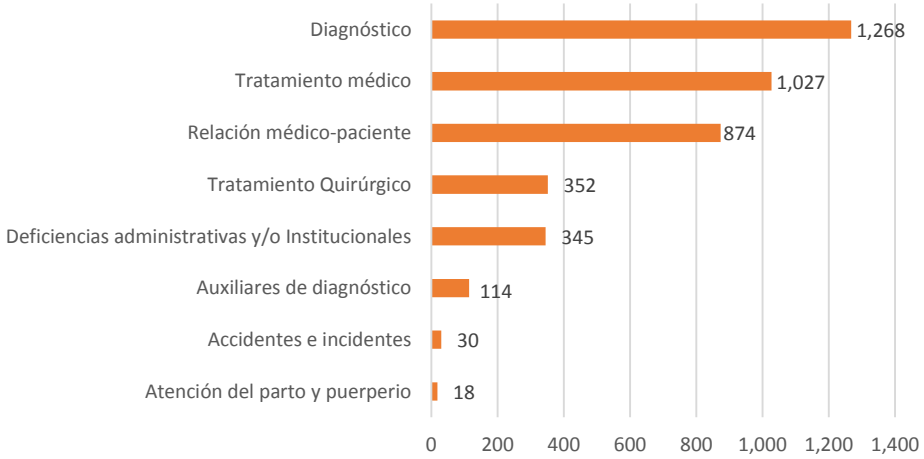
En este sentido, los tres principales motivos que se mencionaron más frecuentemente en las quejas médicas del primer nivel de atención se refieren a los problemas con el diagnóstico (31.5%), con el tratamiento médico (25.5%) y con la relación establecida entre el médico y el paciente (21.7%).

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

Motivos	Total		Hombres		Mujeres	
	Absolutos*	%	Absolutos*	%	Absolutos*	%
Diagnóstico	1,268	31.5	534	30.2	734	32.4
Tratamiento médico	1,027	25.5	456	25.8	571	25.2
Relación Médico Paciente	874	21.7	384	21.7	490	21.7
Tratamiento Quirúrgico	352	8.7	155	8.8	197	8.7
Deficiencias administrativas y/o Institucionales	345	8.6	170	9.6	175	7.7
Auxiliares de diagnóstico	114	2.8	50	2.8	64	2.8
Accidentes e incidentes	30	0.7	12	0.7	18	0.8
Atención del parto y puerperio	18	0.4	5	0.3	13	0.6
Total	**4,028**	**100.0**	**1,766**	**100.0**	**2,262**	**100.0**

*Se considera más de un motivo por queja
Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), 2002-2017

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



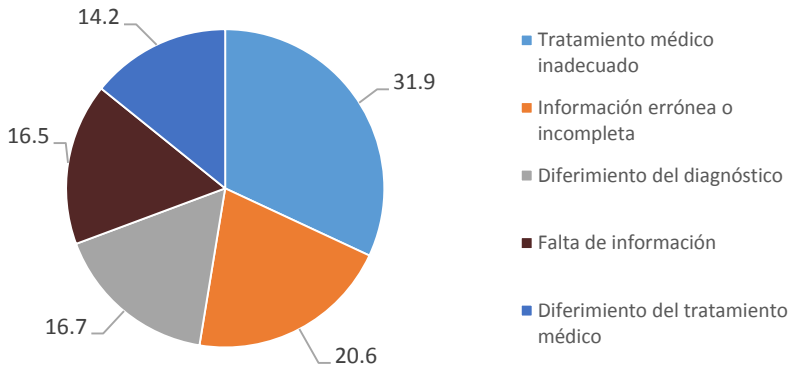
En cuanto al comportamiento por sexo al interior de cada uno de los motivos señalados, destaca una mayor proporción de mujeres (al ser en el total mayoría de ellas). Los motivos de diagnóstico sigue siendo el de mayor mención en la presentación de la queja tanto en hombres con 534 motivos (42.1%) como en mujeres con 734 quejas (57.9%). El menor número de motivos fueron debido a la atención del parto y puerperio con únicamente 18 motivos.

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

Motivos	Total*	%
Problemas con el diagnóstico	**1,268**	**31.5**
Erróneo	285	7.1
Diferimiento	304	7.5
Innecesario	117	2.9
Inoportuno	160	4
Falta de Información y consentimiento	198	4.9
Omisión	204	5.1
Tratamiento médico	**1,027**	**25.5**
Alta prematura del tratamiento	49	1.2
Complicaciones secundarias: Desinformación	101	2.5
Diferimiento	258	6.4
Negación del servicio	19	0.5
Secuelas: Exceso terapéutico	20	0.5
Tratamiento inadecuado	580	14.4
Relación Médico Paciente	**874**	**21.7**
Falta de información	299	7.4
Información errónea o incompleta	375	9.3
Maltrato	200	5
Tratamiento Quirúrgico	**352**	**8.7**
Alta prematura de los cuidados postoperatorios	1	0
Complicaciones del transoperatorio	2	0
Complicaciones del postoperatorio	41	1
Secuelas	47	1.2
Diferimiento del tratamiento quirúrgico	188	4.7
Cirugía innecesaria	6	0.1
Extirpaciones erróneas	1	0
Tratamiento no satisfactorios: Falta de consentimiento informado	3	0.1
Tratamiento no satisfactorios: Falta de vigilancia	42	1
Técnica inadecuada	21	0.5
Deficiencias administrativas y/o Institucionales	**345**	**8.6**
Falta de Medicamento	23	0.6
Demora prolongada para obtener servicio	229	5.7
Maltrato y/o abuso por personal hospitalario no medico	6	0.1
Falta de equipo, insumos y/o personal	53	1.3
Negación de la atención	34	0.8
Auxiliares de diagnóstico	**114**	**2.8**
Estudios innecesario	4	0.1
Resultados inoportunos	31	0.8
Falsos positivos	6	0.1
Secuelas	3	0.1
Diferimiento	70	1.7
Accidentes e incidentes	**30**	**0.7**
Presentación de caídas del paciente	0	0
Presentación de infección intrahospitalaria	5	0.1
Presentación de accidentes	6	0.1
Ocurrió trauma obstétrico para la madre	1	0
Ocurrió trauma obstétrico para el producto	6	0.1
Le administraron un medicamento que no le correspondía	12	0.3
Atención del parto y puerperio	**18**	**0.4**
Complicaciones del parto	9	0.2
Diferimiento	5	0.1
Falta de control prenatal	4	0.1
Total	**4,028**	**100**

*Se considera más de un motivo por queja.
Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), 2002-2017

Gráfica 9.- Porcentaje de los cinco principales motivos detallados en las quejas concluidas de medicina general, 2002-2017



El análisis de los motivos de queja a nivel de subcategorías muestra que los ítems con las frecuencias más altas son: tratamiento médico inadecuado (580 motivos), el otorgar información errónea o incompleta (375), diferimiento en el diagnóstico (304 motivos), falta total de información (299), diferimiento en el tratamiento médico (258), demora prolongada para obtener servicio (229 motivos), diferimiento del tratamiento quirúrgico (188 motivos).

Con un menor número de casos, pero no por ello de menor gravedad aparece la falta de equipo, insumos o personal (53 casos); una alta prematura del tratamiento (49 casos), la negación de la atención (34 casos), secuelas debido a exceso terapéutico (20 casos), por mencionar solo algunos de ellos.

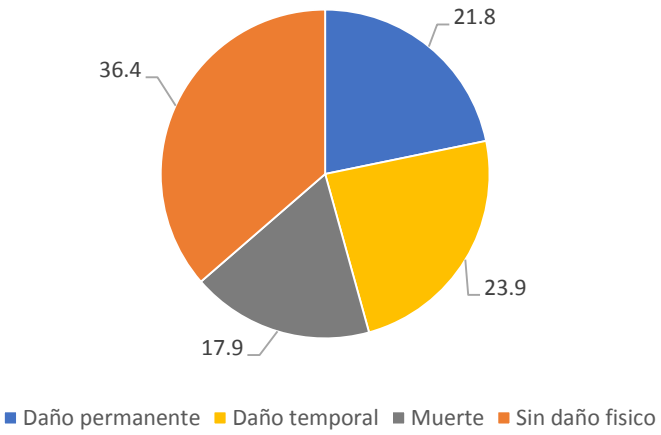
III. Gravedad del daño ocasionado por la atención médica

En cuanto a las quejas en las que sí se hizo mención del daño (un total de 418 quejas), en 75 casos se registró el daño máximo posible, la muerte (17.9%), seguida de cien casos que declararon sufrir daño temporal (23.9%), en tanto que otros 91 casos reportaron haber sufrido un daño permanente (21.8%). Dos terceras partes de los usuarios afirmaron no haber sufrido ningún daño.

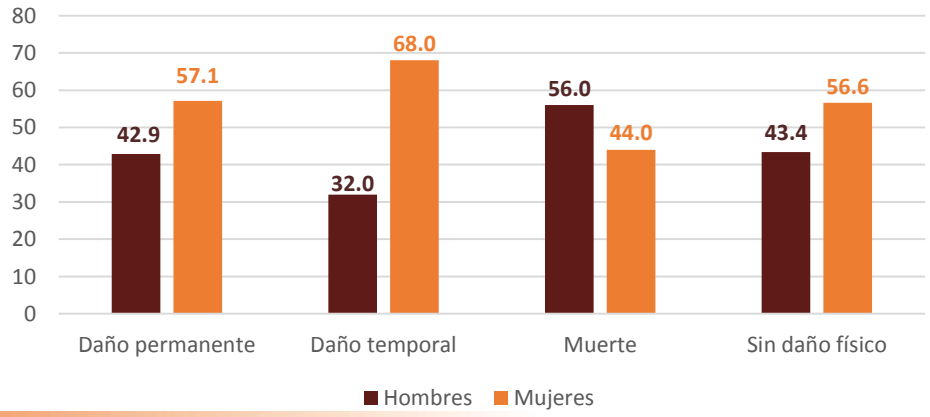
La distribución porcentual de las muertes según el sexo, aparentemente es mayor en el caso del sexo masculino, al representar 56% contra 44% de las mujeres. Respecto al daño permanente corresponde 42.9% al sexo masculino y 57.1% al femenino; en daño temporal la relación en de un tercio para hombres (32%) y dos tercias para mujeres (68%). Uno de los aspectos más trascendentes respecto al conocimiento sobre la queja médica, es el análisis de las consecuencias que tienen éstas sobre la salud de los usuarios de los servicios de salud que declararon haber sido afectados.

En este sentido, resulta de gran importancia conocer la gravedad del daño sufrido como consecuencia del incidente que originó el motivo de presentación de la queja médica. Cabe señalar que no todos los usuarios inconformes declararon haber sufrido algún tipo de daño (79.4% de los inconformes del servicio de medicina de primer nivel no lo hicieron).

Gráfica 10.- Porcentaje de quejas de medicina general según la gravedad del daño, 2002-2017



Gráfica 11.- Porcentaje de quejas concluidas de medicina general según la gravedad del daño y sexo del usuario, 2002-2017



Cuadro 9.- Quejas concluidas de medicina general según la gravedad del daño y sexo del usuario, 2002-2017

Gravedad del daño	Total	Hombres	Mujeres
QUEJAS CON MENCIÓN DE DAÑO	**418**	**179**	**239**
Daño permanente	91	39	52
Daño temporal	100	32	68
Muerte	75	42	33
Sin daño físico	152	66	86
QUEJAS SIN MENCIÓN DE DAÑO	**1,607**	**716**	**891**
Total	**2,025**	**895**	**1,130**

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

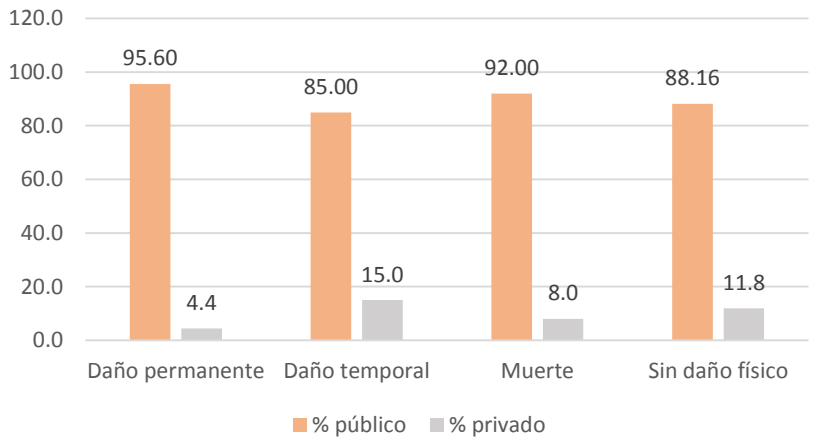
Aunque las quejas con mención de daño estuvieron en mayor número asociadas al sector público con 375 quejas (89.7% del total), en 134 casos no hubo daño físico derivado de la atención recibida en dicho sector y sólo en 69 quejas, el usuario mencionó la muerte como gravedad del daño. En comparación, el sector privado con 43 quejas (10.3%) tuvo el mayor número de quejas sin daño físico (18 quejas) y sólo en seis casos se presentó la defunción del usuario.

Cuadro 10.- Quejas de medicina general según la gravedad del daño y sector involucrado, 2002-2017

Gravedad del daño	Total	Sector	
		Público	Privado
QUEJAS CON MENCIÓN DE DAÑO	**418**	**375**	**43**
Daño permanente	91	87	4
Daño temporal	100	85	15
Muerte	75	69	6
Sin daño físico	152	134	18
QUEJAS SIN MENCIÓN DE DAÑO	**1,607**	**1,447**	**160**
Total	**2,025**	**1,822**	**203**

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

Gráfica 12. Gráfica 11.- Porcentaje de quejas concluidas de medicina general según la gravedad del daño según sector, 2002-2017



Un incidente adverso grave, que por su magnitud, costo y trascendencia se le ha denominado evento centinela, es una incidencia imprevista en la que se pude producir la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo que se produzca, entendiéndose que una lesión grave puede ser además de la muerte, la pérdida de una extremidad o una función. La frase "o el riesgo que se produzca" comprende toda variación del proceso cuyo repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave.

Por lo tanto, derivado del análisis de todas las quejas concluidas en las que hubo mención de la muerte del usuario durante 2002-2017, sólo el 3.7% de las muertes ocurrieron en casos de medicina en el primer nivel de atención. En este sentido, se encontraron 75 casos en medicina en el primer nivel de atención, en los cuales el usuario falleció. Dichas muertes, se ubicaron principalmente en los adultos entre 45 y 64 años (30 quejas). De igual manera, se encontró que los usuarios más afectados fueron los hombres (42 quejas), en comparación con las mujeres (33 quejas). Podemos decir que de cada mil quejas concluidas existieron a 37 muertes, donde en el caso de los hombres resultaron aproximadamente 47 muertes por cada mil quejas, mientras que en las mujeres corresponden 29 muertes por cada mil quejas. También se puede observar, que en el rango de edad de 1 a 4 años fue donde se presentó la tasa más alta, misma que resultó ser de casi 97 muertes por cada mil quejas.

Cuadro 11. Total de muertes ocurridas en las quejas de medicina general según edad y sexo, 2002-2017

Grupo de edad	Total de quejas			Total quejas hombres			Total quejas mujeres		
	Muertes	Quejas	Tasa*	Muertes	Quejas	Tasa	Muertes	Quejas	Tasa
<1	4	45	88.9	3	31	96.8	1	14	71.4
1-4	3	31	96.8	2	14	142.9	1	17	58.8
5-9	1	26	38.5	1	14	71.4	0	12	0.0
15-24	5	111	45.0	3	43	69.8	2	68	29.4
25-34	8	300	26.7	5	111	45.0	3	189	15.9
35-44	11	424	25.9	6	191	31.4	5	233	21.5
45-64	30	781	38.4	17	351	48.4	13	430	30.2
>65	13	283	45.9	5	125	40.0	8	158	50.6
Total	**75**	**2,025**	**37.0**	**42**	**896**	**46.9**	**33**	**1,129**	**29.2**

Nota: De las 2,025 quejas, se excluyeron tres quejas en las cuales no se especificó la edad del usuario.
*Tasa por cada 1,000 quejas totales presentadas en ese grupo de edad. Muertes/quejas*1,000
Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), 2002-2017

Continuando con el análisis de defunciones, resulta necesario ampliar está información por la institución involucrada, en este sentido, el IMSS es la institución donde más muertes se presentaron con el 62.7%, seguido con el ISSSTE con el 17.3% del total de muertes; únicamente el 8% perteneció al sector privado.

Utilizando una tasa de muertes por cada mil quejas presentadas en cada institución, podemos observar que el SSA/ SESA's presenta la tasa más alta, con 210 muertes por cada mil quejas, seguido de PEMEX con 83 muertes por cada mil quejas presentadas, y en contraste, el sector privado presentó la tasa más baja con casi 30 muertes por cada mil quejas.

Cuadro 12. Muertes ocurridas y tasa de mortalidad vinculadas a las quejas del servicio de medicina general según sector e institución, 2002-2017

Institución y sector	Muertes	Absoluto	Tasa*	% relativo a muertes
Sector público	**69**	**1,822**	**37.9**	**92.0**
IMSS	47	1484	31.7	62.7
ISSSTE	13	275	47.3	17.3
PEMEX	1	12	83.3	1.3
SSA/SESA´s	8	38	210.5	10.7
Sector privado	**6**	**203**	**29.6**	**8.0**
Total	**75**	**2,025**	**37.0**	**100.0**

*Tasa por cada 1,000 quejas concluidas en cada sector e institución involucrada.
Muertes/quejas*1,000.
Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), 2002-2017

De los estados de la república en donde ocurrieron las defunciones se identificaron 15 estados, los cuales fueron: Baja California, Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México, Colima, Durango, Guerrero, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Sonora, Tabasco y Veracruz. El mayor número de defunciones proviene de la Ciudad de México (37 quejas), abarcando el 49.3% de todas las muertes, seguido del Estado de México con 20 quejas (26.7%) y Veracruz con 3 quejas (4.0%). Los estados de Guerrero, Jalisco y Nuevo León presentaron dos casos de defunciones cada uno. En los seis estados restantes (Baja California, Chiapas, Chihuahua, Colima, Durango, Michoacán, Morelos, Sonora y Tabasco) sólo se presentó un caso por cada entidad federativa.

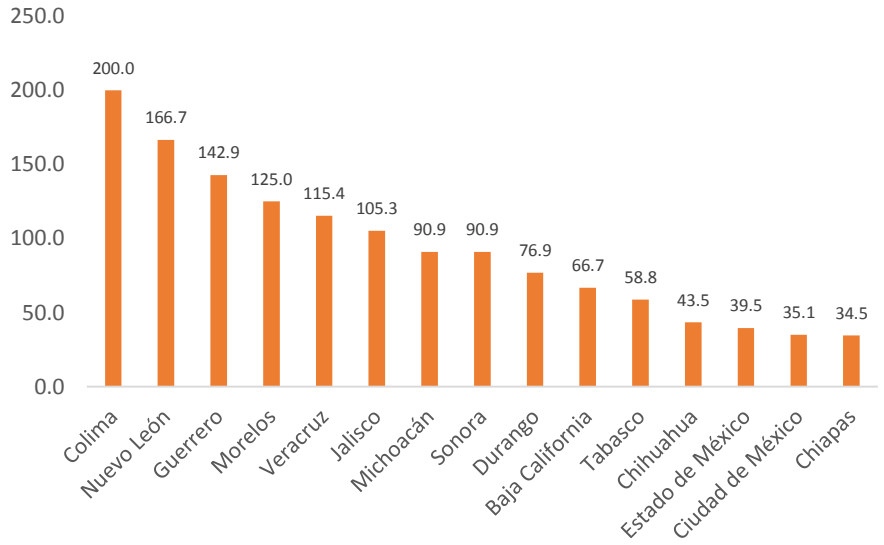
Como se puede observar, en términos de tasas de mortalidad, el riesgo mayor se observa en Colima con un valor máximo de 200 muertes por cada mil quejas, siguiendo Nuevo León con 167, Guerrero con 143 y Morelos con 125 muertes por cada mil quejas, por otro lado, la Ciudad de México cuenta con la mayor aportación de muertes (37) presentando un riesgo de 35 muertes por cada mil quejas, mientras que en el Estado de México se registran 39 muertes por cada mil quejas, siendo estas dos entidades federativas quienes registran el mayor número de defunciones vinculadas con las quejas médicas (37 y 20 respectivamente).

Cuadro 13.- Muertes ocurridas en las quejas de medicina general según el lugar de atención médica, 2002-2017

Entidad federativa	Muertes ocurridas	Quejas concluidas	Tasa*	% relativo a muertes
Ciudad de México	37	1,055	35.1	49.3
Estado de México	20	506	39.5	26.7
Veracruz	3	26	115.4	4.0
Guerrero	2	14	142.9	2.7
Jalisco	2	19	105.3	2.7
Nuevo León	2	12	166.7	2.7
Baja California	1	15	66.7	1.3
Chiapas	1	29	34.5	1.3
Chihuahua	1	23	43.5	1.3
Colima	1	5	200.0	1.3
Durango	1	13	76.9	1.3
Michoacán	1	11	90.9	1.3
Morelos	1	8	125.0	1.3
Sonora	1	11	90.9	1.3
Tabasco	1	17	58.8	1.3
Total	**75**	**2,025**	**37.0**	**100.0**

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

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



Nota: Tasas de mortalidad por cada mil quejas

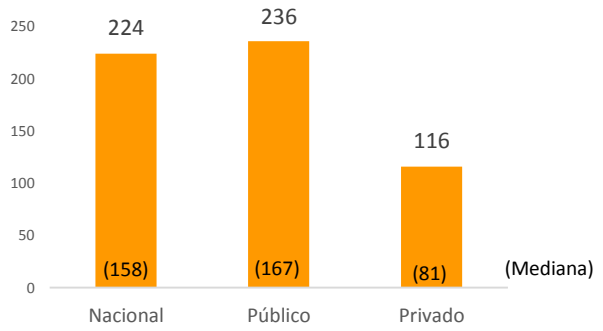
IV. Conclusión de la queja y desempeño de la institución médica

Cuadro 14. Duración promedio en días en la conclusión de las quejas de Medicina General, según modalidad de la conclusión y tipo de sector, 2002 a 2017

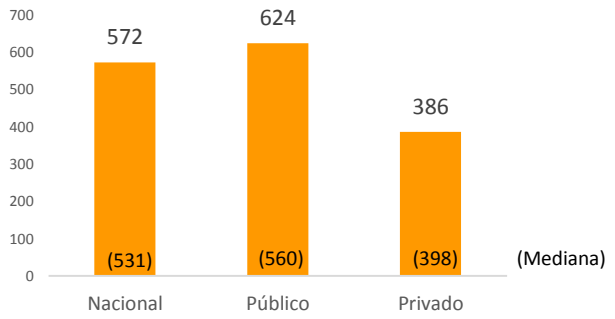
Modalidad de conclusión y tipo de sector	No. de quejas 2002 a 2017	Valores en días		Rango de días	
		Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
Nacional					
Total	2,025	228	159	12	2,024
Conciliaciones	2,002	224	158	12	2,024
Laudos emitidos	23	572	531	178	1,242
Sector público					
Total	1,822	240	168	15	2,024
Conciliaciones	1,804	236	167	15	2,024
Laudos emitidos	18	624	560	371	1,242
Sector privado					
Total	203	123	83	12	1,425
Conciliaciones	198	116	81	12	1,425
Laudos emitidos	5	386	398	178	639

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

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



En términos generales, desde el momento que se levanta una queja y esta concluye transcurren en promedio 228 días totales; no obstante cuando esta se resuelve a través del proceso de conciliación el tiempo es menor (224 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 572 días hasta lograr la emisión del laudo que da por concluida la controversia en salud.

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 (240 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 las partes actúan en forma más ágil, concluyéndose la queja en menor tiempo (123 días).

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 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.

Cuadro 16.- Quejas concluidas de medicina general según la modalidad de conclusión y sector involucrado, 2002-2017

Modalidad de conclusión	Total	Sector público		Sector privado	
		Absolutos	%	Absolutos	%
QUEJAS CONCLUYENTES	**1,157**	**1,077**	**59.1**	**80**	**39.4**
Conciliación	1,134	1,059	58.1	75	36.9
Laudos	23	18	1	5	2.5
QUEJAS NO CONCLUYENTES	**868**	**745**	**40.9**	**123**	**60.6**
No conciliación	647	603	33.1	44	21.7
Falta de interés procesal	198	121	6.6	77	37.9
Sobreseimiento	23	21	1.2	2	1
Total	**2,025**	**1,822**	**100.0**	**203**	**100.0**

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

Cuadro 15.- Quejas concluidas de medicina general según la modalidad de conclusión, 2002-2017

Modalidad de conclusión	Total		Hombres	Mujeres
	Absolutos	%		
QUEJAS CONCLUYENTES	**1,157**	**57.1**	**489**	**668**
Conciliación	1,134	56	480	654
Laudos	23	1.1	9	14
QUEJAS NO CONCLUYENTES	**868**	**42.9**	**406**	**462**
No conciliación	647	32	314	333
Falta de interés procesal	198	9.8	80	118
Sobreseimiento	23	1.1	12	11
Total	**2,025**	**100**	**895**	**1,130**

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

En este sentido, de las 2,025 quejas presentadas contra los servicios de medicina en el primer nivel de atención, las cifras anexas señalan que 57.1% concluyeron, como sería de esperarse, dentro de la modalidad de concluyentes (1,157 quejas), mientras que el 42.9% (868 quejas) terminaron mediante otros procedimientos, determinándose como no concluyentes.

Como se puede observar en el cuadro 15, destacan dentro de las quejas concluyentes, la firma de convenios de conciliación como principal modalidad de conclusión (1,134 quejas). En cuanto a las modalidades de conclusión según el sector público, el 59.1% fueron concluyentes, en contraste con el sector privado, donde el 60.6% de las quejas de este sector fueron no concluyentes.

Los laudos constituyen una modalidad de conclusión de la queja, son el resultado obtenido al término del proceso arbitral. 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, o de manera condenatoria, en donde 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.

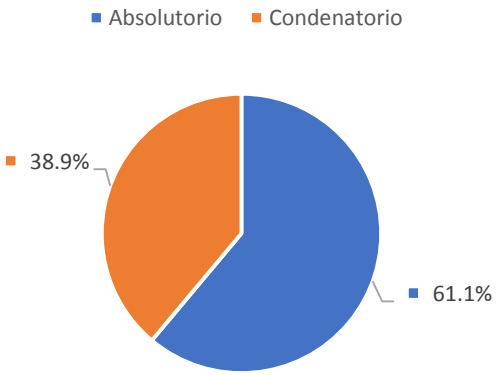
Por lo tanto, de los 23 laudos emitidos en contra de los servicios de medicina en el primer nivel de atención, 39.1% resultaron condenatorios durante los años 2002-2017, correspondiendo en consecuencia cerca de 60.1% los casos declarados de manera absolutoria.

Cuadro 17.- Quejas concluidas de medicina general según veredicto de los laudos emitidos y sector involucrado, 2002-2017

Modalidad de conclusión	Total	Sector público		Sector privado	
		Absolutos	%	Absolutos	%
Laudo	**23**	**18**	**100.0**	**5**	**100.0**
Absolutorio	14	11	61.1	3	60
Condenatorio	9	7	38.9	2	40

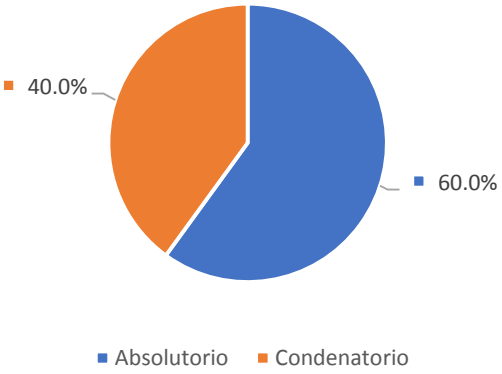
Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), 2002-2017

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



Se puede observar que del total de laudos emitidos en el sector público, el 61.1% fueron absolutorios, siendo casi igual en el privado, donde el 60% fue absolutorio, donde podemos decir de manera general que de cada diez laudos en ambos sectores seis resultaron absolutorios.

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



Respecto al análisis de la emisión de laudos se observan únicamente casos provenientes de las subespecialidades de medicina familiar y medicina general. La primera de ellas (medicina familiar) fue quien emitió el mayor número con 16 procesos arbitrales (69.6%), resultando seis de ellos condenatorios. En el caso de medicina general solo se emitieron siete laudos (30.4% del total) con tres de ellos de carácter condenatorio.

Cuadro 18.- Laudos concluidos de medicina general según la conclusión del laudo y servicio involucrado, 2002-2017

Servicio	Total	Laudos	
		Absolutorios	Condenatorios
Medicina Familiar	16	10	6
Medicina General	7	4	3
Total	**23**	**14**	**9**

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

Cuadro 19.- Laudos concluidos de medicina general según la conclusión del laudo e institución involucrada, 2002-2017

Sector/Institución	Total		veredicto	
	laudos	%	Absolutorio	Condenatorio
SECTOR PÚBLICO	**18**	**78.3**	**11**	**7**
ISSSTE	16	69.6	10	6
SSA/ SESA's	2	8.7	1	1
SECTOR PRIVADO	**5**	**21.7**	**3**	**2**
Total	**23**	**100**	**14**	**9**

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

La mayor cantidad de laudos emitidos tuvieron relación con el ISSSTE con 16 laudos (69.6%), de los cuales seis fueron condenatorios. La SSA/SESA's fue origen de otros dos laudos del sector público, siendo la mitad de ellos absolutorios. Respecto al sector privado se emitieron cinco laudos de los cuales dos recibieron un veredicto condenatorio.

Una manera indirecta de conocer el desempeño de la institución médica es por medio de la evaluación documental del acto médico que dio origen a la presentación de la queja, ya que es a través de dicha evaluación que puede conocerse la forma en que se realiza la práctica médica dentro de las instituciones; y aunque el desempeño institucional involucra más factores, en cierta medida, es el reflejo del desempeño de los prestadores de la atención.

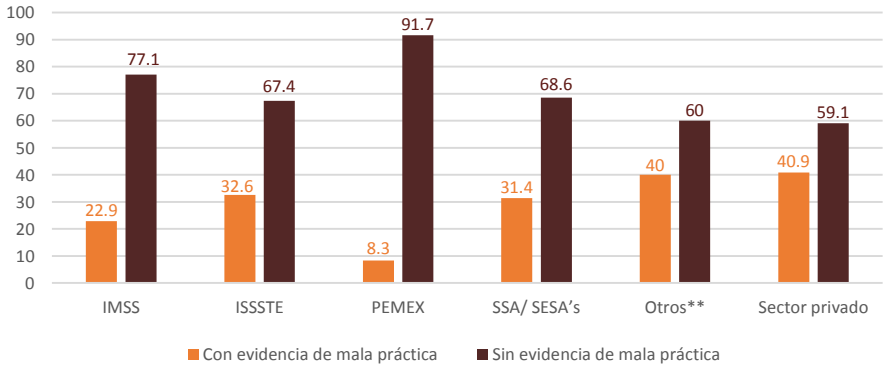
En este sentido, se registra que en 1,322 quejas (65.2%) no se encontraron evidencias de mala práctica, en tanto que en otras 452 quejas (22.3% del total) el análisis documental arrojó la presencia de evidencias de mala práctica.

Cuadro 20.- Quejas concluidas de medicina general según la evaluación del acto médico e institución involucrada, 2002-2017

Institución	Total	Con evidencia de mala práctica	Sin evidencia de mala práctica	No especificado	Sin elementos
IMSS	1,484	314	1,057	47	66
ISSSTE	275	77	159	20	19
PEMEX	12	1	11	0	0
SSA/ SESA's	38	11	24	1	2
Otros*	13	4	6	0	3
Sector privado	203	45	65	35	58
Total	**2,025**	**452**	**1,322**	**103**	**148**

*Otros: Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Servicios médicos de la policía auxiliar, Servicios médicos del Trasporte Colectivo Metro, Servicios médicos de instituciones universitarias y Servicios médicos de pensiones civiles del estado.
Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), 2002-2017

Gráfica 18.-Porcentaje de quejas concluidas de medicina general según la evaluación del acto médico e institución involucrada, 2002-2017*



*Gráfica realizada con las 1,774 quejas en las que se especificó la evaluación del acto médico.
**Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Servicios médicos de la policía auxiliar, Servicios médicos del Trasporte Colectivo Metro, Servicios médicos de instituciones universitarias y Servicios médicos de pensiones civiles del estado.

Aunque la proporción de casos sin evidencia de mala práctica es mayoritario en todas las instituciones, destaca en particular el caso de PEMEX con 91.7%, cifra que indirectamente refleja una mayor calidad en el servicio otorgado.

Por el contrario, la proporción de casos en los cuales se encontró evidencias de mala práctica muestra rangos de variación importantes, desde las cifras más elevadas en el sector privado (40.9%), hasta las de menor frecuencia en PEMEX (con 8.3%).

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 especificas 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 pronostico 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 telefono, mensageria 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 derechohabiencia 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 de la MPSS, Victoria Nepomuceno Ojeda. Se agradece la participación adicional del Mtro. Mario Alberto Araujo Azpeitia en el proceso final de revisión y corrección de cifras.

CONAMED

COMISIÓN NACIONAL DE
ARBITRAJE MÉDICO