



Análisis de la queja médica
en el servicio de

Neurología

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 Neurología
2002-2017*

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

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

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

Cada uno de los doce documentos que componen la presente serie ha sido realizado a partir de la información proveniente de la base de datos de quejas atendidas en la CONAMED conformada durante el período de 2002 a 2017 a partir del SAQMED, y que han sido proporcionadas por la Dirección de Informática de la institución. En particular, el presente número considera todos aquellos registros correspondientes a las quejas médicas denunciadas contra los servicios de Neurología, y que durante el periodo analizado ascienden 712 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 neurología 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 presentadas en relación a los servicios de neurología 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.

La queja médica representa sin duda uno de los indicios más claros de la falta de calidad en los servicios de salud, constituyendo no solo un problema médico sino social sobre la manifestación explícita de la percepción que tiene la población sobre el sistema de salud. El conocimiento de la queja médica, su frecuencia y características permite favorecer la calidad técnica e interpersonal entre las instituciones, los prestadores de la atención y la población usuaria de los servicios médicos.

El hecho de quejarnos sobre alguna situación o servicio, independientemente de que esto ocurra con mayor o menor razón conlleva una justificación siempre válida, en la medida que responde a una percepción personal respecto a la atención recibida, por la cual tomamos la decisión de manifestar que estamos inconformes con algo y expresar la necesidad de ser escuchados. En particular, “una queja médica se conceptualiza como un «Instrumento indispensable para la mejora de la calidad de la atención de los servicios de salud”. Su valor radica en la información que se genera a partir de un análisis profundo, realizado por especialistas, lo que constituye un insumo potencial que crea conocimiento», no sólo por el hecho de que se tengan las variables que muestren las frecuencias, sino porque detrás de una cifra se encuentra una historia de vida y una dolencia la cual no fue atendida de manera adecuada.

Al analizar una queja médica no sólo se hacen evidentes los porcentajes, tendencias y probabilidades, también emerge de manera implícita el contexto donde se originó el conflicto, en el cual el usuario de los servicios entregó su confianza no sólo a su médico tratante sino a una institución para que le dieran solución a un problema de salud, sin que los resultados hayan sido de su agrado; esto se encuentra presente a lo largo del proceso, desde la obtención de la cita, la oportunidad de la consulta de especialidad, la realización de exámenes prequirúrgicos, la intervención y el tratamiento médico, así como el proceso de medicación y cuidado integral, pueden dar lugar a múltiples variantes que pueden o no responder a las expectativas del paciente y/o sus familiares; lo anterior aunado al entorno biopsicosocial en el que se encuentra el enfermo (vulnerabilidad, falta de recursos económicos, discapacidad, dependencia de terceros, pérdida del trabajo, preocupación y angustia , etc.)

Por ende, a pesar de que la queja médica no puede ser medida únicamente desde la óptica cuantitativa, sin considerar la dimensión de otras variables de carácter cualitativo no siempre se cuenta con la información que permita elaborar un diagnóstico completo en ambos sentidos. Es por ello y sin pretender obviar el análisis de la queja desde el punto de vista de variables básicas de tipo estadístico, presentamos la información que existe al respecto, solicitando al lector interesado comprenda en su interpretación el concepto implícito de aquellas otras variables no medibles que existen en el trasfondo de cada queja médica, lo que nos permitirá tomar conciencia de la importancia que significa hablar de las inconformidades en salud desde el punto de vista personal, social e institucional.

En el caso de las quejas médicas vinculadas a los servicios de neurología, estas tienen por supuesto sus respectivas características y sus propios motivos, que reflejan las complejidades referentes a dicha especialidad, responsable del estudio y curación de las enfermedades vinculadas al cerebro humano y el sistema nervioso, que como se sabe constituyen el órgano más complejo que tenemos los seres humanos, al ser responsable de coordinar todas nuestras funciones, decisiones, sensaciones, abstracciones y comprensión de nuestra realidad.

Esperamos que el análisis y el conocimiento derivado de la información que ahora se presenta contribuya a la implementación de medidas y estrategias encaminadas a mejorar la calidad de los servicios de salud y la seguridad del paciente.

Índice temático de cuadros y gráficos

I. Características del usuario y la queja médica

Cuadros

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

Cuadro 2. Quejas concluidas del servicio de Neurología según año y subespecialidad, 2002-2017

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

Cuadro 4. Total de quejas concluidas del servicio de Neurología, 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 del servicio de Neurología según sub-especialidad, 2002-2017

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

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

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

II. Atención médica y motivos que originaron la queja

Cuadros

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

Cuadro 6. Total de quejas concluidas según institución y subespecialidad del servicio de Neurología, 2002-2017

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

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

Gráficas

Gráfica 6. Número de quejas concluidas del servicio de Neurología según sector, 2002-2017

Gráfica 7. Quejas concluidas según institución y especialidad, 2002-2017

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

Gráfica 9. Cinco motivos principales de quejas desagravados en el servicio de Neurología, 2002-2017

III. Gravedad del daño ocasionado por la atención médica

Cuadros

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

Cuadro 10. Quejas del servicio de Neurología según gravedad del daño y sector involucrado, 2002-2017

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

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

Cuadro 13. Total de muertes y tasas de mortalidad vinculadas a las quejas en el servicio de Neurología por entidad federativa, 2002-2017

Gráficas

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

Gráfica 11. Quejas del servicio de Neurología con mención de daño según sector, 2002-2017

Gráfica 12. Muertes ocurridas en el servicio de Neurología y entidad federativa del usuario, 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 Neurología, según modalidad de la conclusión y tipo de sector, 2002 a 2017

Cuadro 15. Quejas concluidas del servicio de Neurología por modalidad y sub-modalidad de conclusión de las quejas, por sexo del usuario

Cuadro 16. Quejas concluidas en el servicio de Neurología según modalidad de conclusión y sector, 2002-2017

Cuadro 17. Quejas concluidas del servicio de Neurología según veredicto de los laudos emitidos por sector involucrado, 2002-2017

Cuadro 18. Quejas concluidas del servicio de Neurología según veredicto de los laudos emitidos por subservicio involucrado, 2002-2017

Cuadro 19. Quejas concluidas del servicio de Neurología según veredicto de los laudos emitidos por institución involucrada, 2002-2017

Cuadro 20. Quejas concluidas del servicio de Neurología, según evaluación del acto médico, 2002-2017

Gráficas

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

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

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

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

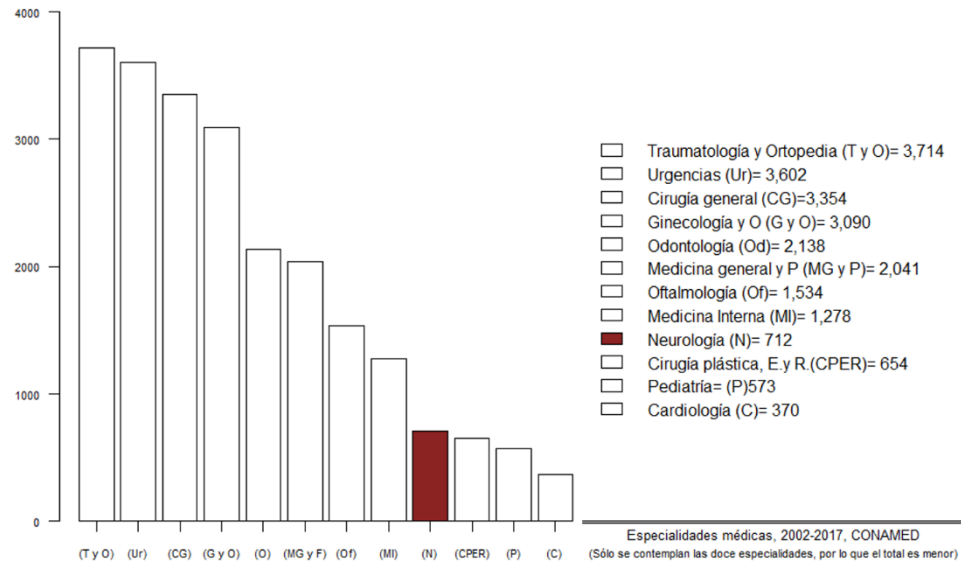
Gráfica 17. Quejas concluidas según el servicio de Neurología según evaluación del acto médico e institución, 2002-2017

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

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

En el cuadro 1 se observa la tendencia seguida tanto por el total de quejas como por las cifras correspondientes a neurología, especialidad que ahora presentamos, y cuyo peso relativo respecto a las cifras globales fluctúa entre 4% y 1.7% con un valor promedio de 2.7% durante el periodo de análisis. En cuanto al número de quejas estas ascienden a 712, mostrando las cifras anuales variaciones y altibajos a lo largo del periodo, con una tendencia general hacia la alza, de tal manera que al inicio del periodo las quejas son 44 (2002) y para el último año han ascendido a 68 (2017), incremento superior al 50%.

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



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

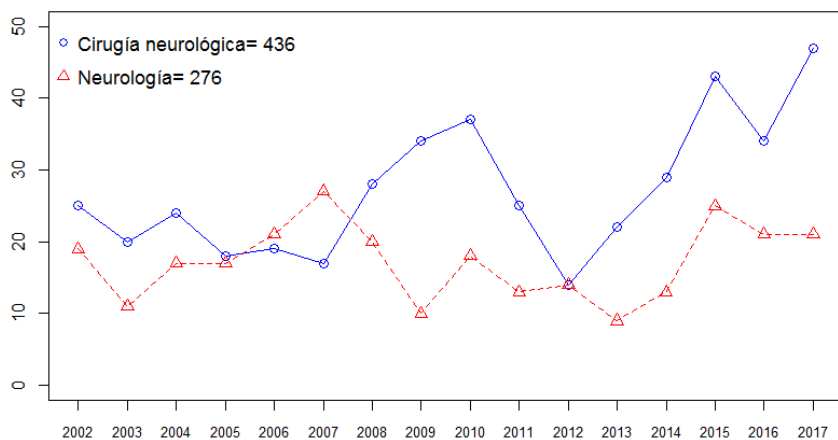
Año	Total de quejas concluidas	Quejas concluidas de Neurología	%
2002	1,113	44	4.0
2003	1,309	31	2.4
2004	1,510	41	2.7
2005	1,607	35	2.2
2006	1,544	40	2.6
2007	1,665	44	2.6
2008	1,734	48	2.8
2009	1,748	44	2.5
2010	1,670	55	3.3
2011	1,792	38	2.1
2012	1,696	28	1.7
2013	1,774	31	1.7
2014	1,653	42	2.5
2015	2,022	68	3.4
2016	1,972	55	2.8
2017	1,964	68	3.5
Total	26,773	712	2.7

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

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

La especialidad de neurología, está compuesta a su vez por dos subespecialidades: la neurología propiamente dicha y la cirugía neurológica. El peso relativo de cada una de ellas al interior del grupo analizado es variable a lo largo del tiempo, tal y como se observa en el cuadro 2, no obstante considerando el total del periodo las cifras son de 38.8% y 61.2% respectivamente, lo que implica que de cada diez personas que presentaron su queja respecto a esta especialidad, seis se inconformaron en cuanto al servicio otorgado por cirugía neurológica y 4 en cuanto a neurología. En particular llama la atención dos años : 2009 con la mayor distancia entre ambas subespecialidades (22.7% en neurología y 77.3% en cirugía neurológica) y el año 2012 cuando el porcentaje de quejas fue de 50% en cada caso.

Gráfica 2. Número de quejas concluidas del servicio de Neurología según sub-especialidad, 2002-2017



Cuadro 2. Quejas concluidas del servicio de Neurología según año y subespecialidad, 2002-2017

Año	Total	Cirugía neurológica		Neurología	
		Absolutos	%	Absolutos	%
2002	44	25	5.7	19	6.9
2003	31	20	4.6	11	4.0
2004	41	24	5.5	17	6.2
2005	35	18	4.1	17	6.2
2006	40	19	4.4	21	7.6
2007	44	17	3.9	27	9.8
2008	48	28	6.4	20	7.2
2009	44	34	7.8	10	3.6
2010	55	37	8.5	18	6.5
2011	38	25	5.7	13	4.7
2012	28	14	3.2	14	5.1
2013	31	22	5.0	9	3.3
2014	42	29	6.7	13	4.7
2015	68	43	9.9	25	9.1
2016	55	34	7.8	21	7.6
2017	68	47	10.8	21	7.6
Total	712	436	100.0	276	100.0

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

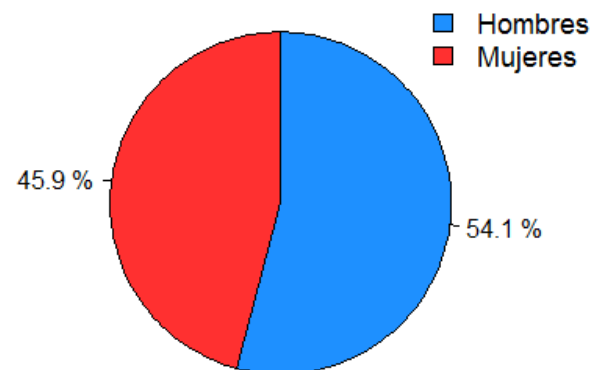
El promedio de quejas por año de cirugía neurológica es de 26 (con un rango que va entre 14 y 47, en tanto que el promedio de neurología es de 17 (y un recorrido entre 9 y 27).

Cabe señalar que cada una de las dos subespecialidades muestra un patrón evolutivo independiente y con perfiles muy distintos: mientras que la neurología registra apenas un incremento neto de 10% durante el periodo, la evolución de las quejas de cirugía neurológica pone en evidencia un incremento de 88 %, estando cerca de duplicar el número de quejas recibidas hacia el final del periodo.

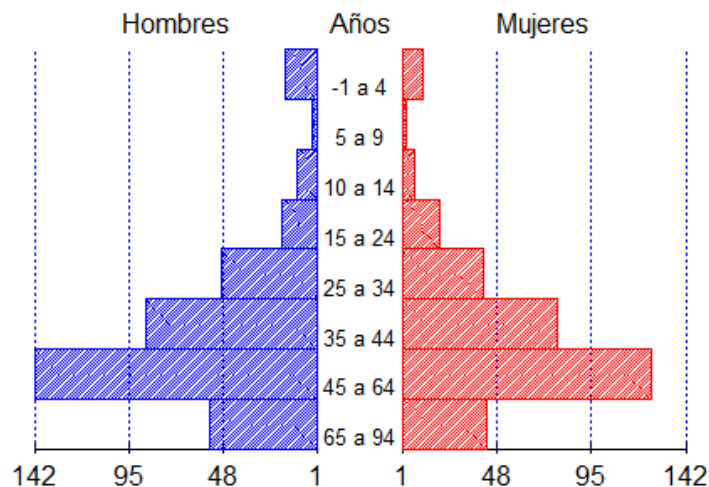
De acuerdo a la distribución por sexo de las quejas concluidas, cuya inconformidad se originó al interior de los servicios de neurología, se tiene que 54.1% corresponden a población masculina y el 45.9% restante a femenina. Esta proporción no se mantiene constante, sino que muestra ligeras variaciones en los diferentes grupos de edad.

Respecto a los grupos de edad, la población que llega a presentar una queja ante la CONAMED se encuentra mayoritariamente en la edad adulta (48% se ubica entre los 35 y los 64 años); adicionalmente en edades más jóvenes, se observa que uno de cada cuatro de los inconformes se considera población joven, entre 15 y 34 años (24%); en las edades extremas se ubica en 14% a los menores de 15 años e igual porcentaje tienen 65 años y mas.

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



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



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

Grupo de edad (años)	Total		Hombres		Mujeres	
	Absolutos	%	Absolutos	%	Absolutos	%
Total	712	100.0	385	54.1	327	45.9
Menores de 1	16	2.2	9	1.3	7	1.0
1 a 4	12	1.7	8	1.1	4	0.6
5 a 9	7	1.0	4	0.6	3	0.4
10 a 14	18	2.5	11	1.5	7	1.0
15 a 19	15	2.1	5	0.7	10	1.4
20 a 24	23	3.2	14	2.0	9	1.3
25 a 29	32	4.5	14	2.0	18	2.5
30 a 34	58	8.1	35	4.9	23	3.2
35 a 39	81	11.4	48	6.7	33	4.6
40 a 44	84	11.8	39	5.5	45	6.3
45 a 49	90	12.6	44	6.2	46	6.5
50 a 54	77	10.8	43	6.0	34	4.8
55 a 59	54	7.6	29	4.1	25	3.5
60 a 64	46	6.5	26	3.7	20	2.8
65 a 79	82	11.5	47	6.6	35	4.9
80 a 94	16	2.2	8	1.1	8	1.1
No especificado	1	0.1	1	0.14	0	0.00

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

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

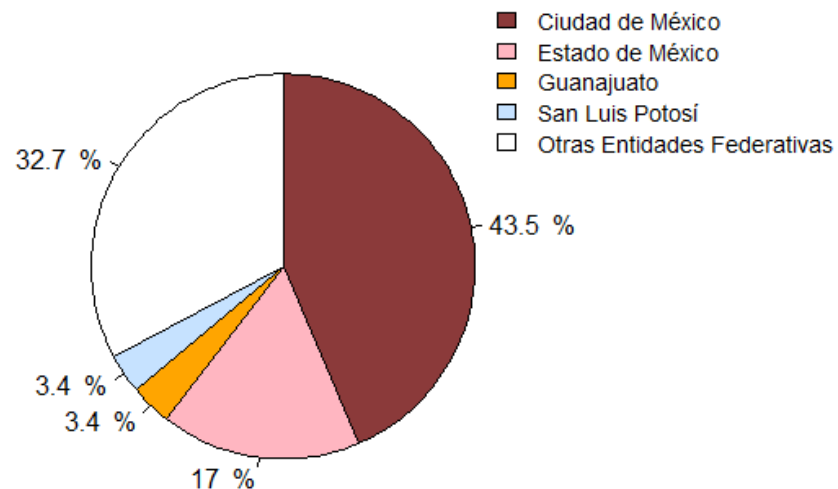
En lo referente a la residencia habitual del usuario que presentó una inconformidad ante la CONAMED (véase cuadro 4), corresponde a la Ciudad de México encabezar esta lista al ser la entidad federativa con mayor número de quejas presentadas ya que de las 712 quejas concluidas en el periodo 2002-2017, 310 de ellos declararon ser residentes de la CDMX (43.5%); en segundo sitio, como era de esperarse se encuentra el Estado de México con 121 casos (17%) y otras entidades como Guanajuato y San Luis Potosí con 24 casos cada uno (3.4%).

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 55.2% respecto del total, seguido por el Estado de México (8.1%) y Guanajuato (3.5%) y San Luis Potosí (3.4%).

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

Cabe señalar en particular los estados que no cuentan con una comisión estatal, siendo los de Durango, Quintana Roo, Chihuahua, Baja California Sur, y Zacatecas, cuyas quejas agrupan 5.1% del total.

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



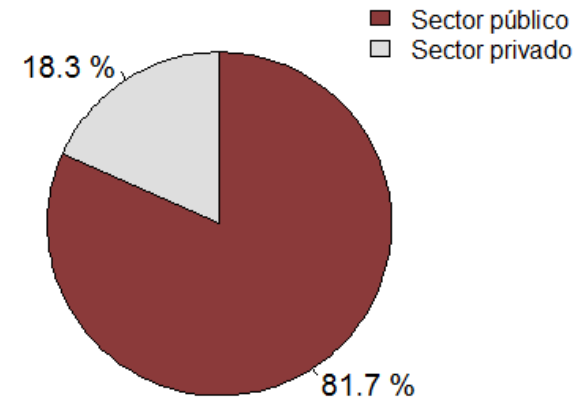
Cuadro 4. Total de quejas concluidas del servicio de Neurología, según entidad federativa de residencia del usuario y de la ubicación del establecimiento, 2002-2017

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	5																																	6	0.8
Baja California		9																																9	1.3
Baja California Sur			2																															2	0.3
Campeche				6																														6	0.8
Chiapas					7																													7	1.0
Chihuahua						16																												16	2.2
Ciudad de México	1	1				303				63	1	4	3	3		1	1			1	4		1	2		1	2	1					393	55.2	
Coahuila							10																											10	1.4
Colima								2																										2	0.3
Durango						1			7																									8	1.1
Estado de México						2				56																								58	8.1
Guanajuato	1									1	23																							25	3.5
Guerrero												4																						4	0.6
Hidalgo						1							5																					6	0.8
Jalisco														6																				6	0.8
Michoacán															5																			5	0.7
Morelos						1										7																		8	1.1
Nayarit																	5																	5	0.7
Nuevo León																		5									1						1	7	1.0
Oaxaca																			5															5	0.7
Puebla																					9													9	1.3
Querétaro										1												7												8	1.1
Quintana Roo																							7											7	1.0
San Luis Potosí						1																		23										24	3.4
Sinaloa																									10									10	1.4
Sonora																										11								12	1.7
Tabasco						1																					13							14	2.0
Tamaulipas																											7							8	1.1
Tlaxcala																												2						2	0.3
Veracruz				1																														12	1.7
Yucatán				1																			2											14	2.0
Zacatecas																																		3	0.4
Se ignora																																		1	0.1
Total general	7	10	2	8	7	16	310	10	2	7	121	24	8	8	10	5	8	6	5	5	10	11	9	24	12	11	14	10	3	12	11	4	2	712	100.0
%	1.0	1.4	0.3	1.1	1.0	2.2	43.5	1.4	0.3	1.0	17.0	3.4	1.1	1.1	1.4	0.7	1.1	0.8	0.7	0.7	1.4	1.5	1.3	3.4	1.7	1.5	2.0	1.4	0.4	1.7	1.5	0.6	0.3	100.0	

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

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

Gráfica 6. Número de quejas concluidas del servicio de Neurología según sector, 2002-2017



En relación al sector en el que se originó el incidente que dio origen a la queja, se observa que 81.7% de cada cien casos, proceden del sector público en tanto que 18.3% corresponden al sector privado.

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

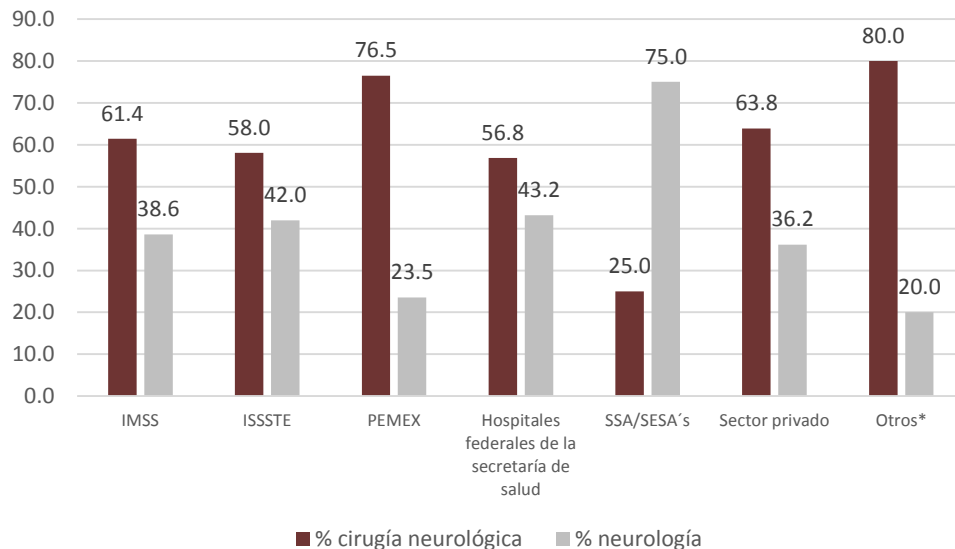
Institución y sector	Total	Mujeres	Hombres
Sector público	582	271	311
IMSS	355	155	200
ISSSTE	143	71	72
PEMEX	17	9	8
SEDEMAR	2	1	1
SEDENA	3	2	1
SSA/SESA's	8	4	4
Hospitales Federales de la Secretaría de Salud	44	22	22
Asistencia social*	10	7	3
Sector privado	130	56	74
Total	712	327	385

*Asistencia social incluye: 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

En cuanto al sector público, la institución que representa el mayor número de quejas es el IMSS con casi 50% de los casos, siguiendo en orden descendente el ISSSTE con el 20%, mientras que del sector privado tanto los hospitales y consultorios en conjunto, representan el 17.4 %. El hecho de que el IMSS tenga el mayor número de quejas puede deberse, en parte, a la alta cobertura de población que atiende, sin que de momento se pueda cuantificar la calidad de su atención.

Continuando con el análisis, puede observarse que la sub-especialidad de Cirugía neurológica (n= 486), agrupa solo en el IMSS 50% de las quejas vinculadas con esa sub-especialidad (218), siguiendo el ISSSTE con el 19% (83). En lo correspondiente a Neurología (n= 276), las quejas correspondientes al IMSS representan porcentajes semejantes.

Gráfica 7. Quejas concluidas según institución y especialidad, 2002-2017



Cuadro 6. Total de quejas concluidas según institución y subespecialidad del servicio de Neurología, 2002-2017

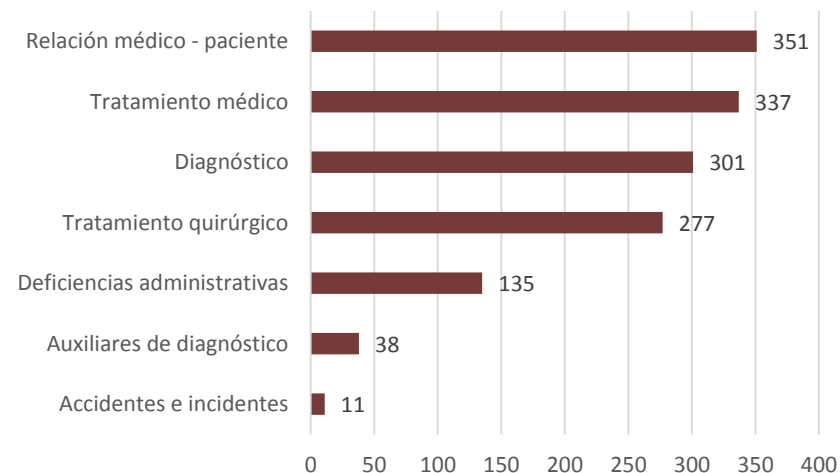
Institución y sector	Total	Cirugía neurológica	Neurología
Sector público	582	353	229
IMSS	355	218	137
ISSSTE	143	83	60
PEMEX	17	13	4
SEDEMAR	2	0	2
SEDENA	3	3	0
Hospitales federales de la secretaría de salud	44	25	19
SSA/SESA's	8	2	6
Asistencia social*	10	9	1
Sector privado	130	83	47
Total	712	436	276

*Asistencia social incluye: 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, en cuanto a la agrupación de otros, es el porcentaje más representativo en cirugía neurológica, en contraste con la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y Servicios Estatales de Salud (SSA/SESA's), donde el 75% es corresponde a neurología.

En ocasión de la presentación de una queja médica, el usuario puede mencionar uno o mas motivos para la presentación de la misma (el promedio durante los años analizados es de 2.04). Durante el periodo 2002-2017, las quejas concluidas de Neurología dan cuenta de 1,450 motivos, siendo los rubros con mayores frecuencias los relativos a la relación médico paciente (24.2%), la problemática con el tratamiento médico (23.2%), y el diagnóstico (20.8%).

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



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

Principales grupos de motivos	Total	Hombres		Mujeres	
		Absolutos	%	Absolutos	%
Relación médico - paciente	351	194	55.3	157	44.7
Tratamiento médico	337	185	54.9	152	45.1
Diagnóstico	301	171	56.8	130	43.2
Tratamiento quirúrgico	277	157	56.7	120	43.3
Deficiencias administrativas	135	58	43.0	77	57.0
Auxiliares de diagnóstico	38	15	39.5	23	60.5
Accidentes e incidentes	11	8	72.7	3	27.3
Total	1,450	788	54.3	662	45.7

Nota: se considera 2.04 motivos promedio aproximado por queja.

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

En cuanto a los motivos desagregados según sexo, el 54.3% corresponden a los hombres mientras que 45.7% a las mujeres. No obstante, en cuanto al rubro de auxiliares de diagnóstico, 60.5% correspondieron a las mujeres, siendo muy cercano este porcentaje correspondiente al rubro de deficiencias administrativas donde el 57% corresponde a las mujeres.

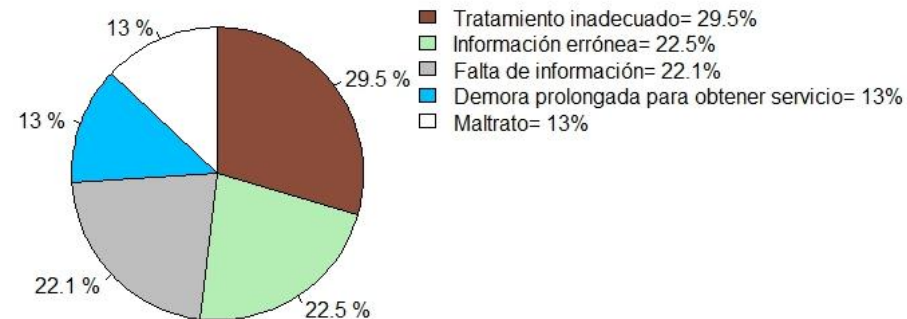
Cuadro 8. Motivos mencionados en la presentación de las quejas concluidas según causas detalladas de Neurología, 2002 - 2017

Motivo por causas detalladas	Total	%
Total	1,450	100.0
Accidentes e incidentes	11	0.8
Le administraron un medicamento que no le correspondía	1	0.1
Presentación de accidentes	6	0.4
Presentación de infección intrahospitalaria	4	0.3
Auxiliares de diagnóstico	38	2.6
Diferimiento	21	1.4
Estudios innecesario	1	0.1
Falsos positivos	4	0.3
Resultados inoportunos	10	0.7
Secuelas	2	0.1
Deficiencias administrativas	135	9.3
Demora prolongada para obtener servicio	79	5.4
Falta de equipo, insumos y/o personal	40	2.8
Falta de medicamento	7	0.5
Maltrato y/o abuso por personal hospitalario no medico	1	0.1
Negación de la atención	8	0.6
Diagnóstico	301	20.8
Diferimiento	71	4.9
Erróneo	72	5.0
Falta de información y consentimiento	59	4.1
Innecesario	24	1.7
Inoportuno	33	2.3
Omisión	42	2.9
Relación médico - paciente	351	24.2
Falta de información	135	9.3
Información errónea o incompleta	137	9.4
Maltrato	79	5.4
Tratamiento médico	337	23.2
Alta prematura del tratamiento	20	1.4
Complicaciones secundarias: desinformación	50	3.4
Diferimiento	66	4.6
Negación del servicio	7	0.5
Secuelas: exceso terapéutico	14	1.0
Tratamiento inadecuado	180	12.4
Tratamiento quirúrgico	277	19.1
Alta prematura de los cuidados postoperatorios	5	0.3
Cirugía innecesaria	7	0.5
Complicaciones del postoperatorio	52	3.6
Complicaciones del transoperatorio	8	0.6
Diferimiento del tratamiento quirúrgico	72	5.0
Extirpaciones erróneas	2	0.1
Secuelas	62	4.3
Técnica inadecuada	22	1.5
Tratamiento no satisfactorios: falta de consentimiento informado	9	0.6
Tratamiento no satisfactorios: falta de vigilancia	38	2.6

Nota: Se considera más de un motivo por queja.

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

Gráfica 9. Cinco motivos principales de quejas desagregados en el servicio de Neurología, 2002-2017



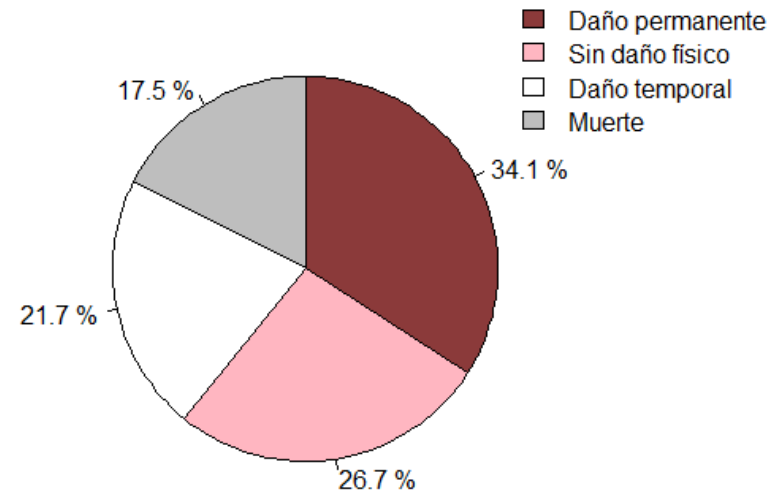
Cada uno de los grandes rubros de motivos presentados previamente puede desagregarse según la inconformidad principal resentida en cada caso. De esta forma se observa que el 41.9% de los motivos mencionados corresponden a los rubros más frecuentes, siendo los mismos, el tratamiento inadecuado (180), información errónea o incompleta (137), falta de información (135), demora prolongada para obtener servicio (79) y maltrato (79).

Con cifras menores pero no por ello de menor relevancia, tenemos motivos de queja, por ejemplo, aplicación de técnicas inadecuadas (22), alta prematura del tratamiento (20), secuelas y exceso terapéutico (14), resultados inoportunos (10), entre otros.

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

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

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 el 26.7% de los casos no se presenta algún daño físico secundario a la atención otorgada.



El daño que se presentó con mayor frecuencia fue el permanente con un 34.1% de los casos, siguiendo el daño temporal con un 21.7% de los casos, y representando el 17.5% el fallecimiento de un usuario.

Al análisis, se obtienen 120 quejas con mención del daño (16.9%), y 592 quejas sin mención del daño (83.1%).

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

Gravedad del daño	Total	Hombres	Mujeres
Quejas con mención de daño	120	61	59
Daño permanente	41	19	22
Sin daño físico	32	17	15
Daño temporal	26	14	12
Muerte	21	11	10
Quejas sin mención de daño	592	324	268
Total	712	385	327

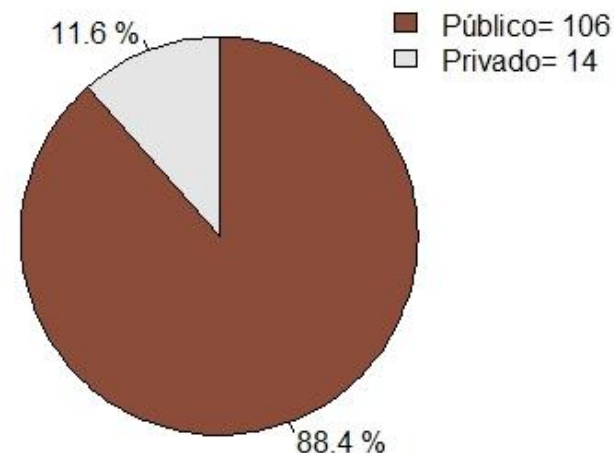
Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Aunque las quejas con mención de daño estuvieron en mayor número asociadas al sector público representando el 88.4%, donde en 27 casos no hubo daño físico derivado de la atención recibida en dicho sector y sólo en 20 quejas, el usuario mencionó muerte como gravedad del daño. En comparación, el sector privado representando el 11.6%, tuvo el mayor número de quejas daño permanente (6 quejas) y sólo en un caso se presentó la defunción del usuario.

Gráfica 11. Quejas del servicio de Neurología con mención de daño según sector, 2002-2017

Cuadro 10. Quejas del servicio de Neurología según gravedad del daño y sector involucrado, 2002-2017			
Gravedad del daño	Total	Sector público	Sector privado
Quejas con mención de daño	120	106	14
Daño permanente	41	35	6
Sin daño físico	32	27	5
Daño temporal	26	24	2
Muerte	21	20	1
Quejas sin mención de daño	592	479	113
Total	712	585	127

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



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

Ante esto, derivado del análisis del tipo de daño, se encontraron 21 muertes, que en relación al total de quejas nos permite estimar una tasa de mortalidad en los servicios de neurología (y vinculada a la población que presentó una queja en CONAMED), de 29.5 fallecimientos por cada mil quejas, cifra que analizada por sexo nos indica una probabilidad de muerte ligeramente mayor en la población femenina. (30. 6 muertes por cada mil quejas de mujeres contra 28.6 por cada mil quejas en población masculina).

Dichas muertes, se ubican principalmente en dos grupos de edad, mismos que son de 25 a 34 y el de 45 a 64 años, que en conjunto representan el 57.1% del total de muertes. También se puede observar, que en el primer rango de edad mencionado es donde de manera general, se presenta la probabilidad de muerte más alta, llegando hasta casi 67 muertes por cada mil quejas de mujeres en dicho grupo etario (25 a 34 años).

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

Edad	Total de quejas			Total de quejas hombres			Total quejas mujeres		
	Muertes	Quejas	Tasa*	Muertes	Quejas	Tasa*	Muertes	Quejas	Tasa
-1 a 4	1	28	35.7	0	17	0.0	1	11	90.9
15 a 24	1	38	26.3	1	19	52.6	0	19	0.0
25 a 34	6	90	66.7	3	49	61.2	3	41	73.2
35 a 44	2	165	12.1	0	87	0.0	2	78	25.6
45 a 64	6	267	22.5	4	142	28.2	2	125	16.0
65 y más años	5	99	50.5	3	56	53.6	2	43	46.5
Total	21	712	29.5	11	385	28.6	10	327	30.6

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

Nota: se excluye una queja en la que no se especificó la edad del usuario.

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

Continuando con el análisis de las defunciones, del total el 95.2% corresponden al sector público mientras que el 4.8% al sector privado, no obstante, 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 71.4%, seguido del ISSSTE con 14.3% del total de muertes, y únicamente el 4.8% pertenece al sector privado.

Por otro lado, podemos observar que el sector público presenta 34 muertes por cada mil quejas concluidas, mientras que el sector privado presenta casi ocho muertes por cada mil quejas. En cuanto a las instituciones, PEMEX presenta 117 muertes aproximadamente por cada 1,000 quejas presentadas, siguiendo el IMSS, el cual presentó 42 muertes por cada mil quejas.

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

Sector e institución	Muertes	Total de quejas	Tasa*	% relativo a muertes
Sector público	20	582	34.4	95.2
IMSS	15	355	42.3	71.4
ISSSTE	3	143	21.0	14.3
PEMEX	2	17	117.6	9.5
Sector privado	1	130	7.7	4.8
Total	21	712	29.5	100.0

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

Nota: se excluye una queja en la que no se especificó la edad del usuario.

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

De los estados de la república en donde ocurrieron las defunciones, se identificaron 12 entidades, de las cuales, el 61.9% es representado por Ciudad de México, Estado de México, Morelos y Tabasco.

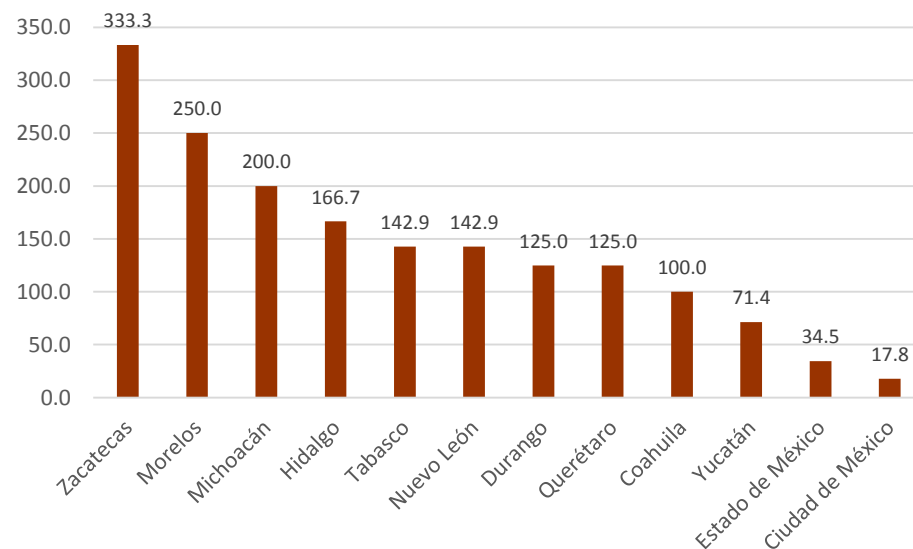
Por otro lado, se puede observar que Zacatecas muestra 333 muertes por cada mil quejas, siguiendo Michoacán con 200 muertes por cada mil quejas. Se puede observar, que Ciudad de México presenta casi 18 muertes por cada mil quejas, mientras que Estado de México casi 35 defunciones por cada mil quejas, siendo estas dos entidades en las que más fallecidos se presentaron.

Cuadro 13. Total de muertes y tasas de mortalidad vinculadas a las quejas en el servicio de Neurología por entidad federativa, 2002-2017

Entidad federativa	Muertes	Quejas según entidad del prestador	Tasa por cada mil quejas	% relativo a muertes
Ciudad de México	7	393	17.8	33.3
Estado de México	2	58	34.5	9.5
Morelos	2	8	250.0	9.5
Tabasco	2	14	142.9	9.5
Coahuila	1	10	100.0	4.8
Durango	1	8	125.0	4.8
Hidalgo	1	6	166.7	4.8
Michoacán	1	5	200.0	4.8
Nuevo León	1	7	142.9	4.8
Querétaro	1	8	125.0	4.8
Yucatán	1	14	71.4	4.8
Zacatecas	1	3	333.3	4.8
Total general	21	712	29.5	100.0

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

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



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

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

Cuadro 14. Duración promedio en días en la conclusión de las quejas de Neurología, 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	712	280	186	14	1,823
Conciliaciones	670	266	179	14	1,823
Laudos emitidos	42	506	489	136	1,006
Sector público					
Total	582	305	196	14	1,823
Conciliaciones	558	296	190	14	1,823
Laudos emitidos	24	525	518	136	1,006
Sector privado					
Total	130	168	130	21	714
Conciliaciones	112	118	77	21	714
Laudos emitidos	18	480	457	294	688

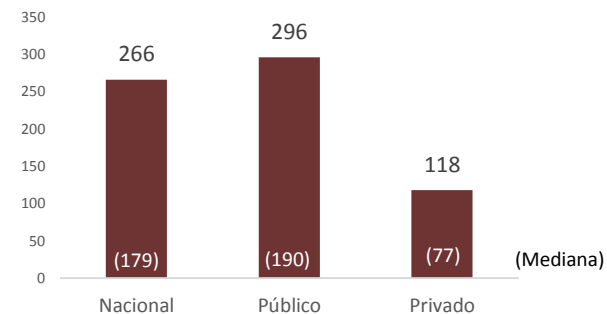
Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Desde el momento que se levanta una queja y esta concluye transcurren en promedio 280 días totales; no obstante cuando esta se resuelve a través del proceso de conciliación el tiempo es menor (266 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 506 días hasta lograr la emisión del laudo que establece la conclusión de la queja.

Las cifras anteriores muestran importantes diferencias según se trate de quejas provenientes del sector público o del sector privado. En el primer caso la duración del proceso es generalmente mayor (305 días) debido a una tramitología más compleja donde intervienen no solo los establecimientos de salud sino también las instituciones, en tanto que las unidades privadas actúan en forma más ágil, concluyéndose la queja en menor tiempo (168 días).

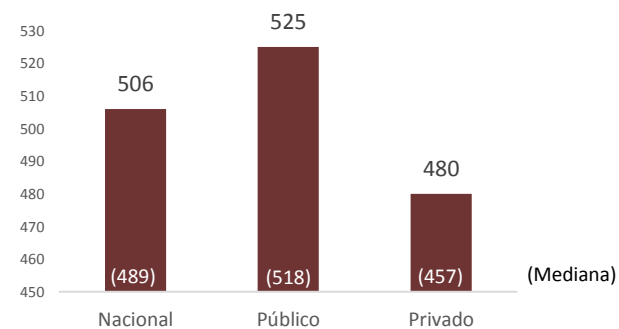
Gráfica 13. Duración promedio en días en la conclusión de las quejas, 2002 a 2017

Modalidad: quejas por conciliación



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

Modalidad: quejas por emisión de laudos



Un aspecto de gran relevancia es aquel que se vincula con la modalidad de conclusión de las quejas atendidas, las cuales en general se clasifican en dos grandes apartados: quejas concluyentes y quejas no concluyentes, entendiendo por éstas lo siguiente: las quejas concluyentes son aquellas que terminan el proceso conforme a lo que se pretende idealmente, es decir que concluyen mediante la firma de un convenio de conciliación o en su caso a través del arbitraje médico con la emisión de laudo; mientras que las quejas no concluyentes, como su nombre lo indica terminan en forma inadecuada o inesperada, es decir que son quejas que no concluyen la conciliación, ni aceptan 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 712 quejas concluidas en las cuales se ha visto involucrado el servicio de neurología, 44.2% corresponden al concepto de “concluyentes” en tanto que 55.8% se han considerado como no concluyentes.

Cuadro 16. Quejas concluidas en el servicio de Neurología según modalidad de conclusión y sector, 2002-2017

Submodalidad de conclusión	Total	Público		Privado	
		Absolutos	%	Absolutos	%
QUEJAS CONCLUYENTES	315	279	47.9	36	27.7
Conciliación	273	255	43.8	18	13.8
Laudo	42	24	4.1	18	13.8
QUEJAS NO CONCLUYENTES	397	303	52.1	94	72.3
No conciliación	291	252	43.3	39	30.0
Por falta de interés procesal	99	45	7.7	54	41.5
Sobreseimiento	7	6	1.0	1	0.8
Total	712	582	100.0	130	100.0

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

Cuadro 15. Quejas concluidas del servicio de Neurología por modalidad y submodalidad de conclusión de las quejas, por sexo del usuario

Modalidad	Total		Hombres	Mujeres
	Absolutos	%		
QUEJAS CONCLUYENTES	315	44.2	156	159
Conciliación	273	38.3	133	140
Laudo	42	5.9	23	19
QUEJAS NO CONCLUYENTES	397	55.8	229	168
No conciliación	284	39.9	162	122
Por falta de interés procesal	99	13.9	58	41
Sobreseimiento	14	2.0	9	5
Total	712	100.0	385	327

Fuente: Sistema Automatizado 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 (273 quejas) al interior de dicho grupo; es decir que sólo 42 quejas se concluyeron a través del procedimiento de arbitraje médico (fase decisoria, representando sólo el 13.3% de las quejas que fueron resueltas mediante el arbitraje), lo que implica la emisión de 42 laudos.

En cuanto al análisis de la modalidad de conclusión por tipo de sector como se puede observar en el cuadro 15, que del total de quejas concluidas en el sector público, el 47.9% concluyeron como quejas concluyentes. En contraste, en cuanto al sector privado donde el 72.3% 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. Mientras que en los laudos condenatorios, se demuestra la existencia de una práctica y una relación de causalidad entre el servicio médico brindado y el daño y/o perjuicio sufrido, por lo que se condena al prestador de servicios al cumplimiento de las pretensiones mencionadas por el usuario.

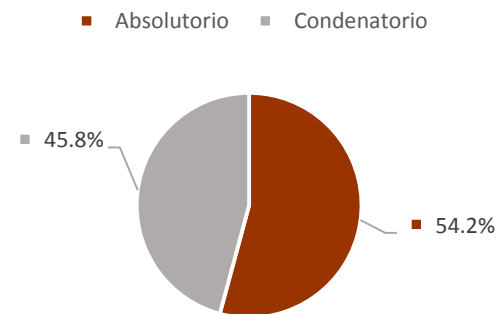
Por lo tanto, los laudos de Neurología, resultaron condenatorios de 2002 a 2017 en 38.1% del total, siendo 16 en números absolutos, mientras que los absolutorios fueron 26 y representan 61.9%.

Cuadro 17. Quejas concluidas del servicio de Neurología según veredicto de los laudos emitidos por sector involucrado, 2002-2017

Modalidad de conclusión	Total	Sector público		Sector privado	
		Absolutos	%	Absolutos	%
Laudos	42	24	100.0	18	100.0
Absolutorio	26	13	54.2	13	72.2
Condenatorio	16	11	45.8	5	27.8

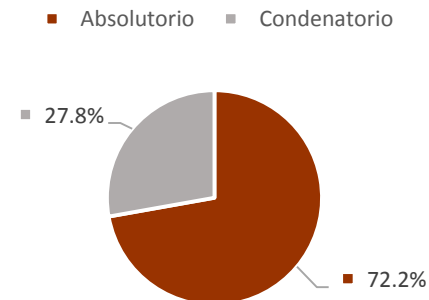
Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

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



Se puede observar, que del total de laudos del sector público el 54.2% resultaron absolutorios, mientras que en el sector privado el 27.8% resultaron condenatorios, donde podemos decir que de cada diez laudos en este sector, siete fueron absolutorios.

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



El análisis de los laudos emitidos según subservicio nos dice que cirugía neurológica fue quien más laudos presentó con el 52.4%, contra 47.6% de neurología.

En cuanto al veredicto recibido, 26 de los laudos fueron calificados como absolutorios (61.9%), en tanto que 16 de ellos lo fueron de forma condenatoria, es decir 38.1%, no obstante, en cuanto a la subespecialidad de neurología se puede observar que la mitad de los laudos fueron absolutorios y la otra mitad condenatorios.

Cuadro 18. Quejas concluidas del servicio de Neurología según veredicto de los laudos emitidos por subservicio involucrado, 2002-2017

Subespecialidad	Total		Veredicto del laudo	
	Absolutos	%	Absolutorio	Condenatorio
Cirugía neurológica	22	52.4	16	6
Neurología	20	47.6	10	10
Total	42	100.0	26	16

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

Cuadro 19. Quejas concluidas del servicio de Neurología según veredicto de los laudos emitidos por institución involucrada, 2002-2017

Institución	Total		Veredicto del laudo	
	Absolutos	%	Absolutorio	Condenatorio
ISSSTE	15	35.7	6	9
SSA/ SESA's	8	19.0	7	1
Sector privado	18	42.9	13	5
Servicios médicos del Transporte Colectivo Metro	1	2.4	0	1
Total	42	100	26	16

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

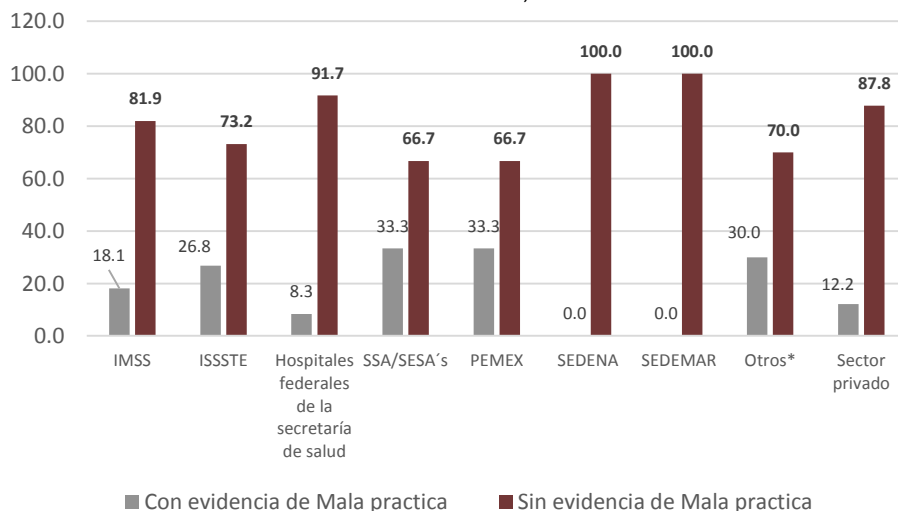
El análisis por institución nos arroja, que son los asuntos originados en el sector privado los que mostraron mayores proporciones en cuanto a la modalidad de laudos emitidos: 18 laudos, teniendo 13 de ellos un sentido absolutorio (72.2%).

Por su parte, el ISSSTE tuvo 15 laudos en total, de los cuales el 60% resultó condenatorio.

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

En este sentido, se encontró que la mayoría de los casos concluidos no presentaron evidencia de una mala práctica (66.6% del total) directamente vinculados a la Litis de la queja, es decir el motivo directo por el que se presentó la queja; existe lamentablemente más del 17.7% de casos que no permitieron precisar claramente las evidencias, por carecer de elementos o no especificar claramente los parámetros a ser considerados.

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



Cuadro 20. Quejas concluidas del servicio de Neurología, según evaluación del acto médico, 2002-2017

Institución y sector	Total	Con evidencia de Mala practica	Sin evidencia de Mala practica	No especificado	Sin elementos
IMSS	355	58	263	16	18
ISSSTE	143	33	90	8	12
Hospitales federales de la secretaría de salud	45	3	33	4	5
SSA/SESA's	8	1	2	1	4
PEMEX	17	5	10	1	1
SEDENA	3	0	2	0	1
SEDEMAR	2	0	2	0	0
Otros*	10	3	7	0	0
Sector privado	129	9	65	27	28
Total	712	112	474	57	69

*Incluye: 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

De las quejas con evidencia de mala práctica, las instituciones que el total de sus casos resultaron sin evidencia de mala práctica fueron SEDENA y SEDEMAR, mientras las instituciones que tuvieron el porcentaje mayor con una evidencia de mala práctica fueron PEMEX y la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y Servicios Estatales de Salud (33.3% respectivamente). Por otro lado, el IMSS obtuvo un 81.9% de casos sin evidencia de mala práctica mientras que en el sector privado fueron 87.8%.

*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 quejas 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**

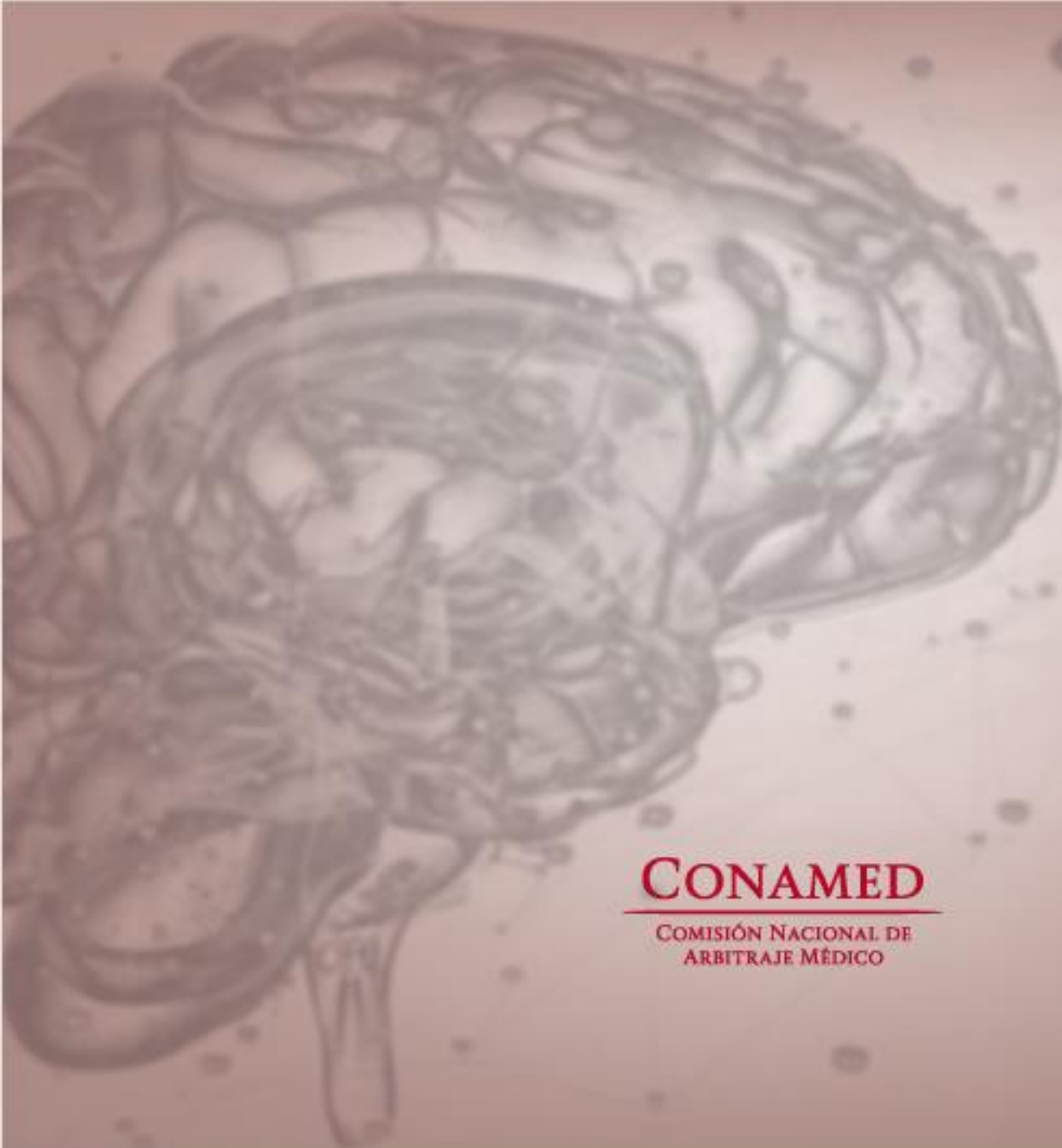
Conocer la capacidad instalada de la unidad de salud donde se pretende dar atención, probar el equipo que se podrá utilizar, referir a otra unidad al paciente cuando no se le garantice seguridad en las instalaciones, informar al paciente y su familia sobre la capacidad instalada de la unidad de salud 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 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 del Mtro. Mario A. Araujo Azpeitia.



CONAMED

COMISIÓN NACIONAL DE
ARBITRAJE MÉDICO