

Órgano de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

# CONAM REVISTA MED

Vol. 13, abril-junio, 2008

ISSN 1405-6704

**Análisis crítico de la queja médica** ■ Reporte de errores médicos como estrategia para la prevención de eventos adversos ■ **Adultos mayores, calidad de vida y uso de medicina científica con prácticas alternas, México 2007** ■ Caso CONAMED ■ **Noticias CONAMED**



## Error y quejas médicas

## **INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES**

Invitamos a la comunidad de profesionales de la salud, el derecho y áreas afines, a enviar sus artículos para ser publicados en la Revista CONAMED.

La Revista CONAMED es la publicación oficial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Se publica con una periodicidad trimestral. Publica artículos que permitan un avance en la descripción, comprensión e intervención de temas relacionados con el acto médico y de enfermería en sus dimensiones ético-deontológicas, técnico-científicas, jurídico-legales, calidad de atención y sociales. Por lo anterior, toma en cuenta aquellos temas que favorezcan un mejor entendimiento de la medicina y enfermería para la prevención y atención del conflicto médico.

La Revista está interesada en recibir artículos que versen sobre seguridad del paciente, calidad de la atención médica, ética profesional, error médico y su prevención, así como temas a los medios alternos de solución de conflictos, derechos humanos y otros afines al acto médico.

Es necesario que se designe un autor de contacto, quien deberá incluir su nombre completo, teléfono, email y dirección postal.

Los textos propuestos a la Revista serán sometidos a la consideración del Comité Editorial, que evaluará el contenido de cada material. El Comité dictaminará en un período no mayor a 45 días y notificará al autor de contacto.

## **Secciones de la Revista CONAMED**

### **1. Editorial.**

Será escrito por el Comisionado o por el Editor Invitado.

### **2. Artículos Originales.**

Los Artículos de Investigación original reportarán hallazgos relevantes para el profesional de la medicina, relacionados con el acto médico y que contribuyan al aumento y refinamiento del conocimiento sobre el tema.

En los Artículos de Investigación Original se tiene como norma internacional que la contribución no sea mayor de 2,500 palabras. El resumen, los cuadros, las figuras y las referencias bibliográficas no se incluyen en el conteo de palabras. Una extensión mayor dificulta la revisión y lectura de los documentos por los revisores, editores y lectores. Sin embargo, se tendrá flexibilidad con los autores y se discutirá con ellos la presentación de su documento. Se podrá incluir todo aquel material de apoyo que no forme parte directa del manuscrito. Su inclusión debe explicarse desde la carta de presentación.

El contenido de un artículo de investigación original debe incluir:

- Página inicial
- Resumen en español y en inglés y palabras clave (*key words*).
- Introducción.
- Material y métodos.
- Resultados.
- Discusión.

- Referencias.
- Anexos (Cuadros y figuras).

*Página inicial.* Incluirá: Título del trabajo en español e inglés; nombre o nombres completos de los autores (utilizar guión entre los apellidos paterno y materno, si se indican ambos); cargos institucionales; nombre y dirección del autor responsable de la correspondencia; en su caso, mencionar las fuentes de financiamiento de la investigación.

*Resúmenes.* Los resúmenes deben construirse con los siguientes contenidos, en un máximo de 250 palabras: Introducción (la razón del estudio), Material y métodos (que reflejen cómo se efectuó el estudio), Resultados (los hallazgos principales) y Conclusiones (la interpretación contrastada de los resultados). Al final de los resúmenes se anotarán 3 a 10 palabras o frases clave (*Key words* en el resumen en inglés) para facilitar su inclusión en los índices; se recomienda emplear los términos de *Medical Subject Headings* del *Index Medicus* más reciente (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=mesh>).

*Introducción.* Incluir los antecedentes, el planteamiento del problema y el objetivo del estudio.

*Material y métodos.* Señalar las características de la muestra, los métodos y las pruebas estadísticas utilizadas.

*Resultados.* Incluir los hallazgos del estudio, señalando los cuadros y figuras necesarios para ampliar la información contenida en el texto. No repetir en el texto los datos contenidos en los cuadros o figuras.

*Discusión.* Contrastar los resultados con lo informado en la literatura y con los objetivos del estudio.

*Referencias.* Los números de las referencias bibliográficas se indicarán con números arábigos dentro del texto en superíndice; el número de las referencias se ordenará de acuerdo a la secuencia de su aparición en el texto. La bibliografía pertinente a cada artículo deberá ser referenciada de acuerdo a los Requisitos Uniformes para Manuscritos enviados a las Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas), que se encuentra disponible en línea (<http://www.wame.org/urmspan.htm>).

- *Revistas:* Rodríguez-Suárez J, Mata-Miranda R Calidad de la práctica médica y medicina basada en evidencia. Revista CONAMED. 2007; 12: 8-12.
- *Revistas, más de 6 autores:* Rivera-Hernández ME, Rosales-Delgado F- Aguirre-Gas HG, Campos-Castolo EM, Tena-Tamayo C et al. Recomendaciones específicas para el manejo del síndrome doloroso abdominal en los servicios de urgencias. Rev CONAMED. 2007; 12: 4-23.
- *Revistas, volumen con suplemento:* Fukugawa M, Nemeth EF. Frontiers in parathyroid physiology. *Kidney Int.* 2006; 20 Suppl 102: 51-2.
- *Libros:* Tena Tamayo C, Hernández Orozco F. La Comunicación Humana en la Relación Médico-Paciente. México: Prado; 2005.

- *Capítulos de libros:* Aguirre-Gas HG. El Consentimiento Bajo Información. En: Tena Tamayo C, Hernández Orozco F, editores. La Comunicación Humana en la Relación Médico-Paciente. México: Prado; 2005. p. 257-272.
- *Documentos con formato electrónico:* Knaul F. Salud y competitividad. Seminario del XX Aniversario de FUNSA-LUD. (Acceso 3-10-2006). Disponible en <http://www.xxaniversario.funsalud.org.mx>.
- *Revisiones sistemáticas:* Hodson E, Knight J, Willis N, Craig J. Corticosteroid therapy for nephrotic syndrome in children. Cochrane Database Syst Rev. 2005 (1). Cochrane AN: CD00 1533.
- *Normas y leyes:* Se presentan dos ejemplos:
  - a) Norma Oficial del Expediente Clínico. NOM 168 SSA2. México: Secretaría de Salud; 1998.
  - b) Secretaría del Medio Ambiente. Ley de Protección Ambiental. Diario Oficial de la Federación, 15 de mayo de 1999. México.

**Cuadros.** Los cuadros se adjuntarán en páginas por separado, indicando claramente: el número del cuadro y el título. Los cuadros se indicarán con números arábigos. En el texto solamente se indicará la ubicación de los mismos dentro de un párrafo. No deben remitirse cuadros fotografiados.

**Leyendas o pies de figuras.** Deberán anotarse en una página por separado, en forma secuencial, indicando, con números arábigos, el número de la figura correspondiente.

**Figuras.** Las figuras (gráficas, dibujos, fotografías) se entregarán por separado, en versión digitalizada e impresa, una figura por página, indicando claramente su número y con flecha superior la orientación de cada una, así como la fuente en su caso. Las figuras se indicarán con números arábigos. En el texto solamente se indicará la ubicación de cada figura dentro del mismo texto.

### 3. Artículos de Revisión.

Esta sección comprende artículos de revisión de temas relacionados con los contenidos de la Revista. Los documentos sometidos a publicación, contendrán resúmenes de formato libre, en español e inglés, de extensión no mayor de 250 palabras.

### 4. Noticias CONAMED.

Esta sección se escribirá preferentemente por el personal de la CONAMED, sobre acontecimientos relevantes en la función de la CONAMED (y Comisiones Estatales). También se considerarán informes de agrupaciones académicas o profesionales que sean de interés para el desarrollo de la revista y serán sometidos para su aprobación al Consejo Editorial. Esta sección se consagra a las noticias de carácter informativo y no a comentarios u opiniones. Estos informes deben ser breves (no mayores de 400 palabras).

### 5. Cartas al Editor.

Los cartas al editor abordan comentarios sobre los artículos publicados y será posible la publicación de comentarios por

invitación. Las cartas deberán enviarse preferentemente en un lapso no mayor de ocho semanas posteriores a la publicación de un artículo. Otras cartas al editor con contenidos de interés general también serán bienvenidas. Las cartas no se revisan normalmente bajo un procedimiento de revisión por pares, pero si se toma en cuenta la trascendencia de su contenido, su longitud y estilo. Su extensión no debe ser superior a 250 palabras y apropiadamente referenciada cuando sea pertinente hacerlo. Se dará oportunidad a los autores para responder.

### 6. El caso CONAMED.

- a) Casos Institucionales. Esta sección considera la presentación paso a paso, de casos que analizan el proceso de decisión clínica y que condujo a un error o mala práctica, así como las consideraciones éticas y legales que ayudan a su comprensión, resolución y prevención futura. La presentación de los casos se hará en forma anónima por los especialistas de la CONAMED.
- b) Casos Externos. Se aceptarán aquellos casos que en forma voluntaria, un médico o una organización pública o privada de salud, desee(n) presentar con el objeto de estimular la cultura de la prevención del conflicto y mejorar la calidad en la práctica de la medicina. En todos los casos se garantizará la absoluta confidencialidad de parte de los editores.

El texto no excederá las 2500 palabras y se acompañará hasta por 20 referencias. La estructura de la presentación seguirá el siguiente orden: 1) Resumen del caso; 2) Análisis Médico; 3) Análisis Jurídico; 4) Conclusión. Se recomienda todo material clínico (vgr. imágenes radiológicas) que ilustre o auxilie la presentación y comprensión del caso.

### 7. Presentación del manuscrito, cuadros y figuras.

Los trabajos remitidos deberán ser mecanografiados con el procesador de textos *Word*, a uno y medio espacios (uno y medio renglón) en todo su contenido (incluyendo página inicial, resúmenes, texto, referencias, cuadros y pies de figuras), en tamaño carta, con márgenes de 2.5 cm. Las páginas deberán numerarse consecutivamente. Los trabajos deberán enviarse en documento impreso y en formato digital, por vía correo electrónico, en disquete de 3 1/2 o CD. Las figuras deberán entregarse impresas y en formato digital TIFF o JPEG, en alta resolución (250 ppp o mayor), enviarse en una imagen fotografiada o impresa en alta calidad.

Los trabajos se deberán enviar a:

Revista CONAMED

Mitla 250, Col. Vértiz Narvarte, Deleg. Benito Juárez, México, D.F., 03020, México.

Tel: (55)5420-7143.

[revista@conamed.gob.mx](mailto:revista@conamed.gob.mx)

Editorial	
<b>¡Aaaah! ¡Me duele!</b>	
Dr. José Rentería-Torres	3
Artículos originales	
<b>Análisis crítico de la queja médica</b>	
Dr. Héctor Aguirre-Gas, Dra. E. Mahuina Campos-Castolo, Dr. Arturo Carrillo-Jaimes, Dra. Etelvina Zavala-Suárez, Dr. Germán Fajardo-Dolci	5
<b>Reporte de errores médicos como estrategia para la prevención de eventos adversos</b>	
Dra. E. Mahuina Campos-Castolo, Dr. Arturo Carrillo-Jaimes	17
<b>Adultos mayores, calidad de vida y uso de medicina científica con prácticas alternas, México 2007.</b>	
LEO. Brenda América González-González, Mtra. María Dolores Zarza-Arizmendi, Mtra. Rosa Amarilis Zárate-Grajales, Mtro. Rey Arturo Salcedo-Álvarez, Mtra. Adela Alba-Leonel, Lic. Severino Rubio-Domínguez	23
Artículo de Revisión	
<b>La queja médica: elemento para el fortalecimiento de la seguridad de los pacientes.</b>	
Dr. Francisco Hernández-Torres, Dr. Javier Santacruz-Varela, Dr. Enrique Gómez-Bernal, TESP María Teresa Aguilar-Romero, Dr. Germán Fajardo-Dolci	30
Caso CONAMED	
Dra. María del Carmen Dubón-Peniche	39
Noticias CONAMED	43
Editorial	
<b>Ouch! It hurts me!</b>	
Dr. José Rentería-Torres	3
Original research	
<b>Critical analysis of CONAMED medical complaints</b>	
Dr. Héctor Aguirre-Gas, Dra. E. Mahuina Campos-Castolo, Dr. Arturo Carrillo-Jaimes, Dra. Etelvina Zavala-Suárez, Dr. Germán Fajardo-Dolci	5
<b>Medical error report as an strategy for the prevention of adverse events</b>	
Dra. E. Mahuina Campos-Castolo, Dr. Arturo Carrillo-Jaimes	17
<b>Senior Adults, Quality of life and scientific medicine use with alternating practices, México 2007.</b>	
LEO. Brenda América González-González, Mtra. María Dolores Zarza-Arizmendi, Mtra. Rosa Amarilis Zárate-Grajales, Mtro. Rey Arturo Salcedo-Álvarez, Mtra. Adela Alba-Leonel, Lic. Severino Rubio-Domínguez	23
Review articles	
<b>The medical complaint: element for strengthening patient safety.</b>	
Dr. Francisco Hernández-Torres, Dr. Javier Santacruz-Varela, Dr. Enrique Gómez-Bernal, TESP María Teresa Aguilar-Romero, Dr. Germán Fajardo-Dolci	30
CONAMED Case	
Dra. María del Carmen Dubón-Peniche	39
CONAMED News	43



### **Editor**

Dr. Germán Fajardo Dolci

### **Editor Adjunto**

Dr. Javier Rodríguez Suárez

### **Editor Asociado**

Dr. Luis Velásquez Jones

### **Consejo Editorial**

Dr. Héctor Aguirre Gas

Dr. Heberto Arboleya Casanova

Dra. Mahuina Campos Castolo

Dr. Francisco Hernández Torres

Dr. Rafael Gutiérrez Vega

Dr. José Meljem Moctezuma

Lic. Juan Antonio García Villa

Lic. Jesús Antonio Zavala Villavicencio

Lic. Bertha Hernández Valdés

### **Comité Editorial**

Dr. Emilio García Procel

Dr. José Antonio Carrasco Rojas

Dr. Miguel Ángel Rodríguez Weber

Dr. Enrique Luis Graue Wiechers

Dr. Carlos A. Viesca Treviño

Dr. Julio Sotelo Morales

Dr. Gonzalo Moctezuma Barragán

Lic. Severino Rubio Domínguez

Dr. Luis Vargas Guadarrama

Dr. Rafael Navarro Meneses

### **Procedimiento Editorial**

Lic. Araceli Zaldívar Abad

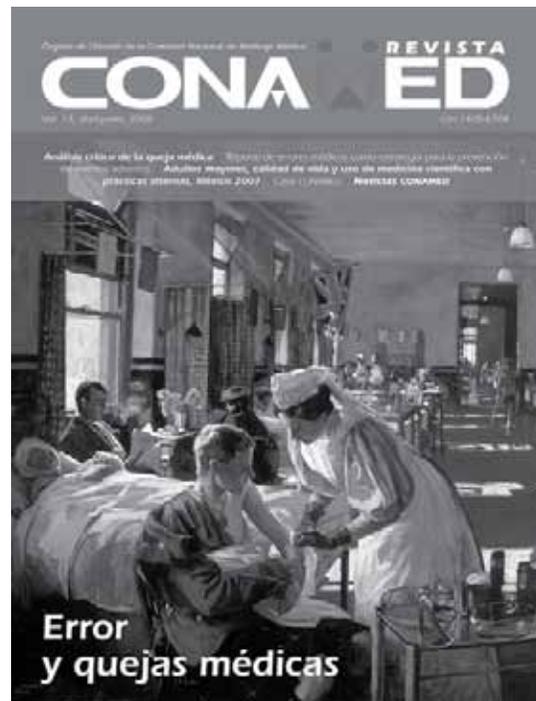
Lic. Miguel Ángel Córdoba Ávila

Dra. Etelvina Zavala Suárez

Lic. Gloria Flores Romero

### **Diseño y Producción**

L.D.G. Mónica Sánchez Blanco



“ John Lavery. The First Wounded in London Hospital, August 1914. Óleo sobre tela, 1915. (175.6 x 200.7 cm). Dundee Art Galleries and Museums, Dundee, Scotland. Publicado en: Carmichael AG, Rataan RM. Medicine: A Treasury of Art and Literature. Beaux Arts Editions, New York: 1991. Pp: 329. ”

Atención y asesoría

CONAMED

5420-7000

Lada sin costo:

01 800 711 0658

Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx

Registrada en: Periódica. Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias

(<http://dgb.unam.mx/periodica.html>)

Latindex. Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

([www.latindex.org](http://www.latindex.org))

Índice Mexicano de Revistas Biomédicas Latinoamericanas

([www.imbiomed.com.mx](http://www.imbiomed.com.mx))

Revista CONAMED es el órgano de difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con domicilio en Mitla 250, Esq. Eugenia, Col. Narvarte, C. P. 03020, Delegación Benito Juárez, México, Distrito Federal. Tels: 5420-7103 y 5420-7030. Fax: 5420-7109. Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx Página web: [www.conamed.gob.mx](http://www.conamed.gob.mx) Publicación trimestral, Vol. 13, abril-junio 2008. Distribución gratuita. Elaborada por la Dirección General de Difusión e Investigación. Editor responsable: Dr. Germán Fajardo Dolci. Impresión: Impresora y Encuadernadora Progreso S. A. de C. V. (IEPSA), Calz. de San Lorenzo 244; Col. Paraje San Juan, C. P. 09830 México, D. F. Tiraje: 8,000 ejemplares. Distribución autorizada por SEPOMEX PP-DF-025 1098. Certificado de Licitud de Título número: 9969. Certificado de Licitud de Contenido número: 6970. Distribución a suscriptores: Dirección General de Administración. Reserva de derechos al uso exclusivo del título, número: 04-2004-090909324900-102. Los artículos firmados son responsabilidad del autor, las opiniones expresadas en dichos artículos son responsabilidad de sus autores y no necesariamente son endosados por la CONAMED. Se permite la reproducción parcial o total del material publicado citando la fuente.

## ¡Aaaah! ¡Me duele! **Ouch! It hurts me!**

Ni quien lo dude, cada día en las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, son más los quejumbrosos y no me refiero a las dolencias que causan las enfermedades que padecemos. En esta ocasión me referiré a ese otro malestar que inconforma a las personas, cuando reciben un trato no adecuado en la atención médica.

Antes de seguir adelante, y a pesar de este creciente malestar, es momento para afirmar con énfasis, que las instituciones de salud, y en especial las públicas, son los principales centros generadores de estabilidad y bienestar social del país, gracias al esfuerzo generoso de tanto trabajador, cuando cuidan la salud de grandes grupos de población en México.

Pero aun así, las quejas por la insatisfacción recibida van en aumento, y nos están hablando de la realidad dolorosa en que viven algunas personas afectadas por una deficiente atención en el servicio prestado.

En este "servicio prestado", me llama a hacer una disgregación que me desvía del tema –no lo creo- porque me lleva a lo profundo de la relación sanitaria. La palabra "prestar" tiene varios significados que en el fondo llevan a lo mismo; significa estar presto, dispuesto, proporcionar lo que uno tiene y que el otro necesita; esta necesidad puede ser de ayuda física, económica, social y afectiva, entre otras.

El servicio que se presta en la relación sanitaria, nos lleva a lo más sensible de las relaciones humanas, en donde el profesional se da y da –como persona- su mayor y mejor esfuerzo cuando trata de recuperar la salud perdida de la persona enferma. Este préstamo, como cualquier otro, es pagadero, empezando por lo moral, que la persona enfer-

ma retribuye al médico con un manifiesto agradecimiento. Después viene ese otro pago, el económico, que se establece como en cualquier contrato comercial.

Vuelvo a lo que me trae: la queja médica. Pero, antes, vamos partiendo de una pregunta: ¿qué es lo que está detrás de una queja médica?

Para contestar lo anterior, partamos de algo elemental, del quejarse mismo; enseguida, preguntémonos por los motivos más frecuentes por los cuales nos quejamos y encontraremos que lo hacemos por múltiples razones, como pudieran ser: traer alguna pena atravesada; por tener fiebre; por cierta desazón; por toparnos con una contrariedad; por un torzón. Nos quejamos de insatisfacción; por cargar algún resentimiento; por recibir un golpe; por padecer una hinchazón, un tumor, un dolor de cabeza, o del sinsabor de perder cierto objeto o persona apreciada, etc.

Estas quejas son, ciertamente, lamentos "lamentables", pero por formación cultural hemos venido creyendo que la queja es salida de la "etérea" percepción *subjetiva*. Pero permítame decir que la queja es la expresión de un sentir que nos pone a tono ante una realidad que nos afecta.

La queja es una *objetividad real* –biológica y psíquica- que nos sale desde adentro, desde la entraña misma de nuestro ser, por lo que el lamento es la expresión de un sentir-sentimiento, que nos pone a tono –vital-, para poder enfrentar a la situación que nos aqueja. ¿La enfrentamos o la evadimos?

Analícemos la queja, de un ¡Aaaah!, ¡me duele aquí! Es la expresión del dolor de un niño por un mal que se aloja en la parte inferior derecha de su abdomen. Su ¡Aaaah! le llama la atención –lo pone a tono con lo que trae- y



con el insistente ¡Aaaah! busca la ayuda de sus padres. La dolorosa queja de su hijo, los impulsa a recurrir al médico, a quién, el ¡Aaaah! le exige y lo pone a tono -en guardia- para encontrar la razón de la queja que aqueja al niño

Y... la encuentra: Es ¡una apendicitis! El médico, ya entiende la razón de aquel ¡Aaaah! Ahora comprende, que para recuperar la salud -y la vida- del enfermito, aquella realidad le ordena, con carácter de urgente, intervenir quirúrgicamente al menor, con la anuencia, obvia -del consentimiento informado-, de sus padres.

De igual manera, la queja médica es la expresión dolorosa de una realidad que se vive en la relación sanitaria y que exige ser atendida para saber las causas que originan este malestar individual y por lo mismo social.

Así, la queja médica, es la puerta de entrada para poder analizar los motivos de una inconformidad que se da en la relación sanitaria. La queja médica, nos da oportunidad de indagar el nivel científico, técnico y afectivo de quien presta la atención médica; igualmente, nos informa sobre el nivel organizacional de los pequeños y grandes centros de salud con que cuenta una sociedad.

¿Cuáles son las razones que están originando la insatisfacción?

El acto médico es una relación de personas, y por ser personas los enfermos mismos y sus familiares -aunque no sepan medicina ni psicología-, tienen la capacidad de juzgar el nivel científico y técnico que ocurre en el acto y/o en la acción médica que los inconforma. Por la razón simple que la persona enferma califica estas notas cuando se sabe que está curada, porque se siente bien, igual sabe, que no está bien, cuando se siente mal. Ésta, es una evidencia que vive la persona en su propio cuerpo.

De la misma manera, la persona enferma juzga la relación interpersonal que se da y se recibe en el acto médico, sabe cuando es atendida con un trato amable o frío, percibe la bondad o las prisas, lo accesible o lo inabordable del médico. Igual sufre y califica, fallas en la organización de los sistemas de salud, con las negativas de atención; en el burocratismo, en la posposición de las cirugías, en las largas filas y las esperas interminables; en ellas, otros le

enteran de otras experiencias y sabe lo que le espera. La desorientación, confusión y la insatisfacción crecen.

Agreguemos el factor económico, cuando el enfermo y sus familiares -de cualquier rango social- saben, que en una semana de gastos hospitalarios y médicos, se puede esfumar el patrimonio juntado con el esfuerzo de toda una vida laboral y aún quedar endeudados

Bueno, permítame decir, que la queja de este ¡Aaaah!, como la del niño con apendicitis, es portadora de *buenas noticias*, porque cuando la atendemos nos trae información de las posibles deficiencias en la preparación del personal sanitario. A nivel de instituciones de salud, la queja nos trae noticias de su nivel organizacional, que nos hablan de su eficiencia, de su productividad, del abastecimiento de equipo, de medicamentos, del número de plazas laborales cubiertas y cargas de trabajo, entre otras.

La queja médica, también nos informa del nivel afectivo que se presta en esta relación entre personas; ella nos da razones de la oportunidad, de la actitud y el tono de la comunicación que se establece entre el personal sanitario y la persona enferma.

¿Qué nos dice la queja médica? ¿Nos trae noticias de una complicación o de un posible error? ¿Es un problema técnico médico o una deficiente comunicación? O ¿son las dos juntas? ¿Es un problema individual o institucional?

El ¡Aaaah! de la queja médica, tan igual y tan objetiva como la apendicitis del niño, nos está exigiendo buscar las causas que originan este doloroso malestar social.

Aquí está la buena noticia: si atendemos este ¡Aaaah!, entonces, podríamos entender las razones profundas de esta creciente enfermedad personal, familiar y social. Esta comprensión, nos llevaría a prestar, en el acto médico, una mayor seguridad a la persona enferma y con ello, tal vez, tendríamos una medicina más eficiente, más eficaz y por lo tanto, *más humana*.

**Dr. José Rentería-Torres**

Subcomisionado Médico de la Comisión de Arbitraje Médico (CAM) de Sonora.  
joret@iteso.mx

# Análisis crítico de quejas CONAMED, 1996-2007

## **Critical analysis of CONAMED medical complaints**

Dr. Héctor Aguirre-Gas<sup>2</sup>, Dra. Esther Mahuina Campos-Castolo<sup>2</sup>,  
Dr. Arturo Carrillo-Jaimes<sup>3</sup>, Dra. Etelvina Zavala-Suárez<sup>2</sup>, Dr. Germán Fajardo-Dolci<sup>4</sup>

### Resumen

*Introducción.* CONAMED está dedicada a atender y resolver quejas que los usuarios de los servicios de salud presentan. Entre junio de 1996 y diciembre de 2007, se han atendido 182 407 asuntos. El objetivo de este estudio fue analizar las quejas presentadas para identificar los eventos adversos, sus causas y los riesgos que les dieron origen.

*Material y métodos.* Se realizó una investigación, documental, transversal, descriptiva y retrospectiva, analizando la información disponible en el Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED), tales como motivos y submotivos de quejas, problemas en la calidad de la atención y ocurrencia de eventos adversos, así como un análisis de costos.

*Resultados.* Del total de quejas atendidas, cerca de 90% se resolvieron mediante Orientación, aproximadamente 10% en Conciliación con atención médica o retribución económica y 2% en Arbitraje.

*Conclusiones.* En el SAQMED no existen variables específicas destinadas a identificar eventos adversos relacionados con fallas en los servicios de atención médica en las quejas que se atienden en CONAMED. *Rev CONAMED. 2008; 13 (2): 5-16.*

*Palabras clave.* Queja médica, error médico, seguridad del paciente.

### Abstract

*Introduction.* CONAMED is an institution dedicated to attend and resolve complaints of the users of the medical health services. Between June 1996 to December 2007, there were attended 182 407 matters. The objective of this study was to analyze the complaints to identify the adverse events, their causes and the risks that originated them.

*Material and methods.* a cross-sectional study was conducted to analyze information in the SAQMED, such as motives of complaints, problems in quality of attentions and frequency of adverse events, as well as a cost analysis.

*Results.* Of the total of complaints almost 90% were solved with an Orientation, approximately 10% were conciliated by medical attention or an economic retribution and 2% were submitted to the Arbitration process.

*Conclusions.* In the SAQMED there are not exist specific items how to identify adverse events related to mistakes in the services of medical attention in the complaints that are taken care of in CONAMED.

*Key words.* Medical complaints, medical errors, patient safety.

<sup>2</sup> Dirección de Investigación, CONAMED; <sup>3</sup> Dirección de Difusión, CONAMED; <sup>4</sup> Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.



## Introducción

Desde el inicio de operaciones de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED),<sup>1</sup> se ha llevado a cabo un registro sistemático de los eventos ocurridos y de la productividad alcanzada, con el propósito de llevar un control preciso de su desempeño, a través del Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED), mismo que emite un informe anual y puede ser consultado en la página de Internet de la CONAMED.

La explotación de la información existente ha sido utilizada con éxito en los procesos de Certificación del Sistema I.S.O. 9001-2000; sin embargo, los beneficios posibles, para identificar los problemas relacionados con deficiencias en la calidad de la atención y en la seguridad del paciente, han sido insuficientes.

Si tenemos en cuenta la Misión de la CONAMED que indica: *“Somos una Institución Pública que ofrece medios alternos para la solución de controversias derivadas de la atención a la salud y promueve la prestación de servicios de calidad entre usuarios y prestadores, mediante procesos que operan bajo estándares de calidad nacionales e internacionales”*, estamos comprometidos a utilizar los medios que se encuentren a nuestro alcance, para identificar los problemas de calidad y seguridad en la prestación de los servicios de salud, que dan lugar a las quejas médicas, prevenir los riesgos y mejorar el desempeño en los servicios de salud.

Para el cumplimiento de esta Misión, la CONAMED cuenta con dos Subcomisiones, la Médica y la Jurídica. De la Subcomisión Médica dependen dos Direcciones, la de Orientación y Gestión y la de Conciliación.

La Dirección de Orientación y Gestión tiene como responsabilidad la recepción y toma de conocimiento de los asuntos presentados por la ciudadanía y procede a otorgar la orientación que se considere necesaria y en su caso hacer la gestión que proceda, ante los servicios de salud, para promover la solución del problema presentado. En ocasiones se requiere convocar al médico tratante, para que otorgue la información que se requiera al promovente de la queja y al personal de la CONAMED. Los asuntos que a este nivel no hubieran quedado resueltos son referidos a la Dirección de Conciliación.

En la Dirección de Conciliación, se procede al análisis del caso, se convoca al médico tratante y a las personas promoventes de la queja y se procura lograr un acuerdo amigable entre ellos. Con frecuencia este arreglo lleva implícito el otorgamiento al promotor de la queja de pago por indemnización, la condonación de adeudos o el otorgamiento de los servicios requeridos. En caso de no lograrse el acuerdo, el caso es turnado al Área de Arbitraje, donde se emite el laudo correspondiente, con validez jurídica.

Adicionalmente, el personal médico y abogados de la CONAMED, emiten dictámenes a solicitud de instancias oficiales, como las procuradurías de justicia, en casos en que

exista duda de la existencia de mala práctica por los prestadores de los servicios de salud.

Derivado de la Misión de la CONAMED, hemos propuesto como concepto de calidad, enfocado desde la perspectiva de los pacientes, el siguiente: *“Otorgar atención médica al paciente, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y apego a los principios éticos de la práctica médica, que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas”*.

Dentro de este concepto podemos identificar elementos que es conveniente destacar para los fines de este estudio:

- a) Las quejas se generan por insatisfacción de los pacientes y/o sus familiares, tanto con el proceso y los resultados de la atención, como con la satisfacción de sus expectativas.
- b) La prestación de los servicios con calidad, incluye a todos los elementos del concepto mencionado, como son: oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica en el proceso, así como la satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas en los resultados.
- c) La falta de cuidado en alguno de los elementos del concepto de calidad, puede dar lugar a una queja, con o sin la ocurrencia de una falla en la seguridad del paciente, que ocasione un evento adverso.
- d) Las quejas, las fallas en la seguridad y los eventos adversos, pueden ocurrir tanto por problemas en las instalaciones, en los equipos y en su mantenimiento, como en la organización y en el desempeño del personal de salud.
- e) Para lograr el propósito señalado en la Misión de la CONAMED, se hace necesario conocer las fallas en la calidad de la atención, sus causas y los riesgos que las originaron, con el propósito de generar acciones para promover una atención médica con calidad.

Como paso inicial para lograr los objetivos mencionados, se realiza el análisis crítico de los datos disponibles, con el fin de obtener de ellos la información requerida para llegar a un diagnóstico situacional de las quejas, su frecuencia, los principales motivos que las generan, el personal involucrado y sus demandas y a través de ello tratar de conocer los principales problemas de calidad y seguridad en la atención a los pacientes.

En función de las limitantes que hubieran sido identificadas en este proceso, proponer a la Subcomisión Médica, a la Dirección General de Calidad e Informática y al SAQMED, llevar a cabo las modificaciones necesarias en la captación primaria y procesamiento de la información, con el propósito de avanzar en la integración de una base de datos más completa, que permita satisfacer los requerimientos de las nuevas políticas de la CONAMED, como

órgano promotor de la calidad en los servicios de salud y obtener productos útiles en materia de información sobre calidad y seguridad, que permitan, mejorar los procesos de investigación y obtener conocimientos útiles para promover su mejora continua y mayor seguridad en la atención a los pacientes, en apego a los parámetros internacionalmente aceptados para la evaluación de la calidad y prevención de eventos adversos.

Uno de los compromisos de la CONAMED como parte del Sistema Nacional de Salud, es identificar los problemas de calidad de la atención médica y de riesgos a la seguridad de los pacientes, en la prestación de los servicios de salud, que originan las quejas médicas, para prevenir los riesgos y mejorar el desempeño en los servicios de salud.

La información que se considera relevante se clasifica en dos ámbitos principalmente:

- a) Identificación de problemas de calidad como son: retraso en la atención, solución al problema de salud, mala práctica, problemas con los equipos o los medicamentos, comunicación médico-paciente, trato respetuoso y trato amable.
- b) Identificación de eventos adversos como: caídas de pacientes, infecciones nosocomiales, complicaciones médicas o quirúrgicas, errores de sitio quirúrgico, administración errónea de medicamentos, errores en la identificación de pacientes, trauma obstétrico y otros.

En la actualidad el liderazgo sobre este tema, lo tiene la "Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente", de la cual México forma parte. Esta Organización ha tomado como guía las denominadas "soluciones prioritarias", en las que se enfatiza la necesidad de poner atención especial en medicamentos con nombre parecido, la identificación del paciente y la comunicación del personal de salud durante la entrega de pacientes, entre otros. Se ha lanzado una gran campaña para mejorar la higiene de las manos.

Es necesario determinar qué datos se requieren para que el SAQMED, contenga la información, suficiente y disponible con oportunidad, para la realización de investigación en materia de calidad y seguridad del paciente, que permita identificar los riesgos, las fallas del sistema, los errores, en forma similar a lo que se realiza a nivel internacional y así estar en condiciones de retroalimentar al Sistema de Salud. Conforme a los resultados obtenidos, se identificarán los requerimientos de información que permitan realizar una investigación útil para los propósitos de la CONAMED.

El objetivo de este estudio es realizar un análisis crítico de la información derivada de las quejas presentadas ante CONAMED, con el propósito de elaborar un diagnóstico situacional actualizado de su frecuencia, características de la población que las presenta, especialidades involucradas, motivos de queja, frecuencia de mala práctica, gastos

derivados de la resolución, calidad con que se otorga la atención médica, eventos adversos que las generaron, sus causas y los riesgos que las originaron.

## Material y métodos

Se trata de una investigación de tipo documental, transversal, descriptivo y retrospectivo, cuyo enfoque es diagnóstico-situacional, con propósitos de investigación y evaluación de la calidad de la atención médica y seguridad de los pacientes.

Se realizó un análisis de una base de datos de Excel, que se obtuvo a partir del censo de la información disponible en el SAQMED, proporcionada por la Dirección General de Calidad e Informática de la CONAMED.

Se incluyó toda la información disponible en el SAQMED, relacionada con las quejas atendidas en el período 3 de junio de 1996 al 31 de diciembre de 2007, que ya han sido concluidas por las áreas sustantivas.

Las variables se definieron en función de los siguientes documentos:

- a) Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
- b) Modelo Mexicano de Arbitraje Médico.<sup>2</sup>
- c) Procedimientos Operativos de Proceso del Sistema de Gestión de Calidad de la CONAMED.<sup>3</sup>

Se describe la distribución diferencial de las quejas clasificadas conforme a las siguientes variables:

1. Frecuencia.
2. Grupo Institucional.
3. Estado de la República donde se atendió al paciente (ubicación de la unidad médica).
4. Género del usuario (paciente).
5. Representación del paciente por familiares.
6. Especialidad del caso:
  - a) A nivel del proceso de conciliación.
  - b) A nivel del proceso de arbitraje.
  - c) Especialidad reportada.
7. Motivos y submotivos de quejas
8. Pretensiones de los promoventes de la queja.
9. Área de conclusión.
10. Resultados del análisis.

Se analiza además la relación de los motivos y submotivos de quejas, con problemas en la calidad de la atención y ocurrencia de eventos adversos.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis de los montos erogados para concluir los casos a través de conciliación y arbitraje.



El manejo estadístico se realizó mediante frecuencias simples, proporciones y medidas de tendencia central, capturadas en Excel™ y analizadas en SPSS™.

El resguardo de la información documental recopilada se realizó conforme a las obligaciones como servidores públicos de los funcionarios de la CONAMED y en concordancia con los valores institucionales.

## Resultados

De junio de 1996 a diciembre de 2007 se ha recibido en CONAMED, un total de 182 407 asuntos; de ellas, 159 097 (87.22%) fueron resueltas en el Área de Conciliación, mediante información, orientación y gestiones, ante los médicos y las instituciones, 4 867 correspondieron a dictámenes (2.67%), restando 18 443 asuntos no resueltos en este primer nivel, que fueron turnadas al Área de Conciliación (Cuadro 1).

**Cuadro 1. Quejas presentadas ante CONAMED y modalidad de resolución, 1996-2007**

Quejas	Número de quejas	Por ciento
Asuntos presentados ante CONAMED	182 407	100
Asuntos resueltos en el Área de Orientación	159,097	87.22
Dictámenes	4,867	2.67
Quejas presentadas al Área de Conciliación	18,443	10.11

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

Del total de 18 443 quejas (100%) que fueron transferidas al Área de Conciliación, en 8 820 (47.82%) se logró la solución por conciliación entre las partes, auspiciada por CONAMED, en tanto que en el resto, 5 695 (30.88%), no se logró este propósito. En 1 991 (10.80%) quejas el asunto se dio por concluido, por abandono por falta de interés procesal por parte del promovente de la queja y 540 quejas se declararon irresolubles. Únicamente 433 (2.35%) fueron referidas al Área de Arbitraje, habiéndose emitido el laudo correspondiente en 100% de los casos (Cuadro 2).

**Cuadro 2. Quejas turnadas a Conciliación y modalidad de resolución, 1996-2007**

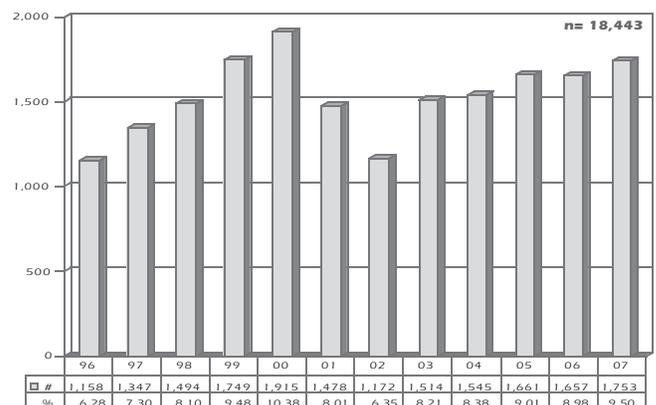
Quejas	Número de quejas	Por ciento
Quejas turnadas al Área de Conciliación	18 443	100
Quejas conciliadas	8 820	47.82
Quejas no conciliadas	5 695	30.88
Quejas concluidas por falta de interés procesal	1 991	10.80
Quejas irresolubles	540	2.93
Quejas referidas a Arbitraje	433	2.35
Otras	964	5.35

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

De 1996 y hasta 2007 inclusive, se han recibido en CONAMED un promedio anual de 17 314 asuntos. La cifra más alta se alcanzó en el año 2000, con 1 915 asuntos.

De los 182 407 asuntos recibidos se han desprendido, como se mostró en el Cuadro 1 un total de 18 443 quejas. Desde 2003 las cifras se han mantenido por arriba de 1 500 asuntos presentados por año; sin embargo, en 2007, se alcanzó la segunda cifra más alta con 1 753. Desde 2002, existe una tendencia constante, en forma ascendente hasta 2007 inclusive (Fig. 1).

A través del análisis de la entidad federativa donde se originaron las quejas, se muestra que más de la mitad de las 18 443 quejas presentadas ante CONAMED, corresponden a quejas generadas en unidades médicas del Distrito



**Figura 1. Número de quejas, 1996-2007**

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

Federal 10 630 (57.6%), mismas que unidas a las correspondientes al Estado de México 2 232 (12.10%), integran casi 70% del total.

El resto de los estados presentan quejas con muy poca frecuencia ante CONAMED, probablemente por haberlas presentado y resuelto en su estado de origen. La cercanía geográfica del Estado de México con el Distrito Federal, facilita su presentación en las oficinas centrales (Cuadro 3).

**Cuadro 3. Clasificación de las quejas por entidad de ubicación de la unidad médica**

Entidad	Número de casos	Por ciento
Distrito Federal	10 630	57.64
Estado de México	2 232	12.10
Otros estados	5 581	30.26
<b>Total</b>	<b>18 443</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

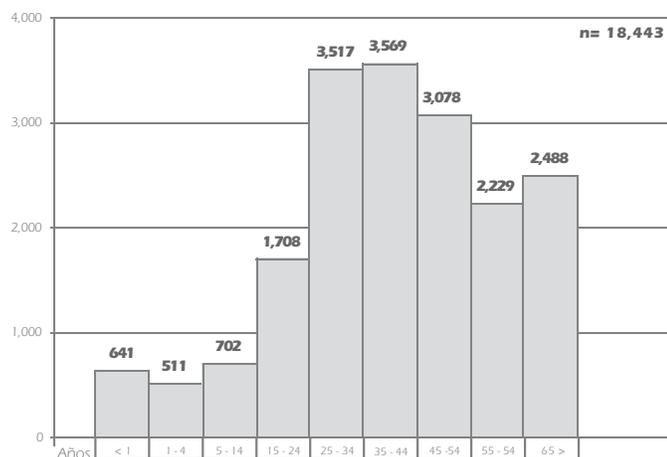
La institución que generó el mayor número de quejas ante CONAMED fue el I.M.S.S., encontrándose a continuación los servicios médicos privados y el I.S.S.S.T.E. Se puede considerar que existen dos factores que contribuyen a esta información, por una parte, el número significativamente mayor de atenciones que se otorgan en el I.M.S.S. y por otra parte, al igual que en el I.S.S.S.T.E. y en los servicios médicos privados, porque se trata de personas con un empleo formal, con un nivel sociocultural mayor, que los ubica en condiciones de manifestar sus inconformidades, a través de una queja (Cuadro 4).

**Cuadro 4. Frecuencia de las quejas por institución**

Institución	Número de casos	Por ciento
I. M. S. S.	9 302	50.44
Servicios médicos privados	4 759	25.80
I. S. S. S. T. E.	2 841	15.40
Hospitales federales de la Secretaría de Salud	536	2.91
Gobierno del Distrito Federal	229	1.24
Otros	776	4.21
<b>Total</b>	<b>18 443</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

El grupo etáreo en que se presentan quejas con mayor frecuencia está entre los 31 y los 40 años, en buena medida porque es en este grupo donde está la mayor proporción de atenciones por ser personas que con mayor frecuencia pueden tener la opción de quejarse. En el grupo de 0 a 10 años se observa una mayor frecuencia que en el siguiente grupo,



**Figura 2. Distribución por edad**

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

probablemente derivada de la atención a los recién nacidos (Fig. 2). El análisis de la frecuencia de quejas en pacientes de 10 años y menores, corrobora que es en los menores de un año donde se presenta el mayor número de quejas, muy probablemente atribuibles a los problemas del recién nacido y en la etapa perinatal (Fig. 3).

En cuanto a la distribución de la presentación de quejas por género, se presenta una mayor proporción de quejas en el género femenino con 10 705 (58%) contra 7 738 en el masculino (42%). Del total de 18 443 quejas, 10 290 (56%), fueron presentadas por representantes y 7 848 (42%) por el propio paciente afectado; en 305 casos (2%) no se registró el promovente de la queja. La mayor parte de las 7 488 quejas presentadas por personas diferentes al paciente, correspondieron a las presentadas a través de los padres (31.83%), del cónyuge (25.97%), los hijos (22.03%), hermanos (5.85%) o por otros (14.33%).

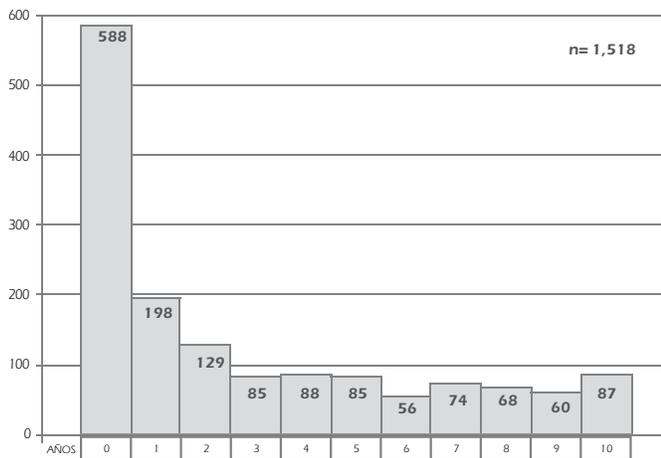


Figura 3. Distribución por edad en menores de 10 años

A través de la información disponible en CONAMED, la frecuencia con que los médicos motivan a los pacientes o sus familiares para presentar una queja en contra de sus colegas, alcanza el 7.4%. De las 18 443 quejas que no fueron resueltas mediante los Servicios de Orientación y Gestión de la CONAMED y fueron transferidas al Área de Conciliación para su análisis, se procedió en primera instancia a identificar las principales especialidades involucradas con mayor frecuencia en las quejas en el Área de Conciliación. Se excluyen 9 437 casos (51.17%) en que no se registra la especialidad. De las 9 006 quejas restantes (48.83%), destacan los servicios de ortopedia y traumatología, urgencias médicas, cirugía general, ginecología y medicina familiar, haciendo pensar que es en las especialidades quirúrgicas y las áreas de primer contacto con el paciente, como urgencias, admisión obstétrica y recepción de pacientes traumatizados, donde se presentan los principales conflictos que generan quejas (Cuadro 5).

**Cuadro 5. Clasificación de las quejas por especialidad en el Área de Conciliación**

Especialidad	Número de casos	Por ciento
Ortopedia y traumatología	1 024	11.37
Urgencias médicas	871	9.67
Cirugía general	807	8.96
Ginecología	776	8.62
Medicina familiar	576	6.40
Oftalmología	508	5.64
Obstetricia	463	5.14
Urología	268	2.98
Urgencias quirúrgicas	208	2.31
Medicina interna	188	2.09
Pediatría	173	1.92
Otros	520	5.77
No clasificada	2 624	29.14
<b>Total</b>	<b>9 006</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

De las 18 443 quejas atendidas en Conciliación, se turnaron al Área de Arbitraje 856 (4.64%), con base en no haber logrado la solución del problema, por tratarse de situaciones con mayor complejidad. Las especialidades más frecuentes en Arbitraje fueron especialidades quirúrgicas, dentro de las cuales predominaron ginecología, ortopedia y traumatología, cirugía general, odontología, oftalmología y cirugía plástica y estética (Cuadro 6).

En cuanto a la especialidad reportada, se analizó un total de 8 881 casos, apareciendo como las especialidades involucradas con mayor frecuencia las correspondientes a cirugía y a atención de primer contacto: cirugía general, ginecología, urgencias médicas y ortopedia general, siendo válido el análisis hecho en cuadros previos.

En cuanto al tipo de atención otorgada, los principales motivos generales que generaron quejas, se refirieron a inconformidades con el tratamiento quirúrgico o con el tratamiento médico, sumando entre ambos casi 70%, seguidos de inconformidades con el diagnóstico y con la atención del parto y puerperio; con cifras menos significativas se señalaron otras causas (Cuadro 7).

**Cuadro 6. Clasificación de las quejas por especialidad en el área de arbitraje**

<b>Especialidad</b>	<b>Número de casos</b>	<b>Por ciento</b>
Ginecología	124	14.49
Ortopedia y traumatología	124	14.49
Cirugía general	122	14.25
Odontología	87	10.16
Oftalmología	67	7.83
Cirugía plástica y estética	33	3.86
Neurología	29	3.39
Otorrinolaringología	17	1.99
Otros	253	29.56
<b>Total</b>	<b>856</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

**Cuadro 7. Clasificación de las quejas conforme al motivo general**

<b>Tipo de atención</b>	<b>Número de casos</b>	<b>Por ciento</b>
Tratamiento quirúrgico	6 923	37.54
Tratamiento médico	5 737	31.11
Diagnóstico	3 732	20.24
Atención del parto y puerperio	956	5.18
Otros	1 095	5.94
<b>Total</b>	<b>18 443</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

Con el propósito de precisar la información relativa a las quejas, se identificaron los motivos específicos señalados por los promoventes de la queja. En primera instancia se advierte que el motivo específico, no se presentó o no se registró en casi la mitad de los casos (49.7%). En los 9 463 asuntos en que sí se registró el motivo específico de la queja, se observa que existe una proporción importante de insatisfacción con el proceso de atención, desde falta de oportunidad, error en el diagnóstico, insatisfacción con los resultados obtenidos, complicaciones, secuelas y eventos adversos, con mayor frecuencia en los procedimientos quirúrgicos (Cuadro 8).

**Cuadro 8. Clasificación de las quejas conforme al motivo específico**

<b>Submotivo inicial</b>	<b>Número de casos</b>	<b>Por ciento</b>
Diagnóstico erróneo	1 215	12.84
Resultados no satisfactorios	996	10.51
Tratamiento inadecuado	982	10.38
Diferimiento en el tratamiento quirúrgico	790	8.35
Tratamiento no satisfactorio	762	8.05
Secuelas del tratamiento quirúrgico	666	7.04
Complicaciones postquirúrgicas	480	5.07
Diferimiento del tratamiento médico	472	4.99
Técnica quirúrgica inadecuada	279	2.95
Omisión del diagnóstico	263	2.78
Accidentes e incidentes	248	2.62
Diagnóstico inoportuno	227	2.40
Secuelas de tratamiento	196	2.07
Complicaciones quirúrgicas en el transoperatorio	24	1.31
Efectos sobre la salud de la madre	121	1.28
Otros	1 643	17.36
<b>Total</b>	<b>9 463</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.



A través del análisis documental de 7 527 quejas en el Área de Conciliación, se dictaminó que en 4 644 (61.70%), no existió mala práctica y en 1 752 (23.28%) sí existió mala práctica; en 1 131 (15.03%) quejas no fue factible determinar la existencia o no de mala práctica. En el Área de Arbitraje se revisaron 495 quejas, de ellas en 250 (50.51%) no existió evidencia de mala práctica, en tanto que en 241 (48.69%) sí la hubo.

En cuanto a los dictámenes, se emitieron un total de 8 706, en 5 632 (61.59%) no se determinó que hubiera existido mala práctica y en 2 154 (24.73%) sí la hubo; en 1 190 dictámenes (13.67%) no se contó con elementos suficientes para afirmar o negar mala práctica (Cuadro 9).

**Cuadro 9. Resultado del análisis documental de las quejas, 2002-2007**

Calidad de la práctica	Conciliación		Arbitraje		Dictámenes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin evidencia de mala práctica	4 644	61.70	250	50.51	5 362	61.59
Con evidencia de mala práctica	1 752	23.28	241	48.69	2 154	24.74
Sin elementos	1 131	15.03	4	0.81	1 190	13.67
<b>Total</b>	<b>7 527</b>	<b>100</b>	<b>495</b>	<b>100</b>	<b>8 706</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

En el mismo periodo 2002-2007 se analizó el tiempo que tomó la resolución de los casos con evidencia de mala práctica, por modalidad de resolución, observándose periodos muy prolongados, hasta de 564 días en casos que requirieron la emisión de un laudo, 284 días en casos de improcedencia y 275 días en casos de amigable composición (Cuadro 10).

**Cuadro 10. Días empleados para concluir quejas con evidencia de mala práctica, por modalidad de resolución (2002-2007)**

Modalidad de resolución	Días
Laudo	564
Improcedencia	284
Amigable composición	275
Fallecimiento	191
Acumulación de autos	179
No conciliación	174
Conciliación	167
Falta de interés procesal	148

Fuente: Dirección General de Conciliación. CONAMED.

De las 18 443 quejas presentadas en 16 392 (91.81%) casos se tenía pretensión única, en 1 036 (5.62%) dos pretensiones, y en menor proporción tres, cuatro o más pretensiones (5.5%).

Los usuarios que presentan una queja, con mayor frecuencia solicitan el reintegro de los gastos erogados en atención en servicios médicos privados (50.77%), como consecuencia de una negativa de atención, o atención de calidad deficiente que los hubiera motivado a abandonar los servicios (habitualmente públicos). En segunda instancia se reclama una indemnización por los daños ocasionados como consecuencia del proceso de atención médica (39.68%), la prestación de servicios que no hubieran sido otorgados (2.66%) o el pago por daños y perjuicios (2.31%). Otro grupo de personas requiere que se otorguen los servicios que se hubieran negado o que no hubieran sido proporcionados con calidad suficiente. Destacan dentro de las pretensiones los usuarios que se quejan con el fin de dinero para resarcir los daños producidos (Cuadro 11).

Cuadro 11. Pretensiones de los promoventes de las quejas

Pretensión principal	Número de casos	Porcentaje
Reintegro de gastos	5 132	50.77
Indemnización	4 011	39.68
Tratamiento médico especializado	269	2.66
Pago de daños y perjuicios	234	2.31
Explicación médica especializada	129	1.28
Atención médica	118	1.17
Otros	215	2.13
Total	10 108	100

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

Se llevó a cabo un análisis de los montos erogados para concluir los casos a través de conciliación y arbitraje conforme a sus diferentes conceptos, en cada una de las Áreas de Conciliación y Arbitraje durante los años de 2001 a 2007. Se observó que los costos más importantes correspondieron a las indemnizaciones, alcanzando en total \$ 29 234 281 pesos, con un promedio por caso de \$ 96 802 pesos, correspondiendo la mayor proporción al Área de Conciliación (\$ 28 487 468). En lo referente al reembolso de gastos se erogó un total de \$ 20 700 985 pesos, con un promedio por caso de \$ 21 059 pesos, de los cuales al Área de Conciliación correspondieron \$ 17 998 513. El costo total de lo reintegrado o pagado a los pacientes fue de \$ 52 802 668 pesos, con un costo promedio por caso de \$ 17 290 pesos (Cuadro 12).

Aunque la proporción del gasto erogado corresponde en mayor proporción al Área de Conciliación, con un promedio de 93.13%, en el gasto total, en el gasto promedio por caso los valores más altos corresponden en general al Área de Arbitraje, con 132% más alto en el total y 92% por concepto de reembolso de gastos. En el concepto de indemnizaciones, los valores son similares (Cuadro 12).

Cuadro 12. Costo del cumplimiento de compromisos por tipo de reintegro, 2003-2007

Concepto	Área	Número de casos	Promedio de pesos por caso	Total de pesos
Atención especializada	Conciliación	484	2 052	993 132
	Arbitraje	3	0	0
	<b>Promedio</b>	<b>487</b>	<b>2 039</b>	<b>993 132</b>
Reembolso de gastos	Conciliación	912	19 735	17 998 513
	Arbitraje	71	38 063	2 702 472
	<b>Promedio</b>	<b>983</b>	<b>21 059</b>	<b>20 700 985</b>
Indemnización	Conciliación	294	96 896	28 487 468
	Arbitraje	8	93 352	746 813
	<b>Promedio</b>	<b>302</b>	<b>96 802</b>	<b>29 234 281</b>
Condonación de adeudo	Conciliación	24	21 111	506 665
	Arbitraje	0	0	0
	<b>Promedio</b>	<b>24</b>	<b>21 111</b>	<b>506 665</b>
Otros	Conciliación	1 246	952	11 186 746
	Arbitraje	12	15 072	180 859
	<b>Promedio</b>	<b>1 285</b>	<b>1 087</b>	<b>11 367 605</b>
Total	Conciliación	2 960	16 612	49 172 524
	Arbitraje	94	38 619	3 630 144
	<b>Promedio</b>	<b>3,054</b>	<b>17,290</b>	<b>52 802 668</b>

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

Al analizar los gastos por concepto de cumplimiento de compromisos por año, durante el periodo 2003-2007, se observa que en el Área de Conciliación el número de casos por año muestra tendencia a disminuir a partir de 2004, de 749 a 471 en 2007, en tanto que el gasto ha estado estable entre \$ 9 542 327 y \$ 11 593 951 pesos. Sin embargo, el gasto promedio por caso, se ha incrementado de 2003 a 2007, de \$11 401 pesos a \$ 24 235 pesos (Cuadro 13).

En el Área de Arbitraje el número de casos muestra tendencia al incremento, de 8 en 2003 a 25 en 2007 y del gasto, de \$ 233 973 pesos a \$ 3 360 144 en 2007, con un incremento en el gasto por caso de \$ 29 247 a \$ 47 361 (Cuadro 13).



**Cuadro 13. Costo del cumplimiento de compromisos por año, 2003-2007**

Año	Área	Número de casos	Promedio de pesos por caso	Total de pesos
2003	Conciliación	680	11 401	7 752 626
	Arbitraje	8	29 247	233 973
	Promedio	688	11 608	7 986 599
2004	Conciliación	740	15 105	11 177 369
	Arbitraje	21	34 877	732 411
	Promedio	761	15 650	11 909 780
2005	Conciliación	564	15 815	8 919 707
	Arbitraje	16	38 914	622 620
	Promedio	580	16 452	9 542 327
2006	Conciliación	515	20 833	10 728 871
	Arbitraje	24	35 713	857 107
	Promedio	539	21 495	11 585 978
2007	Conciliación	461	22 980	10 593 951
	Arbitraje	25	47 361	1 184 033
	Promedio	486	24 235	11 777 984
Total	Conciliación	2,960	16 612	49 172 524
	Arbitraje	94	38 619	3 360 144
	Promedio	3,054	17 290	52 802 668

Fuente: Dirección General de Conciliación, CONAMED

## Discusión

De junio de 1996 a diciembre de 2007, se ha recibido en CONAMED un total de 182 407 quejas, que promedian 15 861 por año. El 90% se resolvieron mediante orientación y gestión; de las restantes, en casi 50% se logró la conciliación de las partes, habitualmente a través de otorgar la atención requerida o algún pago al promovente, por la instancia acusada. De las quejas no resueltas inicialmente, sólo 433 (2.35%) fueron sujetas a un proceso de arbitraje y emisión de un laudo.

Como puede observarse, del total de quejas presentadas ante CONAMED, solamente 10%, tuvieron la trascendencia necesaria para entrar al proceso de conciliación y arbitraje, habiéndose logrado su conciliación en cerca de la mitad de ellas.

Adicionalmente CONAMED recibe solicitudes para elaborar dictámenes a través de evaluación documental, mismos que alcanzaron la cifra de 8 706 casos, estando en proceso de dictamen otros 69.

El mayor número de quejas se recibió en el año 2000, con 1 915, descendiendo a 1 172 en 2002, observándose desde entonces una tendencia al incremento hasta 2007 en que se presentaron 1 763.

Se carece de elementos objetivos suficientes para determinar si esta tendencia, representa un deterioro de la calidad de la atención, o una mayor confianza en CONAMED, para buscar una solución alternativa de los conflictos derivados del proceso de atención médica. Sería deseable que estas cifras aumentaran a expensas de los casos que se ventilan por la vía legal y tratar de llegar a una amigable composición, en lugar de un conflicto legal.

Casi 70% de las quejas presentadas ante CONAMED, corresponden al Distrito Federal y Estado de México, probablemente por su cercanía geográfica con las oficinas centrales. A través de esta información no es factible hacer un juicio acerca de la calidad con que se otorga la atención médica en los diferentes estados de la República.

La mitad de las quejas presentadas correspondieron al I.M.S.S. y una cuarta parte a servicios médicos privados, con 15% para el I.S.S.S.T.E.; los pacientes a cargo de la Secretaría de Salud, presentaron pocas quejas en CONAMED.

Cabe considerar que el I.M.S.S. atiende a casi 50% de la población del país con una demanda satisfecha de atención muy superior al resto de instancias evaluadas. Adicionalmente tanto en el I.M.S.S. como en el I.S.S.S.T.E. existen estructuras institucionales que facilitan la presentación de una queja en la propia Institución. La población que acude a los servicios médicos para población abierta de la Secretaría de Salud o del Gobierno del Distrito Federal, habitualmente por su bajo nivel socioeconómico y educativo, es más "paciente" y no presenta quejas. Esta información no es suficiente para obtener conclusiones válidas acerca de la calidad con que se otorgan los servicios en las diferentes instituciones de salud.

El mayor número de quejas se presenta entre los 25 y 64 años de edad, por pacientes del género femenino, en buena medida porque es en estos grupos donde está la mayor proporción de atenciones otorgadas y por ser personas que con mayor frecuencia pueden tener la opción de quejarse. No se considera que existan problemas de equidad de género que determinen una menor calidad de la atención al sexo femenino. En el grupo de 0 a 10 años se observa una

mayor frecuencia que en el siguiente grupo, probablemente derivada de la atención a los recién nacidos.

Del total de quejas, 56% fueron presentadas por representantes del paciente afectado y 42% por el propio paciente. Los representantes habituales de los pacientes fueron los padres, el cónyuge y los hijos.

Dependiendo de la edad del paciente y de la afectación en la salud que pudiera tener, con frecuencia la queja no puede ser presentada por el propio paciente afectado, sino por un representante. Tal es el caso de los menores de edad y de los ancianos, así como de los pacientes que por sus condiciones de salud, no pueden asistir a realizar los trámites inherentes a una queja.

Se ha mencionado con frecuencia que una proporción importante de las quejas son promovidas y asesoradas por médicos, que abiertamente critican el desempeño de sus colegas, que hubieran atendido previamente a los pacientes. En CONAMED esta situación alcanzó 7.4%, situación que indudablemente traduce un deterioro importante de la ética profesional.

En cuanto a la especialidad de origen de las quejas, destacan los servicios quirúrgicos, los servicios de urgencias, en menor proporción los médicos familiares y las especialidades médicas, sin que en este momento sea factible caracterizar los eventos adversos, las causas que les dieron origen y estar en condiciones de generar las medidas preventivas y correctivas requeridas.

Próximamente estaremos en condiciones de determinar los problemas de calidad y seguridad que ocasionaron las quejas y los eventos adversos, una vez que se concluya el desarrollo de una nueva base de datos, congruente con las nuevas políticas de la CONAMED, para promover la calidad de la atención médica y la seguridad de los pacientes.

Los principales motivos de quejas desde un enfoque general, se relacionan con los resultados del tratamiento, tanto médico como quirúrgico, con el proceso diagnóstico y con la atención del parto y puerperio.

El análisis de las causas específicas de las quejas muestra que las inconformidades se relacionan con errores en el diagnóstico, tratamiento inadecuado, resultados no satisfactorios, falta de oportunidad, complicaciones y secuelas.

Los datos mencionados hacen suponer problemas en la calidad y seguridad de la atención, así como información insuficiente acerca de las expectativas reales del proceso de atención. A través de la información registrada, no se puede considerar la opción de problemas relacionados con falta de respeto a los principios éticos de la práctica médica.

Aun cuando los motivos específicos de quejas traducen problemas de calidad en el proceso de atención, como la falta de oportunidad o competencia profesional deficiente, que pueden ser abordados a través de reorganizar los servicios, de manera que puedan ser otorgados con oportu-

dad, aun cuando es factible identificar al personal con competencia profesional insuficiente e involucrarlo en la capacitación requerida; es necesario contar con información que permita identificar problemas específicos y eventos adversos, con el propósito de generar acciones precisas para la prevención, atención y solución de problemas que afectan la calidad y la seguridad de los servicios de salud, conforme a lo propuesto por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes.

En lo referente a los resultados, todos ellos están relacionados con insatisfacción de las expectativas en materia de salud. No obstante se requiere de información específica que permita desarrollar acciones definidas específicas, preventivas y correctivas.

El análisis documental de las quejas mostró que en los casos atendidos en el Área de Conciliación, se identificó mala práctica en alrededor del 25%, en tanto que los casos más complejos, que fueron atendidos en el Área de Arbitraje, la cifra de mala práctica alcanzó casi el 50%.

En cuanto a los dictámenes emitidos, no relacionados con quejas, se identificó mala práctica en cerca del 25%.

Esta situación pone de manifiesto una alta proporción de quejas en que efectivamente existió mala práctica, requiriéndose ampliar la base de datos, con el propósito de identificar eventos adversos, las causas particulares que dieron origen a la queja, conforme a la taxonomía propuesta por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes y los riesgos que las originan, para estar en condiciones de generar medidas para mejorar la calidad de la atención, incrementar la seguridad y prevenir los eventos adversos.

El tiempo empleado para resolver una queja, se considera excesivo, incluyendo 284 días para determinar una improcedencia o una amigable composición, hasta 564 cuando se requiere emitir un laudo. Estos tiempos indudablemente son excesivos y es necesario disminuirlos significativamente. Habrá que llegar a los acuerdos que se requieran para que las instituciones que participan en la queja, emitan sus informes con oportunidad, no obstante, estos periodos son muy inferiores a los requeridos en un juicio por las vías civil o penal.

Con frecuencia, al presentar una queja se pretende resolver el problema de salud del paciente o recuperar gastos considerados como excesivos o injustificados, sin embargo en otros casos el propósito es obtener beneficios económicos y en muy pocos contribuir a mejorar la calidad de la atención.

La mayor parte de las veces los promoventes de la queja tienen una pretensión y en algunos dos o más. En la mitad de los casos la pretensión es el reintegro de gastos erogados por una atención inadecuada y en el 40% una indemnización, para la reparación de los daños ocasionados durante el proceso de atención, tanto en forma honesta como para obtener beneficios económicos.



Los montos globales erogados más importantes, fueron en el Área de Conciliación, en una proporción de 13 a 1, sobre el Área de Arbitraje particularmente en lo referente a reintegro de gastos e indemnizaciones, como consecuencia de que en esta área se atendieron y resolvieron la gran mayoría de los casos, en proporción de 30 a 1, sobre el Área de Arbitraje.

Al revisar las erogaciones por caso, las cifras más altas se encontraron en el Área de Arbitraje, por reembolso de gastos, pero particularmente por indemnización, donde el valor promedio estuvo cercano a los \$100,000 pesos.

A través de los años, es aparente una tendencia a disminuir en los casos atendidos por conciliación, el gasto ha estado estable a expensas de un incremento de los montos por caso, que han aumentado más del 100%. Los casos, que han requerido arbitraje, están aumentando, con un incremento mayor en el gasto, ocasionando que las erogaciones por caso hayan aumentado muy significativamente. Esta situación traduce que los casos que se atienden en CONAMED, son cada vez más complejos y sus demandas cada vez mayores.

En el SAQMED, no existen variables específicas destinadas a identificar eventos adversos relacionados con fallas en los servicios de atención médica. En la medida que sea factible desarrollar el Sistema de Atención de Quejas Médicas mediante la ampliación de su base de datos, a través

de la inclusión de información que permita identificar los eventos adversos, sus causas y los riesgos que les dieron origen, estaremos en condiciones de alcanzar un diagnóstico situacional más preciso que permita promover una mejora efectiva de la calidad de la atención y evitar las quejas por mala práctica.<sup>5,6</sup>

Si queremos ser congruentes con las nuevas políticas de la CONAMED, que pretenden contribuir a mejorar la calidad con que se otorgan los servicios en las diferentes instituciones de salud, tanto públicas, como privadas, este es el paso que pretendemos dar y para el cual estamos trabajando. 

## Referencias

1. Reglamento de Procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 2006.
2. Modelo Mexicano de Arbitraje Médico. México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 2003.
3. Procedimientos Operativos de Proceso del Sistema de Gestión de Calidad de la CONAMED. México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 2001-2008.
4. Por la Seguridad del Paciente. Boletín informativo de la Organización Panamericana de la Salud. Marzo 2007. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN>. (Acceso 19-03-2007)
5. Aguirre Gas HG. Calidad de la Atención Médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo. México: Noriega; 2002.
6. Infante Castañeda C. Quejas médicas. La insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica. México: ETM; 2006.



# Curso sobre **PREVENCIÓN DEL CONFLICTO DERIVADO DEL ACTO MÉDICO**

8, 9, 11 y 12 de septiembre de 2008.  
Horario 9:00 a 16:30 hrs.

## INFORMES

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).  
Dirección General de Difusión e Investigación.  
Mitla 250 esquina Eje 5 Sur Eugenia, 8º piso. Col. Vértiz Narvarte.

Teléfonos: 5420 7147, 54207148, 5420 7003, 5420 7103 y 5420 7093.  
Correo electrónico: [smartinez@conamed.gob.mx](mailto:smartinez@conamed.gob.mx) y [crojano@conamed.gob.mx](mailto:crojano@conamed.gob.mx)

# Reporte de errores médicos como estrategia para la prevención de eventos adversos

## *Medical error report as an strategy for the prevention of adverse events*

Dra. Mahuina Campos-Castolo<sup>1</sup>, Dr. Arturo Carrillo-Jaimes<sup>1</sup>

### Resumen

*Introducción.* El error médico es un evento aparentemente frecuente a nivel mundial, con bajo reporte, registro y comprobación. Los Sistemas de Salud están realizando acciones para controlarlo, y disminuir con ello los daños a los pacientes. En México, CONAMED ha puesto en operación un sistema informático en la Web para el reporte anónimo de los errores médicos, cuyos datos estadísticos se analizan en este artículo. *Material y métodos.* Es un estudio descriptivo y transversal; se revisaron 200 accesos a la página Web en los que se suponía había reportes de error médico. *Resultados.* Se identifican 154 reportes válidos y se identificaron solo 14 casos con información relativa a error médico y se clasificaron con tres diferentes sistemas internacionales. *Conclusiones.* Es necesario incrementar la cultura del reporte del error médico, contar con un sistema confiable, y establecer las estrategias estadísticas para el análisis y control. *Rev CONAMED. 2008; 13 (2): 17-22.*

*Palabras clave:* Error médico, eventos adversos, sistemas de reporte de error.

### Abstract

*Introduction.* Medical error is an apparently frequent event at world-wide level, with low report, registration and verification. Health Systems are in a battle to control and diminish the damages to the patients. In Mexico, the National Commission of Medical Arbitration (CONAMED), develop an informatic web-based system of medical error report, whose statistical data are analyzed in this article. *Material and methods.* This is a descriptive and cross-sectional study; we reviewed 200 accesses to the web page, in that it was estimated were reports of medical error. *Results.* We identified 154 valid reports and only 14 cases with information of medical error. They were classified with three different international systems. *Discussion.* It is necessary to increase the culture of the report of the medical error, to count on a reliable system, and to establish the statistical strategies for the analysis and control.

*Keywords:* Medical error, adverse events, medical error report systems.

---

<sup>1</sup> Dirección General de Difusión e Investigación, CONAMED.

Correspondencia: Dra. E. Mahuina Campos Castolo, Subdirectora de Investigación, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Mitla 250, Piso 8, Col. Vértiz Narvarte, Deleg. Benito Juárez, México, D.F., 03020. Correo electrónico: mahuina@conamed.gob.mx.



## Introducción

“El error médico tiene a mi entender tres fuentes principales, una el simple azar que se entretiene en crear situaciones inesperadas, la otra es la ignorancia personal o institucional y la tercera la irresponsabilidad. El conocimiento científico trata de domesticar el azar mediante los resultados de la observación y de la investigación y el registro de las mismas para hacerlos accesibles a la comunidad médica. Es cierto que el conocimiento reduce lo inesperado...”. Estas son palabras de Alberto Agres, médico argentino de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Comparte con Avedis Donabedian, gurú de la calidad en medicina, la opinión acerca de la importancia del conocimiento como método preventivo: “...Para controlar algo, es necesario conocerlo; para conocerlo hay que definirlo y para definirlo hay que poder medirlo...”.<sup>1</sup>

El Instituto de Medicina publicó en la década de 1990 el famoso estudio “Error es humano”,<sup>2</sup> que colocaba al error médico como la octava entre las principales causas de mortalidad en Estados Unidos, con una frecuencia de entre 44,000 y 98,000 pacientes que mueren cada año (aproximadamente 270 pacientes por día) como resultado de errores médicos.

Estos números estimularon una industria del litigio muy lucrativa. El costo de los errores médicos se calcula entre 17 y 29 billones de dólares anuales, derivados de costos adicionales en seguros de responsabilidad profesional y en pérdidas de ingresos y bienes, los cuales afectaron a tal grado al sistema de salud americano, que fue necesaria una reforma legal donde se pusieran límites a los montos de las demandas.<sup>3</sup>

Existen diversas definiciones del error médico, algunas se anotan a continuación: Kohn y Corrigan: “*la falla en una acción planeada para ser completada como se intentó o el uso de un plan inadecuado para obtener un resultado*”;<sup>2</sup> Weingard: “*una falla ocurrida de manera inadvertida, o un evento no buscado en el servicio de salud que puede o no resultar en daño al paciente*”;<sup>4</sup> Grober y Bohren proponen una definición más pragmática: “*un acto de omisión o comisión en la planeación o ejecución que contribuye o puede contribuir o un resultado no intentado*”.<sup>5</sup> En nuestro país, Aguirre y Estupiñán lo definen como una “conducta clínica equivocada en la práctica médica, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto”.<sup>6</sup>

Podemos observar que estas definiciones tienen en común varios puntos: se relacionan con una desviación a la norma que produce un resultado desfavorable para el paciente. Estas características causaron que el primer

enfoque ante las fallas, fuera “buscar culpables”, lo cual, lejos de beneficiar, ha resultado perjudicial, pues imponer culpas supone un castigo, genera miedo y fomenta que los errores se oculten, llegando incluso a la *medicina defensiva*.<sup>7-10</sup>

Esta situación imposibilitó por mucho tiempo encontrar el error, analizarlo y aprender de él, para evitar su recurrencia. Afortunadamente, los sistemas de salud han buscado otros métodos para prevenir los errores, tales como los sistemas de informes de incidentes, que permiten el análisis y mejoramiento de las organizaciones, a la vez que generan una cultura distinta,<sup>11-13</sup> donde el error sea un punto de inflexión para tomar acciones estratégicas de mejora.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó en 2004, la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes, que estableció como una de sus cuatro acciones iniciales, los compromisos de formular una taxonomía de la seguridad del paciente que sirva para notificar sucesos adversos y de elaborar sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originan errores y prevenirlos.<sup>14,15</sup>

Cada año se establecen nuevas acciones y compromisos para lograr una medicina más segura; en ellos, los sistemas de notificación de errores médicos son imprescindibles para resolver el reto de la investigación y desarrollo de acciones que permitan detectar y analizar los errores, facilitando la adquisición y difusión del conocimiento indispensables para controlar y prevenir los efectos adversos en la práctica de la medicina.<sup>9,11</sup>

En consonancia con estas políticas internacionales y con el propósito de identificar los puntos vulnerables de nuestro sistema de salud, para aprender de las fallas o errores que se han presentado y fortalecer nuestras instituciones, en México existen dos sistemas de Reporte de Errores, uno desarrollado en la administración previa a través de la Oficina del Subsecretario de Innovación y Calidad y otra en la CONAMED. Ambos son sistemas informáticos de reporte anónimo publicados en páginas web oficiales; la primera se refiere específicamente a eventos centinela y la segunda es incluyente a todos los errores médicos. La página se diseñó para registrar dichos errores en la atención médica, que servirán de base para emitir recomendaciones, proponer el rediseño de métodos, procedimientos o protocolos, pero en especial, mejorar la práctica de los profesionales de salud del país y la seguridad de los pacientes.

## Material y métodos

Se trata de un estudio de investigación descriptivo, cuantitativo, transversal, cuyo objetivo general fue crear un

<sup>1</sup>La medicina defensiva es la aplicación de tratamientos, pruebas y procedimientos con el propósito principal de defender al médico de la crítica y evitar controversias, por encima del diagnóstico o el tratamiento del paciente.

sistema automatizado de Reporte de Error Resultado del Acto Médico, como herramienta institucional para recabar información de relevancia estadística, con el fin de emitir recomendaciones al Sistema Nacional de Salud, para mejorar la toma de decisiones y de esa manera ofrecer una medicina segura.

La utilidad del sistema de *Reporte de Error Resultado del Acto Médico* se define a partir del cumplimiento de los objetivos para el que fue creado, es decir, ofrecer sustento con validez estadística para la toma de decisiones con respecto a acciones y programas sobre seguridad del paciente. La página presenta instrucciones que diferencian lo que es un reporte de error y una queja, para evitar confusiones, que generen expectativas de los reportantes que no pudieran ser atendidas en el marco de este proyecto. La página de presentación del *Reporte de Error Resultado del Acto Médico* incluye la información previa necesaria para que el reportante otorgue su consentimiento de participación en la encuesta, mismo que se establece de manera tácita en el momento que su ingreso en el vínculo titulado "Quiero participar".

El sistema está diseñado para recabar información sobre las siguientes variables:

- a) Especialidad involucrada en el suceso.
- b) Lugar, tipo de Institución, servicio y turno en que se produjo el error.
- c) Ocupación del reportante.
- d) Nivel de estudio, universidad de egreso e institución formadora del reportante.
- e) Tipo de error que ocurrió.
- f) Si se avisó del error y a qué persona se le avisó.
- g) Si hubo acciones derivadas como consecuencia del error.
- h) A qué le atribuye el error (en la opinión del reportante).
- i) Qué acciones futuras considera que se deban implementar para evitar que esto vuelva a suceder.

Los reportes se recaban mediante el sistema informático de la CONAMED y se convierten en una base de datos en MS Excel.

Los reportes recibidos entre julio de 2005 y diciembre de 2007 se analizan mediante una base de datos de reporte voluntario y anónimo de error médico de la página construida para tal efecto por la CONAMED. El usuario reportante describe el evento en donde considera que se ha presentado un error, con la finalidad de contar con mayor información sobre dichos errores y poder desarrollar algunas alternativas de solución, o identificar factores que influyeron en su desarrollo.

El análisis estadístico de la información es univariado, presentado con frecuencias simples y medidas de tendencia central.

## Resultados

Se analizaron los reportes recibidos de julio de 2005 a diciembre de 2007 en la base de datos de reporte voluntario y anónimo de error médico de la página construida para tal efecto que la CONAMED ha desarrollado para que el personal de salud plasme los eventos en donde se considera ocurrió un error, con la finalidad de contar con mayor información en relación a éste y poder desarrollar algunas alternativas de solución, o identificar factores que influyeron en su desarrollo.

El análisis se efectuó sobre 200 accesos, de los cuales 22 fueron registros fallidos y 178 tuvieron al menos un intento de reporte de información. De ellos, 166 registros tuvieron un reporte válido, 13 correspondieron a casos duplicados. Los análisis se realizaron a partir de los 166 registros (100%) considerados como válidos o efectivos. Sólo 14 (9.1%) mostraron evidencia de reporte de probable error médico y 140 (90.9%) fueron quejas de pacientes o familiares que accedieron a la página, probablemente considerando que se trataba de un foro más para manifestar la inconformidad o queja.

Las especialidades involucradas en el suceso con mayor frecuencia en los registros del Sistema fueron: Cirugía 40.9% y Gineco-obstetricia 19.5%. Los números absolutos se presentan en el cuadro 1.

**Cuadro 1. Especialidades involucradas en el suceso**

Especialidad	Absoluto	Relativo
Quirúrgicas	63	40.9
Ginecología y obstetricia	30	19.5
Médicas	27	17.5
Otros	34	22.1
Total	154	100

En relación a la ocupación del reportante fueron principalmente médicos 44.8% y pacientes 12.3% (Cuadro 2).

**Cuadro 2. Ocupación del reportante**

Profesión	Absoluto	Relativo
Médico	69	44.8
Paciente	19	12.3
Enfermera	7	4.6
Otros	59	38.3
Total	154	100

En la distribución por nivel de estudio, universidad de egreso e institución formadora del reportante, prevalecieron medicina 35.7%, otras licenciaturas 26% y estudiantes de medicina 17.5% (Cuadro 3).



**Cuadro 3. Nivel de estudio, universidad de egreso e Institución formadora del reportante**

Profesión	Absoluto	Relativo
Medicina	55	35.7
Otras licenciaturas	40	26.0
Estudiantes de medicina	27	17.5
Técnicos	10	6.5
Odontología	2	1.3
Enfermería	3	2.0
Otros no especificados	4	2.6
Nulos	13	8.4
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100</b>

De los 154 registros válidos, sólo 14 (9.09%) mostraron evidencia de reporte de probable error médico. La mayor proporción de los casos descritos en los reportes de error, se refiere a errores relacionados con la ministración de medicamentos en ambientes hospitalarios (Cuadro 4)

**Cuadro 4. Estadística de Reporte de Error Médico**

Descripción del error	Absoluto	Relativo
Medicamento equivocado en hospital	5	35.7
Caída de pacientes	2	14.3
Perforación arterial por catéter	2	14.3
Ligadura de ureteros	1	7.14
Óbito	1	7.14
Cirugía en lado equivocado	1	7.14
Textiloma mamario	1	7.14
Perforación de órgano por laparoscopia	1	7.14
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Todos los reportes concuerdan en que los errores cometidos son debidos a falta de deseo del médico en llevar a cabo los procedimientos que conlleven a una mejor atención del paciente, realizando los estudios necesarios para comprobar el diagnóstico y evitar desarrollar procedimientos médicos o quirúrgicos innecesarios para el paciente.

Por último; la mayoría de los reportantes (85%) solicitan castigo o retiro de licencia a quien cometió el error, el resto mencionan la importancia de desarrollar guías, protocolos de manejo, capacitación al personal y una mayor comunicación entre médicos y de éstos con el resto del equipo de salud.

## Discusión

El presente estudio es un primer acercamiento a la identificación de una serie de factores que deben ser estudiados a profundidad para derivar cambios de comportamiento y funcionamiento del sistema.

La clasificación de los errores propuesta por nuestro Sistema de Reporte de Errores es una de las muchas que se han desarrollado en el mundo, con el enfoque central de fomentar el estudio del error médico. Los hechos reportados pueden agruparse de acuerdo con tres clasificaciones, descritas por diversas agencias oficiales internacionales:

- Las Nueve Soluciones para la Seguridad del Paciente, desarrolladas por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (Estados Unidos).
- Las Causas Raíz, propuestas por la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente (Inglaterra).
- Los Indicadores de Seguridad del Paciente, generados por la Agencia para la Investigación y Calidad en la Atención de la Salud.

A continuación se detallan estas clasificaciones.

En 2005, la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes designó a la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud, JCAHO), como Centro Colaborador de la OMS en el desarrollo y diseminación de "Soluciones para la seguridad del paciente", medidas claras y concisas propuestas en nueve soluciones, que han demostrado ser de gran utilidad para reducir las cifras inaceptablemente altas de lesiones iatrogénicas observadas en todo el mundo.<sup>16</sup> Las Soluciones para la Seguridad del Paciente se centran en los siguientes aspectos:

- Medicamentos de aspecto o nombre parecidos.
- Identificación de pacientes.
- Comunicación durante el traspaso de pacientes.
- Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.
- Control de las soluciones concentradas de electrolitos.
- Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.
- Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
- Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
- Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud.

En la Unidad de Calidad del Hospital Universitario 12 de octubre de Madrid, España se realizó el "Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores", recomendando el modelo de la National Patient Safety Agency (NPSA), que a su vez está basado en la "Espina de Pescado de Ishikawa" y que integra los factores relacionados con diversas actividades de la atención médica.<sup>17</sup>

Estos eventos adversos pueden deberse a protocolos insuficientes, a productos en inadecuadas condiciones, mala capacitación del equipo de salud o a los sistemas; sin embargo, no podemos olvidar que cada etapa de la atención sanitaria representa cierto grado de inseguridad intrínseca, debido a que somos todos los integrantes del equipo de salud seres humanos falibles, y depende de nosotros como personas racionales identificar los mecanismos necesarios que conlleven a una mejora en la seguridad del paciente.<sup>18</sup> De ahí el reciente movimiento para el estudio del error en medicina con el enfoque que se emplea en otras industrias de gran riesgo como la aviación y la nuclear, buscando no sólo la detección de la falla humana individual sino el proceso que condujo a este error y modificar integralmente el proceso y no sólo castigar al individuo; está también la propuesta de Australia de que en lugar de castigar al médico, se le obligue a tomar cursos de capacitación suficientes para elevar los conocimientos en el campo en donde presenta problemas y que eso sea avalado por alguna agrupación médica, el paciente afectado y una corte sanitaria.<sup>19</sup>

Todos los eventos adversos reportados en la falla del sistema, evidencian la problemática de inadecuada comunicación entre médicos, de ellos con su equipo de salud y entre los niveles de toma de decisiones con el personal operativo. Lo anterior obliga a revisar el funcionamiento de las áreas prioritarias para conservar la salud de la población.<sup>20</sup>

Por último, es muy importante contar con sistemas como éste que permiten comenzar a visualizar el problema del error médico desde la visión de quien lo comete; esto debe llevar a cambio de un paradigma del silencio a otro orientado a la discusión y aprendizaje del error para limitarlo en ese paciente y evitarlo en los demás.<sup>21</sup>

En el cuadro 5 se comparan los eventos adversos identificados, con las nueve soluciones propuestas por la Alianza Mundial, con el análisis de Causa Raíz de España y con los Indicadores de Seguridad del Paciente de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

**Cuadro 5. Eventos adversos identificados, de acuerdo a diversas clasificaciones**

Descripción del error	Soluciones AMPSP	Causas Raíz	Clasificación PSI AHRQ
Caída de camilla	No aplica	Factores Latente en la organización	No aplica
Perforación arterial por catéter	7 error en conexiones de catéteres	Factores Individuales	15 Pinchazo fortuito
Ligadura de ureteros	4 procedimiento correcto en sitio correcto	Factores Individuales	No aplica
Óbito por atención ineficiente	No aplica	Factores Trabajo en equipo	No aplica
Caída de recién nacido	No aplica	Factores Individuales	No aplica
Medicamento equivocado en hospital	1 medicamentos parecidos	Factores Individuales	No aplica
Medicamento y sangre equivocada	1 medicamentos parecidos	Factores Individuales	No aplica
Cirugía en lado equivocado	4 procedimiento correcto en sitio correcto	Factores Individuales	No aplica
Textiloma mamario	No aplica	Factores Trabajo en equipo	5 Cuerpo extraño durante el procedimiento
Perforación de órgano por laparoscopia	4 procedimiento correcto en sitio correcto	Factores Individuales	15 Pinchazo fortuito No aplica

La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) emitió los Indicadores de Seguridad del Paciente (Cuadro 7), cuyas principales características son:

- Pueden ser usados para ayudar a los hospitales a identificar los eventos adversos potenciales y pueden necesitar un estudio adicional.
- Suministran la oportunidad de medir el índice de los eventos adversos y complicaciones intrahospitalarias
- Usan datos administrativos encontrados en el típico registro de alta.



- d) Incluyen 20 indicadores para complicaciones que existen a nivel intrahospitalario que pueden representar los eventos de seguridad del paciente.
- e) Los seis indicadores también tienen análogos diseñados para detectar los eventos de seguridad del paciente sobre un nivel regional.
- f) Son gratuitos y públicamente disponibles, para bajarse de Internet.<sup>22, 23</sup>

Desde la publicación de *Errar es humano* en 1999, los responsables de los sistemas de salud han empezado a tomar conciencia de la importancia del enfoque de seguridad del paciente. Como parte de ello, el necesario cambio en la cultura hospitalaria del ocultamiento temeroso al reporte responsable; es una estrategia que poco a poco va tomando fuerza.<sup>13</sup> Para ello es importante hacer hincapié en todos los profesionales de la salud, además de generar programas educativos que incorporen en la formación de médicos y enfermeras y otros miembros del equipo de salud, los conceptos y habilidades que se requieren para evitar los eventos adversos y ofrecer una medicina más segura.<sup>24, 25</sup>

Nuestro Sistema de Reporte de Errores está mostrando sus primeros resultados, los cuales señalan la importancia de los errores de medicación, por lo cual los esfuerzos de investigación deberán enfocarse en ese sentido. Como herramienta, se hace evidente que puede rediseñarse, de manera que incorpore en forma tácita o explícita, alguna o varias de las clasificaciones anteriores, con el fin de lograr una alta compatibilidad con otros sistemas internacionales. ❧

## Referencias

1. Donabedian A. Los espacios de la salud. Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Secretaría de Salud-INSP-FCE; 1988.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academic Press; 2000.
3. Henley E. Malpractice crisis: causes of escalating insurance premiums, and implications for you. J Fam Pract. 2006; 55: 703-6.
4. Weingart SN, Ross McL, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. BMJ. 2000; 320: 774-7.
5. Grober ED, Bohnen JMA. Defining medical error. Can J Surg. 2005; 48: 39-44.
6. Aguirre-Gas H, Vázquez-Estupiñán F. El error médico: eventos adversos. Cir Ciruj. 2006; 74: 495-503.
7. Sánchez-González JM, Tena-Tamayo C, Campos-Castolo EM, Hernández-Gamboa LE, Rivera-Cisneros AE. Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización. Cir Ciruj. 2005; 73: 201-8.
8. Rosebloom M, Ramsdell B. An alternative strategy for studying adverse events in medical care. Lancet. 2004; 284: 29-34.
9. Leape L, Berwick DM. Five years after to err is human. What have we learned? JAMA. 2005; 293: 2384-90.
10. Leape L. Reporting of medical errors: time for a reality check. Quality Health Care. 2000; 9: 144-5.
11. Cotton P. Analysis of 59 ERCP lawsuits; mainly about indications. Gastrointest Endosc. 2006; 63: 378-82.
12. Milch CE, Salem DE, Pauker SG, Lundquist TG, Kumar S, Chen J. Reporte electrónico voluntario de errores médicos y eventos adversos: Un análisis de 92,547 reportes de 26 Hospitales de Agudos. J Gen Intern Med. 2006; 21: 165-70.
13. Stryer D, Clancy C. Patients, safety. Progress is elusive because culture in health care has not changed. BMJ. 2005; 330: 553-4.
14. Nora LM, Studwell S. Improving patient safety. What can detailed case analysis tell us? Neurology. 2005; 65: 1154-5.
15. Sage W. Malpractice liability, patient safety and the personification of medical injury; opportunities for academic medicine. Academic Medicine. 2006; 81: 823-6.
16. OMS. Soluciones por la Seguridad del Paciente. 2007, mayo; 1. Disponible en: URL: <http://www.jcipatientsafety.org/fpdf/ICPS/Patient-SolutionsSpanish.pdf>.
17. Ruíz-López P, González RSC, Alcalde-Escribano J. Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. Rev Calidad Asistencial. 2005; 20: 71-8.
18. Leape L. Errors are not diseases: they are symptoms of diseases. Laringosc. 2004; 114: 1320-1.
19. Gray N. Reforming the relationship between medicine and law of tort. J Law Med. 2004; 11: 324-30.
20. Tena Tamayo C, Sánchez-González JM. Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. Ginecol Obstet Méx. 2005; 73: 553-9.
21. Carrion LA, Castells BE, Alba CE, Ruiz CA. El razonamiento clínico como fuente de error. Med Clin. 2002; 118: 587-9.
22. Kelley E. De los Indicadores a la Acción. La Seguridad del Paciente en los EEUU y en la OCDE. Conferencia Internacional en Seguridad de Paciente. Madrid, España, 15 Noviembre 2006. Disponible en: URL: [http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/docs/archivos/edward\\_kelley.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/docs/archivos/edward_kelley.pdf).
23. AHRQ Quality Indicators – Patient Safety Indicators: Software Documentation, Version 2.1 - SAS. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2003. AHRQ Pub.03-R203.
24. Borrell CF, Páez RC, Suñol SR, Ortego VC, Gil TN, Martí NM. Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria. Aten Primaria. 2006; 38: 25-32.
25. Ceriani CJM. El error en medicina: reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión. Arch Argent Pediatr. 2001; 99: 522-9.

# Adultos mayores, calidad de vida y uso de medicina científica con prácticas alternas, México 2007\*

## ***Senior adults, quality of life and scientific medicine use with alternating practices***

LEO. Brenda América González-González<sup>1</sup>, Mtra. María Dolores Zarza-Arizmendi<sup>2</sup>, Mtra. Rosa Amarilis Zárate-Grajales<sup>3</sup>, Mtro. Rey Arturo Salcedo-Álvarez<sup>4</sup>, Mtra. Adela Alba-Leonel<sup>5</sup>, Lic. Severino Rubio-Domínguez<sup>6</sup>.

### Resumen

**Introducción.** En México, la combinación de medicina científica con prácticas alternas es frecuente; se desconocen los efectos de este entrecruzamiento. El nivel de calidad de vida pudiera ser una de las condicionantes que explique este fenómeno. Enfermería como corresponsable del cuidado de las personas debe conocer estas prácticas para realizar las acciones de promoción y educación para la salud que correspondan.

**Material y métodos.** Estudio transversal que incluyó una submuestra de 222 adultos mayores de San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, D. F. en donde se midió la calidad de vida y se correlacionó con el uso de medicina alópata y prácticas alternas.

**Resultados.** Se entrevistaron a 222 adultos mayores; de ellos 56.8% fueron del género femenino, la edad promedio fue 73.05 años; el nivel de calidad de vida por género es similar en ambos grupos. El 71% de los adultos mayores presentan al menos un proceso patológico; 28.8% utiliza algún tipo de prácticas alternas, incluso mezclan distintos tipos de prácticas; el nivel de calidad de vida medio alto es el que la practica con mayor frecuencia. El 35.5% de la población ingiere al menos un medicamento alopático, siendo los antihipertensivos, hipoglucemiantes y los antiinflamatorios los medicamentos más utilizados.

**Conclusiones.** Culturalmente las prácticas alternas tienen gran arraigo entre la población mexicana, independientemente de los niveles socioeconómico y de calidad de vida; habitualmente se utiliza la mezcla de prácticas alternas y medicina alópata, desconociéndose los efectos adversos que pudiesen surgir de esta combinación. El ejercicio de enfermería se centra en brindar cuidados y tratamientos científicamente comprobados; sin embargo, es importante considerar las costumbres y tradiciones de las personas a quienes se asiste, así como conocer los posibles efectos adversos derivados de las prácticas alternas. *Rev CONAMED. 2008; 13 (2): 23-29.*

**Palabras clave.** Calidad de vida, prácticas alternas, medicina alópata, adultos mayores.

\* Este trabajo fue financiado por la Universidad Nacional Autónoma de México mediante el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica. PAPIIT "Calidad interpersonal de la atención de enfermería y calidad de vida en los adultos mayores. México, 2006." (NI-302607).

<sup>1</sup> Lic. en Enfermería, Especialista en Salud Pública; <sup>2</sup> Secretaria General Académica, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO); <sup>3</sup> Jefa de la División de Estudios de Posgrado, ENEO; <sup>4</sup> Profesor de Carrera Asociado "B" de Tiempo Completo, Unidad de Investigación, ENEO; <sup>5</sup> Profesor Titular "C" Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México; <sup>6</sup> Director de la ENEO.

Correspondencia: M.S.P. Rey Arturo. Salcedo-Álvarez. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Antiguo Camino a Xochimilco y Viaducto Tlalpan, Col. San Lorenzo Huipulco C.P. 14370. Tlalpan, México, D.F. Tel. 55562332, Ext. 291 o 297. Correo electrónico: rasalced@hotmail.com.



## Abstract

*Introduction.* In Mexico, the combination of scientific medicine with alternative practices is frequent; the effects of this intersecting are unknown. The life quality level could be one of the conditions to explain this phenomenon. Nursing care as responsible for people care should know these practices to conduct promotion and health education as appropriate.

*Material and methods.* A cross-sectional study that included a subsample of 222 seniors from San Luis Tlaxiátemalco, Xochimilco, D. F. where the quality of life was measured and was correlated with the use of allopathic medicine and alternative practices.

*Results.* Two hundred and twenty two seniors where interviewed, 56.8% of them were female, the average age was 73.05 years; the level of quality life by sex is similar in both groups. The 71% of the seniors shown at least one pathology, the 28.8% used some alternative practices, even mix different types of practices; the average high level of quality life is that practices it more frequently. The 35.5% of the population takes at least one medication allopathic being antihypertensive, hypoglycemic and anti-inflammatory the most commonly used drugs.

*Conclusions.* Culturally alternate practices have great roots among the Mexican population regardless of socioeconomic levels and quality of life, usually used a mixture of allopathic medicine and alternative practices; unknown adverse effects that could arise from this combination. The nursing exercise focuses on providing care and treatment scientifically proved; however, it is important to consider the customs and traditions of those who attended, as well as any potential adverse effects of alternative practices.

*Key words.* Quality of life, alternate practices, allopathic medicine, senior adults.

## Introducción

El aumento en la esperanza de vida asociado a la prevalencia de enfermedades crónicas, está ocasionando que los adultos mayores (AM) vivan más años, con la presencia de enfermedades y/o discapacidad; incongruentemente, la mayoría de estos padecimientos son prevenibles o controlables.

Ante este panorama, es ineludible que el personal de enfermería se enfrente a la necesidad de aumentar sus conocimientos y habilidades, con el fin de colaborar en la solución a los problemas que se presentan en esta población. Los profesionales de enfermería tienen el compromiso de fomentar la salud, prevenir la enfermedad, restablecer la salud y aliviar el sufrimiento; por lo tanto está el respeto a la vida, a la dignidad y a los derechos del hombre.<sup>1</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la calidad de vida (CV) como la "Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".<sup>2</sup>

Existen pocos estudios que relacionen la CV con el tipo de "medicina" que utiliza la población y son menos los que describen los efectos de combinar los distintos tipos de "terapias". Por tradición, las familias utilizan en primera instancia las prácticas alternas y en caso de que la enfermedad no ceda acuden a la medicina alópata. Por lo que surge la

siguiente pregunta de investigación: ¿la selección del tipo de atención utilizado influirá en el nivel de CV de los AM?

Dentro de los tipos de "medicina" alternativa que se encuestó están los siguientes: homeopatía, acupuntura, herbolaria, masoterapia, reiki, magnetoterapia, aromaterapia, sonoterapia, curación del daño, suplementos dietéticos, cirugía psíquica, etc.

Ante esta pregunta, se buscó determinar la relación del uso de prácticas alternas con el nivel de CV de la población encuestada, además de conocer los tipos de prácticas alternas utilizados, e identificar las mezclas de tratamientos para tener un mayor conocimiento de este fenómeno.

La medicina científica es considerada en las sociedades modernas como la medicina de elección, ya que se sustenta en el conocimiento científico y su práctica está mayormente regulada; en general es costosa pero necesaria para el tratamiento de padecimientos presentes en los AM.

Las prácticas alternas son un conjunto de conocimientos y experiencias generadas en el seno de la comunidad, transmitidos generacionalmente, basados en un saber fundamentalmente empírico, que intenta ofrecer soluciones a las diversas manifestaciones de la enfermedad, buscando propiciar la salud.<sup>3</sup> Sin embargo, este tipo de "terapias" no suelen resultar tan económicas, ni tan inocuas como se cree; por el contrario, su uso suele retrasar la búsqueda de atención médica alópata, ocasionando que los pacientes se presenten a los servicios de salud con problemas agregados.

Culturalmente las prácticas alternas tienen gran arraigo entre la población mexicana independientemente del nivel socioeconómico. Se utiliza la mezcla de prácticas alternas y

medicina alópata, desconociéndose aun la prevalencia de este fenómeno y los efectos adversos que pudiesen surgir de su uso y de este entrecruzamiento.

Por las características de la profesión, enfermería ha estado en contacto con ambos tipos de ejercicios; gran cantidad de enfermeras parteras y parteras empíricas, tienen conocimientos sobre el uso de diversas plantas para tratar enfermedades y sobre diversos tratamientos para facilitar el parto, con buenos resultados.

Recientemente, algunas empresas farmacéuticas han iniciado la venta de productos naturales, "científicamente aprobados", al igual que otros prestadores ofertan tratamientos como acupuntura, magnetoterapia, quiropráctica, etc. entre otros, a veces a muy alto costo y en muchos casos, los usuarios son objeto de abusos por parte de charlatanes.

## Material y métodos

El presente trabajo se realizó a través de un estudio observacional, descriptivo y transversal. La población que se analiza corresponde a una submuestra del total de participantes del estudio "Calidad Interpersonal de la atención de enfermería y calidad de vida en los adultos mayores. México 2006," financiado por el Programa de Apoyo para la Investigación e Innovación Tecnológica de la Universidad Nacional Autónoma de México. Se seleccionó a la población de AM del Centro Universitario de Enfermería Comunitaria en San Luis Tlaxialtemalco (SLT), Xochimilco D. F.; el tamaño total de la submuestra fue de 222 AM, mismos que se obtuvieron por medio de un muestreo aleatorio simple estratificado por conglomerados. Para este estudio se consideró como AM a las personas con 65 años de edad o más.<sup>4</sup>

El instrumento para la realización de este trabajo fue la: "Encuesta sobre la percepción de la calidad interpersonal de enfermería y el nivel de calidad de vida de los adultos mayores. México, 2006". A cada uno de los encuestados se les solicitó su consentimiento verbal para aplicar la encuesta.

Para medir la CV<sup>5</sup> se tomó como base la Encuesta SF-36 y la escala Karnofsky, complementando la encuesta antes mencionada, que permitió estimar con certeza la CV que tiene este grupo de población. En este instrumento se incluyó la escala de "Cuantificación para el nivel de la calidad de vida de los adultos mayores, México, 2006". En ella se evaluaron los siguientes aspectos: vivienda, situación de salud, estado funcional, estado emocional, integración social y familiar, autopercepción del estado de salud, satisfacción con logros e ingreso.

La categorización de la CV de la población se asignó con base a la puntuación determinada según las respuestas dadas a los apartados anteriores (Cuadro 1).

**Cuadro 1. Categoría de nivel de calidad de vida**

Nº	Rango	Categoría de calidad de vida
1	00 – 40	Baja
2	41 – 50	Media baja
3	51 – 60	Media
4	61 – 80	Media alta
5	81 - 100	Alta

Para el logro de los objetivos se utilizaron las variables del apartado "situación de salud"; para conocer el estado de salud que tienen los AM, se exploró la prevalencia de enfermedades crónicas, infecciosas, neoplásicas, mentales, discapacidad, dolor crónico y otros padecimientos; también se preguntó sobre los medicamentos que utilizan. Con las respuestas se pudo conocer los principales padecimientos que afectan a la población y a su vez conocer los "tratamientos" que utilizan. Se preguntó además sobre el uso y tipo de prácticas alternas durante el último año, el uso simultáneo de "tratamientos alternos" y alopáticos para posteriormente buscar la relación entre el nivel de CV y la preferencia de tratamientos.

## Resultados

### Calidad de vida

De los 222 AM encuestados, 56.8% de la población correspondió al género femenino y 43.2% al masculino. La edad de las personas entrevistadas fue desde los 65 hasta los 100 años, el promedio fue de 73.05 años y la desviación estándar de 7.64 años; la mayor frecuencia se ubicó en el grupo de 65 a 79 años acumulando este intervalo a 80.6% de la población estudiada.

Con relación al nivel de CV entre hombres y mujeres, es similar; la CV que prevalece es la media alta, acumulando el 66.7%, en la media llega hasta 14.86%. La prevalencia del nivel alto manifiesta mayor relevancia sólo con respecto al nivel medio bajo y bajo de la muestra, la diferencia entre géneros va desde 1% hasta 6% dentro de las categorías (Cuadro 2).

**Cuadro 2. Distribución poblacional por nivel de calidad de vida y sexo**

Nivel de calidad de vida	Femenino		Masculino		Total	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Baja	0	0.0	1	0.5	1	0.4
Media baja	9	4.1	6	2.7	15	6.8
Media	21	9.5	12	5.4	33	14.9
Media alta	85	38.3	63	28.4	148	66.7
Alta	11	5.0	14	6.3	25	11.3
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>56.8</b>	<b>96</b>	<b>43.2</b>	<b>222</b>	<b>100</b>



De la categoría de nivel de CV medio alto resalta el rubro de edad de 65 a 69 años con 31.1% de la población total, presentando 26.2% las edades que abarcan desde los 70 a los 79 años; dentro del nivel de CV alto el grupo de edad con mayor población es el de 65 a 69 años con 4.1% (Fig. 1).

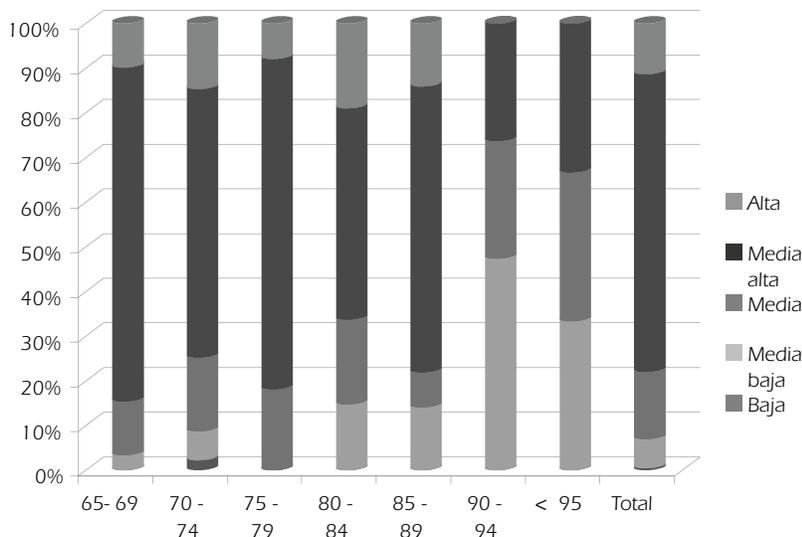


Figura 1. Distribución del nivel de calidad de vida y grupos de edad

#### Procesos patológicos presentes en la población

El 71% de la población total presenta al menos un proceso patológico; el nivel de CV medio alto tiene 66% de personas enfermas de las cuales 34% tienen una enfermedad conocida, 20% dos enfermedades, 9% tres enfermedades; el número de enfermedades identificadas en una sola persona es hasta de seis.

Los procesos patológicos encontrados en esta población se han agrupado en los siguientes: crónico-degenerativos, infecciones, neoplasias, salud mental, discapacidad, dolor, accidentes, caídas y otros padecimientos; sobresalen los padecimientos crónico-degenerativos en 43%, dentro de los cuales la hipertensión arterial abarca 15.3%, la diabetes mellitus 14% y la combinación de ambas con 11.7%.

Las personas que viven con algún tipo de discapacidad es el 21%; la ceguera está en primer sitio (7.2%), seguida de sordera (6.8%) y parálisis (5%); la combinación ceguera/sordera fue de 2.3%. siendo más afectado el género femenino ya que 55.3% presentan algún tipo de discapacidad.

El 21% ha sufrido algún tipo de accidente, siendo el más frecuente las caídas 17%; 20% de los AM vive con algún tipo de dolor crónico. Dentro del rubro de "Otros" se engloban procesos patológicos como artritis, cataratas, colesterol elevado, constipación, embolia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, escoliosis, gastritis, gota, gripe, hemorroides, inflamación de la próstata y dolores articulares, entre otros (Cuadro 3).

**Cuadro 3. Relación de las patologías (PT) encontradas con el nivel de calidad de vida (NCV)**

PT/NCV	Baja		Media baja		Media		Media alta		Alta		Total	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Crónico	1	1.1	7	7.4	20	21.1	61	64.2	6	6.3	95	100
Infecciones			3	27.3	4	36.4	4	36.4			11	100
Dolor			8	17.8	9	20.0	26	57.8	2	4.4	45	100
Discapacidad	1	2.2	7	15.6	7	15.6	30	66.7			45	100
Salud mental	1	5.3	3	15.8	5	26.3	9	47.4	1	5.3	19	100
Accidentes	1	2.2	10	21.7	8	17.4	24	52.2	3	6.5	46	100
Otros			2	5.6	11	30.6	18	50.0	5	13.9	36	100

### Prácticas alternas

El 28.8% de la muestra menciona que utiliza algún tipo de prácticas alternas utilizándolas con mayor frecuencia por el género femenino (59.4%); en relación al nivel de CV se sobrepone el medio alto en 73%, en menor frecuencia el nivel medio bajo con 5.3% (Cuadro 4).

**Cuadro 4. Frecuencia de uso de prácticas alternas**

Uso de prácticas alternas	Femenino		Masculino		Total	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Si	38	30.16	26	27.08	64	28.83
No	88	69.84	68	70.83	156	70.27
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>56.76</b>	<b>94</b>	<b>42.73</b>	<b>220</b>	<b>99.10</b>

2 masculinos no contestaron.

Se encontraron distintas mezclas entre ellas: herbolaria-masoterapia; homeopatía-herbolaria; masoterapia-homeopatía-herbolaria; magnetoterapia-acupuntura-masoterapia.

Con relación al nivel de CV, el que utiliza con mayor frecuencia estos "tratamientos" es el nivel medio alto utilizando en 50% la herbolaria, en 6% la mezcla de herbolaria/masoterapia; y la masoterapia en 5%; el nivel alto de CV continúa utilizando la herbolaria como primera opción, combinándola con homeopatía; el nivel bajo no utiliza ningún tipo de prácticas alternas (Fig. 2).

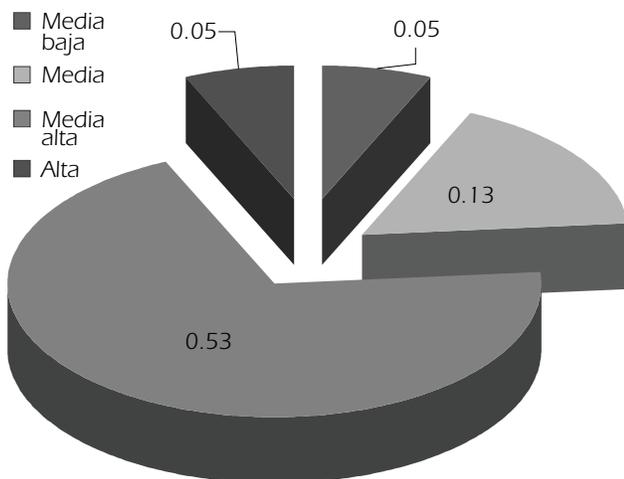


Figura 2. Uso de herbolaria en los distintos niveles de calidad de vida

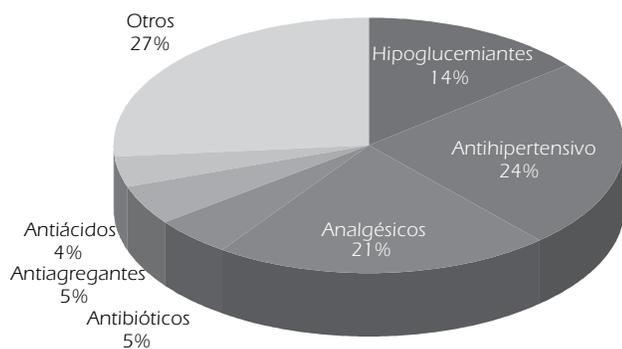


Figura 3. Tipos de medicamentos usados principalmente por adultos mayores

### Medicina alópata

El 35.5% de la población estudiada ingiere al menos un medicamento, 32% ingiere dos medicamentos, y la polifarmacia se presenta en 9% de la población.

Los medicamentos utilizados principalmente son: antihipertensivos, hipoglucemiantes, antiinflamatorios no esteroideos, antiagregantes plaquetarios, antibióticos y antiácidos; otros como antiepilépticos, antidepresivos y multivitamínicos (Fig. 3).

De la población que utiliza algún medicamento 68% son mujeres, resaltando para ambos géneros el nivel de CV medio alto con 59.5%, la media presenta 24%; el nivel medio bajo es el que menos ingiere medicamentos con 63%.

De los AM que presentan algún padecimiento crónico, los que utilizan prácticas alternas son el 28%, de los cuales 70% utilizan herbolaria, 19% mezclas de herbolaria con otros tipos de prácticas alternas; 11% no utilizan estos tratamientos; de estos mismos 30% utilizan algún tipo de antihipertensivo, 19% hipoglucemiantes, 7% analgésicos, 22% otro tipo de medicamentos y 22% no contestaron si utilizan algún medicamento.

De los 45 AM que presentan dolor de tipo crónico 31% utilizan herbolaria, quienes a la vez mencionan que utilizan 21% antihipertensivos, 14% hipoglucemiantes, 7% analgésicos, 29% otro tipo de medicamento y 29% ningún medicamento.

El 13% de la población encuestada afirma utilizar siempre las prácticas alternas, 28% casi siempre, 16% la utiliza la mitad de las veces, solo 19% menciona que nunca la utiliza (Fig. 4).

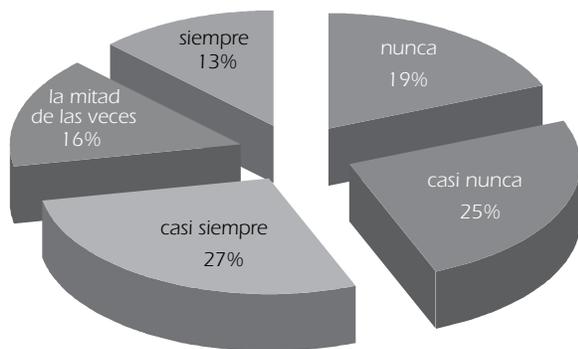


Figura 4. Combinación de medicina alópata con prácticas alternas

#### Uso de ambos "tratamientos"

De los AM estudiados, 22 (10.0%) aceptó haber utilizado de manera simultánea medicina alópata y prácticas alternas, siendo los pobladores con nivel de CV medio alto el de mayor predominio con 68.2% (Cuadro 5).

**Cuadro 5. Uso simultáneo de ambos "tratamientos"**

Calidad de vida	Acepta el uso simultáneo de medicina alópata con prácticas alternas	
	N°.	%
Baja	0	0.0
Media baja	2	9.0
Media	4	18.0
Media alta	15	68.2
Alta	1	4.5
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Como se puede observar se está realizando la mezcla de antihipertensivos e hipoglucemiantes, con herbolaria y masoterapia principalmente. Siendo las mujeres quienes presentan mayor número de padecimientos, son ellas quienes requieren mayor cantidad de medicamentos para tener una mejor CV.

## Discusión

Algunos organismos internacionales como la OMS, la Oficina Sanitaria Panamericana y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia recomiendan aprender de los "médicos tradicionales"; actualmente médicos tradicionales y modernos comparten experiencias, conocimientos, mejoran sus técnicas, corrigen sus errores y comparten el trabajo.<sup>3</sup> Sin

embargo, el uso no supervisado de estas prácticas puede causar problemas irreversibles en la salud de los AM; por consiguiente, es muy recomendable que todas las prácticas alternas sean sujetas a regulación y supervisión estricta por parte de las autoridades sanitarias.

El uso las prácticas alternas es una tradición en la población mexicana, independientemente de los niveles socioeconómico y de CV; habitualmente, se utiliza la mezcla de prácticas alternas y alópata, desconociéndose los efectos adversos que pudiesen surgir de esta combinación.

Se cree que la población utiliza en primera instancia las prácticas alternas para el alivio de sus malestares, influido por la cultura de la que forma parte o por los costos de los medicamentos y consultas; en la muestra se observa que es considerable la población que utiliza este tipo de tratamiento.

Los resultados de este trabajo confirman lo publicado por FUNSALUD: "Cuando la población usuaria pertenece a alguna unidad de salud ubicada en una delegación, cuyas características de la población son semirurales como Xochimilco, Tlahuac o Milpa Alta, tiende a demandar más este tipo de servicios.<sup>6</sup> Aunque no es exclusivo el empleo de medicina alternativa en estas zonas, siguen presentes prácticas médicas alternativas sobre todo de herbolaria y medicina tradicional, pero no por eso dejan de acudir a los servicios de salud".

Entre las prácticas alternas que utiliza la población, se encuentran diversas modalidades, mezclando conocimientos autóctonos con los extraídos de otras culturas.

La relación encontrada con el uso de prácticas alternas y el nivel de CV medio alto es en relación al costo de los tratamientos, puesto que se supone que son más accesibles, pero esto varía dependiendo del lugar de adquisición.

La salud es considerada como la capacidad de adaptación de los sujetos al medio ambiente y a los sucesivos cambios que éste experimenta y que puede amenazar su bienestar;<sup>7</sup> se habla de un individuo con control sobre sus hábitos de vida-salud, donde enfermería interviene apoyando a los individuos a conocer, continuar y mejorar estas capacidades.

La ciencia y arte de enfermería convergen en brindar cuidados y tratamientos científicamente comprobados, sin olvidar las tradiciones de las personas que cuida; conforme se incrementa la edad, disminuye el nivel de CV; la asociación entre CV y estado de salud se ve influido con el grado de independencia, donde las intervenciones de enfermería pasan de la prevención al alivio del sufrimiento.

Según la OMS, se define polifarmacia como el consumo de más de tres medicamentos simultáneamente. Los pacientes mayores de 65 años utilizan una media entre dos y seis medicamentos prescritos, además de entre uno y tres no prescritos, con 23% de medicamentos innecesarios o inefectivos, lo cual produce 4% de accidentes significativos y origina 1% de accidentes mortales.<sup>7</sup>

Al estudiar la población de adultos mayores en SLT y la cantidad de fármacos que consumen, se observa que coincide perfectamente con el punto anterior; es importante conocer además el uso de medicina alternativa, ya sea en combinación con algún fármaco o de uso exclusivo.

Enfermería debe tener los conocimientos suficientes y actualizados para poder satisfacer las necesidades de una población informada, con mayor nivel educativo, por consiguiente que reclama una atención adecuada y de calidad; por lo tanto debe de interesarse por éste y otros temas que se engloban dentro de la diversidad cultural existente en México.

La regulación sanitaria tiene sustento jurídico en la Ley General de Salud, ya que está establecido en su artículo 45 que "corresponde a la Secretaría de Salud vigilar y controlar la creación y funcionamiento de todo tipo de establecimientos de servicios de salud".<sup>8</sup> Sin embargo, algunos establecimientos que ofertan prácticas alternas, no están registrados como prestadores de servicios de salud, por lo que no son susceptibles de registrarse por esta ley, aunque en su publicidad engañosa oferten "salud"

"El Gobierno tiene la responsabilidad de garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos que se comercializan en el país y de establecer normas para reglamentar no solamente la comercialización, sino también la utilización en pro de la defensa de la salud de los consumidores".<sup>9</sup> Sin embargo, la regulación de las prácticas alternas requiere de atención inmediata, debido al aumento de negocios que ofrecen este tipo de servicios.

"Las prácticas alternas pueden ser más económicas que la medicina de patente y por lo tanto podría ser más accesible para la mayoría de la gente. Si es practicada con honestidad, y bajo un esquema de regulación adecuado ge-

neraría grandes beneficios para la salud a los usuarios de los servicios médicos del D.F. Además, generaría confianza del paciente al saber que está utilizando un producto que no le va a causar daño y de saber que es un medicamento que puede conseguirse a un precio accesible".<sup>9</sup> Desafortunadamente, en México la regulación de estas prácticas es escasa y los fraudes a los usuarios de estas prácticas son frecuentes. 

## Referencias

- 1 García-González M. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. México: Progreso; 1997.
- 2 Pineault R, Daveluy C. Conceptos, métodos, estrategias. En: La planificación sanitaria. Barcelona: Masson; 1995. p. 1-41.
- 3 Lara R. Medicina y cultura. 2da. ed. México: Manual Moderno; 2005. p. 87-115.
- 4 Novelo de López HI. Situación Epidemiológica y Demográfica del Adulto Mayor en la Última Década. RESPYN [online]. Ene-Mar 2008;9(1). Disponible en: (último acceso 20 de marzo de 2008); URL: [http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/especiales/ee-5-2003/ponencias\\_precongreso/01-precongreso.htm](http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/especiales/ee-5-2003/ponencias_precongreso/01-precongreso.htm).
- 5 Salcedo-Álvarez RA, Zárate-Grajales RA, Zarza-Arizmendi MD, Rubio-Domínguez S, Fajardo-Ortiz G. La calidad de vida de los adultos mayores y su percepción en la calidad de la atención de enfermería. *Revista Enfermería Universitaria*. 2007; 4: 7-9.
- 6 Nigenda G, Mora G, Ruíz JA, Céspedes J. Modelos alternativos de atención a la salud: utilización y disponibilidad en la Ciudad de México. Informe final. Disponible en: (Acceso 25-03-2008); URL: <http://www.funsa-lud.org.mx/CASEsalud/sintesis,%20etc/Medicina%20alternativa.pdf>.
- 7 García Martínez A. Las personas mayores desde la perspectiva educativa para la salud. Murcia: Universidad Murcia; 2002, p. 123-34.
- 8 Poder Ejecutivo Federal. Ley General de Salud. México: Porrúa; 1989. Artículo 45.
- 9 Enríquez-Rubio E, Frati-Munari AC, González-Pier E (coords.). Hacia una política farmacéutica integral para México. COFEPRIS, México; 2005. Disponible en: (Acceso 9-03-2008) URL: [http://www.cofepris.gob.mx/pyp/farmacopolitica/Politica\\_Farmacutica.pdf](http://www.cofepris.gob.mx/pyp/farmacopolitica/Politica_Farmacutica.pdf), 9 de marzo de 2008. ISBN 970-721-274-8.

# La queja médica: elemento para el fortalecimiento de la seguridad de los pacientes

## *The medical complaint: element for strengthening patient safety*

Dr. Francisco Hernández-Torres<sup>1</sup>, Dr. Javier Santacruz-Varela<sup>2</sup>, Dr. Enrique Gómez-Bernal<sup>3</sup>,  
TESP. María Teresa Aguilar-Romero<sup>4</sup>, Dr. Germán Fajardo-Dolci<sup>5</sup>

### Resumen

La década de 1990-99, fue un periodo en el que se consolidaron políticas internacionales y nacionales de la calidad de los servicios de salud y se generó una corriente favorable sobre seguridad del paciente; en ese escenario surge la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), para contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios, y mejorar la calidad de los mismos.

A casi doce años de funcionamiento, se revisa un marco referencial que sustenta la estructura funcional de la CONAMED y se recopilan algunos conceptos fundamentales sobre seguridad de los pacientes, de manera que la queja médica se ubica en interacción con tres modelos: a) de Arbitraje Médico, con sus ventajas como alternativa extrajudicial y un resumen de productividad de 1996 a 2006; b) de Calidad de Atención a la Salud con sus elementos de estructura, proceso y resultado, y c) de Análisis Epidemiológico, de manera que la queja sea utilizada como un insumo básico que aporte al conocimiento de los eventos adversos y coadyuve a la emisión de recomendaciones y estrategias dirigidas a mejorar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes. *Rev CONAMED. 2008; 13 (2): 30-38.*

*Palabras clave.* Queja médica, seguridad del paciente, calidad de la atención a la salud.

### Abstract

The decade of 1990-99, was a period in which national and international policies for quality healthcare and patient safety were consolidated; in that setting, the National Commission of Medical Arbitration (CONAMED) arose to help resolve conflicts stirred up between users of medical services and healthcare providers and to improve the quality.

To almost twelve years of operation, we review a referential framework that supports the functional structure of the CONAMED and some fundamental concepts about patient safety were compiled, so that the medical complaint is located in interaction with three models: a) Medical Arbitration, with its advantages and a summary of productivity from 1996 to 2006; b) Quality Healthcare with Its elements of structure, process and outcome, and c) Epidemiological Analysis, so that the complaint be a basic input for knowledge of the adverse events and contribute to the issuance of recommendations and strategies to help improve quality healthcare and patient safety.

*Key words.* Medical complaint, patient safety, quality health care.

<sup>1</sup> Director General de Calidad e Informática de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. <sup>2</sup> Director de Calidad de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. <sup>3</sup> Subdirector de Calidad de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. <sup>4</sup> Subdirectora de Estadística de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. <sup>5</sup> Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

Correspondencia: Dr. Francisco Hernández-Torres. Mitla 250 esquina Eje 5 Sur Eugenia, Col. Vértiz Narvarte. Deleg. Benito Juárez. CP 03020. México D.F., México. Teléfono: (55) 54207038. Correo electrónico: fhernandez@conamed.gob.mx.

## I. Introducción

En el decenio de 1990-99, se inicia en el sistema de salud mexicano, una etapa de consolidación de políticas y cambios estructurales relacionados con la calidad, motivada por los esfuerzos permanentes del Estado en garantizar el derecho a la salud.

En particular, dentro de la Secretaría de Salud, en esa época se destaca:

- La reorganización del Consejo Nacional de Salud con la participación de los titulares federal y estatales de los servicios de salud para orientar, dirigir y evaluar las políticas sanitarias, especialmente las dirigidas a la población sin seguridad social; dicho cuerpo colegiado, retoma entre otras líneas iniciales de trabajo, el tema de la calidad de la atención médica.
- El esfuerzo del Consejo de Salubridad General dirigido a la certificación de hospitales.
- La creación en 1997, de la Dirección de Calidad de la Atención Médica en el seno de la entonces Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud como un área específica para impulsar la calidad en los servicios estatales.

En el ámbito sectorial, el Instituto Mexicano del Seguro Social desarrolló su Plan Integral de Calidad (PIC) y el Premio IMSS de Calidad.<sup>1</sup>

El Plan Nacional de Desarrollo de esa época, hacía referencia a la necesidad de “mejorar la calidad de los servicios mediante la reestructuración de las instituciones, y ampliar la cobertura de los servicios, fortaleciendo su coordinación e impulsando su federalización. Un aspecto central del nuevo sistema de salud radicará en estimular la vocación de servicio de quienes tienen a su cuidado la salud de millones de mexicanos”; también señalaba la importancia de “reformar nuestro sistema de salud con el propósito de mejorar el nivel de salud de la población, distribuir equitativamente los beneficios y la carga de los servicios, satisfacer a los usuarios y a los prestadores de servicios, y evitar dispendios”.<sup>2</sup>

En el contexto internacional se desarrollan investigaciones sobre eventos adversos en varios países desarrollados, cuyos resultados permiten apreciar su magnitud y sirven de fundamento para sustentar acciones a favor de la seguridad del paciente.

Al final de esa década se planteaban aspectos tales como:

- La aceptación de los errores cometidos por los profesionales de salud, contrastaba con la incapacidad para tratarlos abiertamente por temor a los litigios y usarlos en beneficio del aprendizaje y la seguridad del paciente.
- La necesidad de enfocar los esfuerzos no sólo en mantener altos estándares de desempeño de los profesionales de salud, sino en mejorar la organización de los sistemas y el medioambiente en los servicios de salud.
- El llamado para que los gobiernos apoyaran, política

y financieramente, las mejoras en la seguridad del paciente como el elemento más importante de la calidad de la atención.<sup>3</sup>

- El crecimiento acelerado de la medicina defensiva evidenciado por diversos estudios.<sup>4</sup>
- La necesidad de una actitud ética y crítica de los profesionales de salud, para reconocer, registrar, analizar y prevenir los errores.<sup>5</sup>

Es en este escenario que surge La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en junio de 1996, como organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud de México para contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios con mecanismos que, sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales en la solución de conflictos, contribuyan a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos, garantizando a los usuarios y prestadores de servicios médicos, la imparcialidad en el análisis, dictamen y resolución en las controversias.<sup>2</sup>

Los cambios estructurales iniciados en la década anterior se fortalecieron en la década del 2000 con la creación de la Subsecretaría de Innovación y Calidad y más recientemente, con la conformación del Comité Nacional por la Calidad en Salud. Asimismo, se han efectuado reformas a la Ley General de Salud para mejorar la calidad y la equidad en la prestación de servicios mediante el Sistema de Protección Social en Salud, el cual incluye la acreditación de unidades médicas y se ha fortalecido la certificación de los establecimientos de salud por el Consejo de Salubridad General.

En materia de atención de controversias en salud se ha extendido la creación de comisiones estatales de arbitraje médico, que ha permitido crear el Consejo Mexicano de Arbitraje Médico y la operación homologada y desconcentrada de un modelo nacional de arbitraje médico.

La materia prima del proceso de arbitraje en la CONAMED es la queja médica, que se define como: “la petición a través de la cual una persona física por su propio interés o en defensa del derecho de un tercero, solicita la intervención de la CONAMED en razón de impugnar la negativa de servicio médico o la irregularidad en su prestación”.<sup>6</sup>

De acuerdo con el citado concepto, el origen de las quejas médicas se ubica en la controversia que se suscita entre los usuarios y los prestadores, en el contexto de los servicios de salud, por lo que el marco referencial para analizar la queja médica se puede integrar por tres modelos: a) un Modelo de Arbitraje Médico; b) un Modelo de Calidad de la Atención a la Salud y c) un Modelo Epidemiológico.

Después de casi doce años de desempeño, es oportuno reflexionar acerca del marco conceptual y metodológico en el que se sustenta el actual funcionamiento de la



CONAMED, y el papel que desempeña la queja médica en la mejora continua de los servicios de salud.

El análisis de la queja médica desde los enfoques que plantean los tres modelos citados, puede generar información fundamental para orientar las acciones de calidad de atención y de seguridad de los pacientes, así como para contrarrestar la tendencia profesional hacia la medicina defensiva, cuyas consecuencias influyen negativamente en la relación médico-paciente y los costos de la atención en salud.

El propósito del presente artículo es difundir los fundamentos conceptuales y metodológicos que sustentan la estructura funcional de la CONAMED y destacar el papel de la queja médica, cuyo análisis y resultados pueden ser usados para mejorar la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente, así como para sensibilizar a los tomadores de decisión y al personal de salud a enfocar los servicios hacia la satisfacción del usuario.

## II. Modelo de arbitraje médico: experiencia de una década

A partir de que se genera una controversia entre un proveedor de servicios de salud y el usuario, en general existen dos opciones para que este último interponga una queja: por una parte la vía judicial o penal a través de instancias encargadas de impartir justicia como los ministerios públicos y las procuradurías de justicia; por la otra, la vía extrajudicial o alterna mediante órganos internos de control en el sector público, comisiones de derechos humanos y comisiones del sector salud especializadas en arbitraje médico como la CONAMED y sus homólogas en las entidades federativas.

Para que la CONAMED o las comisiones estatales de arbitraje médico puedan intervenir para dirimir estas controversias, se deben cumplir tres requisitos:

- a) La aceptación expresa de las partes involucradas.
- b) Que el caso no esté sometido a un proceso judicial.
- c) Que el quejoso no tenga como única pretensión, la sanción penal del médico.

Con base en el derecho y de acuerdo con las atribuciones conferidas en su decreto de creación, la CONAMED ha desarrollado un proceso arbitral que incluye las figuras jurídicas de conciliación y arbitraje para el arreglo de las controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos.

Dado que muchos pacientes desconocen tanto sus obligaciones como sus derechos, se ha configurado una primera etapa de atención en el proceso arbitral denominada orientación y gestión, en la que un equipo interdisciplinario orienta y asesora a los usuarios que solicitan atención. Muchos usuarios resuelven su solicitud de atención en esta etapa a través de orientación, gestión inmediata

ante el proveedor mediante asesoría especializada, de manera similar a como ocurre en un sistema de atención médica. Una proporción menor continúa su atención en las etapas de conciliación y arbitraje antes citadas.

El modelo de atención desarrollado por la CONAMED permite el análisis individualizado de las controversias basado en la opinión de expertos y sus servicios se organizan en tres niveles o etapas de atención. En el periodo de Junio de 1996 a Diciembre de 2006 este modelo permitió atender un total de 164,111 asuntos que ingresaron a la Comisión. A continuación se describe la capacidad resolutoria de sus tres niveles o etapas.

*Primer nivel de atención: Orientación y Gestión.* Se atendieron 143,752 asuntos mediante prácticas de orientación, gestión inmediata y asesoría especializada, lo que corresponde a 87.6% del total de asuntos recibidos. Es notable la semejanza con la proporción de casos que se atienden en el primer nivel del modelo de atención médica.

*Segundo nivel de atención: Conciliación.* En este nivel se atendieron mediante prácticas de conciliación 15,847 asuntos referidos por el Área de Orientación y Gestión calificados como quejas, lo que corresponde a 9.7% del total de asuntos recibidos en la CONAMED. Los resultados del total de casos atendidos en este nivel son diversos y se describen enseguida: en 50.4% las partes conciliaron; en 32.9% no hubo conciliación; 11.1% no concluyó el proceso conciliatorio por falta de interés de alguna de las partes, 3.2% no fueron resolubles, 0.2% se remitió a los Estados y 2.2% aceptaron pasar al tercer nivel de atención (arbitraje).

*Tercer nivel de atención: arbitraje y peritaje Institucional.* Este nivel desarrolla dos procedimientos para atender asuntos que proceden de dos fuentes diferentes: el arbitraje para atender quejas no resueltas en la etapa de conciliación y el dictamen médico pericial para atender solicitudes de los órganos de procuración de justicia. Durante el periodo citado se realizaron 347 procesos de arbitraje que concluyeron en laudo y se atendieron 4,512 solicitudes de dictamen médico pericial, que juntos suman 4,859 casos y representan el 3.0% del total de asuntos atendidos mediante este modelo de atención, el cual se representa gráficamente en la figura 1.

Como se ha mencionado, este modelo de funcionamiento, guarda cierta semejanza con el modelo de atención en los servicios de salud; en la figura 2 se presenta un esquema que relaciona la atención escalonada de las controversias médicas en la CONAMED y la frecuencia de casos atendidos por nivel de atención en el periodo de referencia.

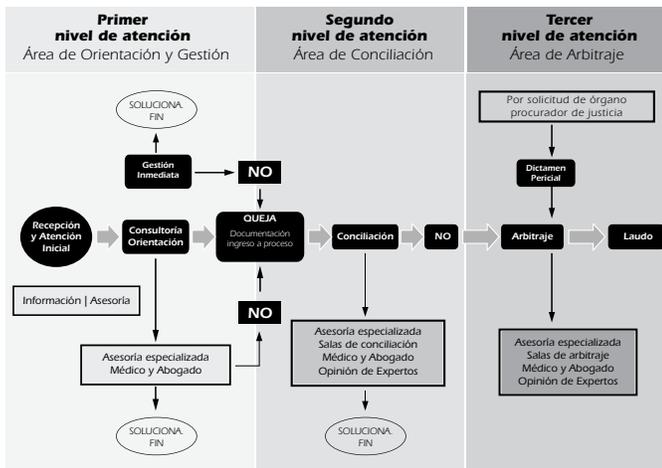


Figura 1. Modelo funcional del arbitraje médico por niveles de atención

Este modelo de atención ofrece beneficios a los usuarios y a los prestadores de servicios en comparación con el modelo de atención judicial, ya que garantiza que las quejas son atendidas por una institución del sector salud que cuenta con profesionales especializados en el tema, con imparcialidad y confidencialidad, en un ambiente amigable y en menor tiempo que el proceso penal.

Se debe destacar que el modelo trata de responder a las diversas y complejas reacciones y expectativas de un paciente disconforme no sólo con la secuencia de eventos de atención percibidos como errores, sino también con la relación interpersonal y el contexto donde fue atendido. De manera general los usuarios del modelo de arbitraje se pueden agrupar en tres categorías de complejidad creciente:

- a) Pacientes no satisfechos con la atención
- b) Pacientes no satisfechos con la atención y además perciben haber recibido maltrato
- c) Pacientes que perciben haber sufrido algún daño como consecuencia de su atención

En el primer nivel o etapa de atención del modelo de arbitraje se resuelve la mayoría de quejas que presentan los pacientes de la primera y segunda categorías, en tanto que en el segundo y tercer nivel se atiende el resto. De ese modo el modelo responde al amplio espectro de expectativas de los usuarios, se obtiene información valiosa para la formulación de recomendaciones para mejorar la atención médica y el aprendizaje, se concluye el proceso de atención para los pacientes disconformes de los servicios recibidos, se protege a los usuarios y se reduce el uso del modelo de atención judicial.

Para efectos de la mejora de la atención médica y el aprendizaje de los profesionales de salud, este modelo tiene la ventaja de generar información sobre la evidencia de



Fuente: SAQMED, Dirección General de Calidad e Informática. CONAMED.

Figura 2. Niveles de atención en CONAMED y frecuencia de casos, 1996-2006.

mala práctica y la gravedad del daño causado. Si sólo se correlacionan estas dos variables con el tipo de proveedor, sin duda los resultados pueden guiar la aplicación inmediata de medidas preventivas e investigaciones para mejorar la seguridad del paciente.

### III. Conceptos relacionados con la queja médica

Conviene ahora revisar algunas definiciones y conceptos relacionados con el tema de la queja médica y seguridad de los pacientes, de manera que, ante la incipiente clasificación internacional para la seguridad del paciente,<sup>7</sup> contribuyan a delimitar el objeto de estudio, faciliten el intercambio de propuestas que favorezcan la estandarización, evaluación y mejora de procesos relacionados con la calidad y seguridad en salud<sup>8,9</sup> (Fig. 3).



Adaptado de Aranz y Joint Commission, 2008

Figura 3. Marco conceptual de seguridad del paciente y queja médica



*Calidad:* grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.

*Seguridad del paciente:* ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria.

*Daño:* alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella.

*Daño relacionado con la atención sanitaria:* daño que se deriva de los planes o acciones de un profesional sanitario durante la prestación de asistencia sanitaria o que se asocia a ellos, y no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

*Incidente relacionado con la seguridad del paciente:* evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

*Error:* no realización de una acción prevista tal y como se pretendía, o aplicación de un plan incorrecto.

*Riesgo:* probabilidad de que se produzca un *incidente*.

*Evento adverso:* *incidente* que produce *daño* al paciente.

*Prevenible:* aceptado generalmente como algo evitable en las circunstancias particulares del caso.

De acuerdo con la propuesta por la Joint Commission en 2005,<sup>10</sup> se proponen cinco clasificaciones primarias:

1. *Impacto.* Se refiere a los resultados o efectos de los errores médicos y fallas sistémicas, entendidas como daño al paciente. Se divide en:
  - a) Impacto médico, que a su vez, distingue el impacto físico del psicológico, y se valora el grado de daño, desde que no hubo daño, pasando por daños (temporales o permanentes) leves, moderados o severos, hasta profundos daños mentales y la muerte del paciente.
  - b) No médico, incluye los aspectos legales, sociales y económicos.
2. *Tipo.* Los procesos relacionados con la falla, que se agrupan en: problemas de: comunicación (incluye información y documentación), manejo del paciente (delegación de responsabilidades, seguimiento, referencias o interconsultas y uso de recursos) y desempeño clínico (fallas diagnósticas, terapéuticas, y de pronóstico que incluyen complicaciones, inoportunidad, omisiones, procedimientos contraindicados, etc.).
3. *Dominio.* El perfil de las personas involucradas tanto pacientes como profesionales de salud, tipo de establecimiento de salud, y objetivo de la atención de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, prevención, cuidados paliativos, investigación, estética, otros).

4. *Causa.* Los factores asociados al error médico:

- a) Individuales (derivados del paciente, del profesional, y otras fallas humanas fuera del control de la organización).
- b) Sistémicos, que a su vez se dividen en organizacionales (incluyendo la administración, cultura, programas, protocolos, procedimientos, supervisión, capacitación y otros factores externos a la organización) y técnicos (recursos materiales, equipamiento, disponibilidad y mantenimiento).
- c) Negligencia, imprudencia o desviaciones intencionales.

5. *Prevención y limitación del daño.* Las medidas para reducir los eventos adversos:

- a) Universales, que incluyen intervenciones preventivas y correctivas para todos los pacientes, como la identificación del paciente, mejoras en la comunicación de los prestadores del servicio, en los sistemas de alarma clínica, en la reducción de riesgos, incluyendo las infecciones nosocomiales.
- b) Selectivas, para aquellos pacientes con mayor riesgo de sufrir un evento adverso, mediante procedimientos de verificación para eliminar errores de sitio, de paciente o de procedimiento.
- c) Indicadas, para aquellos pacientes en donde se identifica un posible riesgo de evento adverso, mediante el mejoramiento de la seguridad en la ministración de medicamentos, por ejemplo.

#### IV. La calidad de la atención, la seguridad de los pacientes y la queja médica

Los conceptos del Dr. Donabedian, sobre la evaluación de los servicios de salud y la calidad de la atención médica siguen vigentes y resultan imprescindibles para ubicar los factores sistémicos que motivan la queja médica.<sup>11</sup>

Los servicios de salud son un sistema que puede estudiarse bajo tres componentes clásicos: estructura, proceso y resultado. Para proporcionar la atención médica se requiere de una estructura, la cual se entiende como las características más estables de los proveedores de servicios de salud y la forma como éstos organizan los recursos. La estructura es un factor fundamental para el desempeño; Donabedian decía: "Creo que una buena estructura,...es probablemente el medio más importante para proteger y promover la calidad de la atención".<sup>11</sup>

La relación entre profesional y paciente constituye el eje del proceso de atención, el cual tiene en esencia dos dimensiones: una técnica y otra interpersonal. El proceso se puede evaluar de acuerdo con su comportamiento normativo, es decir, el apego a las normas vigentes tanto científicas como éticas.





En ese sentido, Aranaz y colaboradores refieren que “los sistemas sanitarios cada vez más complejos, junto con pacientes más vulnerables, informados y demandantes, conforman un entorno clínico en el que aparecen los efectos adversos” y agregan que: “el modelo explicativo de la cadena causal de un efecto adverso, mantiene que son más importantes los fallos de sistema que los fallos de las personas.”<sup>13</sup>

Hace ya casi diez años que se publicó el libro “*Errar es humano*”, del Instituto de Medicina de Estados Unidos de Norteamérica, producto de un esfuerzo interinstitucional orientado a impulsar un cambio de paradigma sobre el error médico, y a sentar las bases para un sistema de salud más seguro. En el informe se aseveraba una verdad permanente, en el sentido de que la seguridad es el primer paso crítico en el mejoramiento de la calidad de la atención.<sup>14</sup>

De acuerdo con el estudio mencionado, hacia finales del decenio de 1990-99, en Norteamérica se estimaba una prevalencia de eventos adversos prevenibles del orden de 3 a 4% en pacientes hospitalizados. Dos estudios anteriores sobre el tema, con datos de los años 1992 y 1984, respectivamente, habían reportado cifras similares: a) el estudio de eventos adversos en Utah y Colorado y b) el estudio de Harvard con datos de New York.<sup>15</sup> Es decir, 15 años sin mejoras significativas en la seguridad de los pacientes en ese país.

En México aún son incipientes las investigaciones sobre eventos adversos y seguridad de los pacientes, por lo que su impacto en la mejora de calidad será en el mediano plazo y será necesaria la participación sinérgica de todos los actores del sistema nacional de salud.

La importancia del estudio de las quejas médicas radica en que son una manifestación explícita de la mala calidad de atención, percibida desde el punto de vista de los usuarios o sus familiares y por lo tanto, son uno de los referentes que permite valorar una dimensión fundamental de la calidad de la atención médica: la satisfacción de los usuarios.

Por otra parte, la revisión de la documentación médica, registros y declaraciones relacionados con la queja, constituyen elementos de valoración de la dimensión técnica de la calidad en salud.

Si se acepta que la queja médica se relaciona con la calidad de la atención en salud, su análisis constituye un mecanismo indirecto para aproximarse al conocimiento de los eventos adversos y generar recomendaciones que contribuyan a mejorar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.

## V. Modelo epidemiológico para el análisis de la queja médica

El propósito de este enfoque es identificar las relaciones que guarda la queja médica con los grupos de población

mediante la asociación estadística, e identificar los momentos, lugares y grupos de mayor riesgo, así como la probabilidad con la que ocurren las quejas en la población.

El método epidemiológico puede utilizarse en salud pública para apoyar la planificación de servicios, ya que contribuye a identificar las áreas de oportunidad, establecer prioridades, determinar objetivos, orientar la instrumentación de actividades y evaluar los resultados.<sup>16</sup>

La aplicación de un modelo epidemiológico para el análisis de las quejas médicas, amplifica y complementa la visión sobre la queja misma, ya que de un análisis de tipo individual utilizado por el modelo de arbitraje médico antes descrito, con el modelo epidemiológico se utiliza un análisis colectivo o poblacional del mismo fenómeno.

A diferencia del modelo de arbitraje médico que ayuda a resolver un problema específico o individual de queja médica, el modelo epidemiológico utilizado en la CONAMED ayuda a resolver un problema colectivo o de salud pública y proporciona información sobre la cual se pueden sustentar las recomendaciones para el sistema nacional de salud con el fin de avanzar de la atención de quejas, hacia su prevención.

El modelo epidemiológico de análisis de la queja médica, considera cuatro etapas:

*Primera etapa: elección y definición de las variables de estudio.* El enfoque epidemiológico clásico considera las variables de persona, tiempo, y lugar.<sup>17</sup> En ese sentido, el modelo de arbitraje médico diseñado en la CONAMED se basa en el uso de protocolos de atención que incluyen el registro de datos que permiten estudiar, entre otras, las siguientes variables:

- Persona. Sexo, edad, escolaridad, profesión, estado civil de los usuarios agraviados, causas de representación y parentesco del quejoso, cuando éste no es el usuario de servicios de salud agraviado.
- Tiempo. La variación anual y mensual de las quejas médicas y su relación con la fecha de ocurrencia del evento médico que motivó la queja,
- Lugar. Las magnitudes de la queja médica por entidad federativa, institución médica, y las especialidades o servicios médicos involucrados,

Además de estas variables básicas, el análisis epidemiológico de la queja incorpora otras que se relacionan directamente con el proceso de atención, como las siguientes: procedimiento del método clínico con el que se relaciona la queja (entrevista inicial, diagnóstico, tratamiento, relación médico-paciente), evidencia de mala práctica, gravedad del daño y responsabilidad institucional.

*Segunda etapa: recopilación y procesamiento de los datos.* Se debe precisar el periodo de estudio, las fuentes

de información y las técnicas estadísticas para procesar los datos, en la fase descriptiva y de presentación de información.

En la CONAMED, se diseñó y desarrolló el Sistema de Atención a Quejas y Dictámenes Médicos (SAQMED), una aplicación informática y estadística para registrar y procesar los datos de la queja médica a lo largo de las fases de atención, de acuerdo con el modelo de arbitraje. Este sistema junto con el expediente clínico, constituyen las fuentes primarias de información para los estudios que se realizan en la Comisión.

*Tercera etapa: análisis de resultados y conclusiones.* Se deben aplicar las técnicas estadísticas y epidemiológicas descriptivas y analíticas: univariadas, bivariadas o multivariadas para obtener resultados válidos que permitan realizar asociaciones e inferencias, cálculo de riesgos en términos de probabilidad de ocurrencia y generar conclusiones sobre el tema de estudio.

*Cuarta etapa: toma de decisiones.* A partir del análisis de resultados se establecen prioridades del tema en estudio, se formulan algunas recomendaciones o alternativas de acción y se establecen las bases para su evaluación.

Son diversos los aportes que hasta el momento se tienen con la aplicación del modelo epidemiológico de análisis de las quejas médicas atendidas en la CONAMED en el periodo 1996-2006. Por ejemplo, hoy sabemos que son más frecuentes en las mujeres que en los hombres en una razón de 1.4:1.0, es decir, por cada 14 quejas en mujeres sólo se recibe 10 de hombres. Sin embargo, cuando se analiza este comportamiento por grupos etareos, se observa una clara variación en tres momentos de la vida: hasta los 14 años la queja es mayor en los hombres que en las mujeres, a partir de los 15 años y hasta los 54 años, la queja es mayor en mujeres y a partir de los 65 años la razón es similar para ambos sexos. Por otra parte, el comportamiento de las quejas médicas se incrementa con la edad y alcanza su máximo entre los 25 y 34 años, luego desciende hasta el grupo de 50 a 54 años y vuelve a incrementarse en los dos últimos grupos de edad, por lo que tiene un comportamiento bimodal.

Cuando se analizan los factores relacionados con la queja médica, se pueden identificar elementos que permiten precisar la existencia o no de una mala práctica en salud; sin embargo, no es fácil distinguir los factores que se originan en el profesional, de aquellos que son directamente atribuibles a la forma como se ha diseñado y funciona el sistema de salud.

Por ejemplo, Summerton en un estudio inglés con seguimiento, acerca de la medicina defensiva en médicos

generales, observó que 98% habían efectuado modificaciones en su práctica ante el temor de una queja médica, algunas positivas como: explicaciones a los pacientes y registros médicos, más detallados; en contraposición con prácticas negativas que tienden a incrementarse tales como aumento injustificado en: solicitudes de exámenes diagnósticos, seguimiento y referencia de pacientes.<sup>18,19</sup>

Desde un enfoque individual, se pueden estudiar procesos mentales que conducen a actos riesgosos para la seguridad del paciente, tales como olvido, descuido o falta de atención, negligencia o imprudencia. Por consecuencia, las decisiones correctivas tenderán a invocar sentimientos de miedo, culpa, vergüenza, que requieren castigo o disciplina, y es en este entorno, donde suele ubicarse la queja médica.<sup>20</sup>

Desde un enfoque sistémico, se parte de la premisa de que el ser humano es susceptible de errores y éstos son consecuencia de los procesos organizacionales y tienden a seguir patrones recurrentes. En ese contexto las acciones se orientarán a establecer medidas de seguridad como defensas contra los errores, se privilegiará el enfoque de gestión de riesgos, lo cual requiere de una efectiva cultura del reporte de errores que permita analizar diferentes factores para su prevención.

De este último enfoque surgió el "Modelo del queso suizo" para analizar los accidentes, que esquematiza las medidas de seguridad en diferentes capas:

- a) *De ingeniería* (alarmas, barreras físicas, etc.).
- b) *De las personas* (entrenamiento profesional).
- c) *Procesales y de control administrativo.*

En cada capa existen debilidades vistas como hoyos dinámicos que se abren, cierran, se desplazan, y que por sí solas no producen malos resultados, pero cuando se alinean, se producen los accidentes.<sup>21</sup> Esto ejemplifica claramente que los errores en medicina y por lo tanto el origen de la queja médica, no se circunscribe a un solo evento sino a un conjunto de acontecimientos que se conjugan en un momento dado e inducen al error, de modo que su prevención efectiva dependerá de que se atiendan todos los eventos a la vez.

## VI. Conclusiones

La seguridad de los pacientes como elemento crítico de la calidad de la atención médica ha cobrado cada vez más importancia en el mundo.

Desde finales de 2004 funciona la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, dirigida por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Entre sus áreas de acción destacamos las siguientes:

- a) *La investigación* en relación con los complejos factores de riesgo que originan los errores médicos.



- b) *La construcción de una taxonomía e indicadores internacionalmente aceptables.*
- c) *La medición, seguimiento, evaluación y aprendizaje.*
- d) *La instrumentación de intervenciones para prevenir los eventos adversos.*
- e) *La participación de los pacientes y sus familias en la mejora.*

Estas líneas de acción requieren metodologías interdisciplinarias y fuentes de información: válidas, reproducibles, accesibles, costo-eficaces, con enfoque sistémico. Es decir, que no sólo se estudien las características de los pacientes y los miembros del equipo multidisciplinario de salud, sino que consideren también la organización, regulación, cultura y entorno de los servicios de salud, de manera que se puedan identificar, atender y prevenir los factores que propician los errores.<sup>22</sup>

Por otra parte, se observa un incremento considerable, en el plano internacional y nacional, de prácticas relacionadas con la medicina defensiva como respuesta al aumento en las demandas, influidas en gran medida por la actitud social cada vez más exigente y crítica hacia los profesionales de la salud, y en no pocas ocasiones en un entorno de desconfianza, agresión y corrupción.

Ante el contexto mencionado, se puede generalizar que en nuestro país predomina el enfoque individual, por lo que se pueden esperar incrementos mayores en la llamada medicina defensiva y en las quejas médicas.

El estudio de las quejas médicas debe entonces orientarse hacia la construcción de una cultura de seguridad del paciente, como se ha mencionado en las propuestas de la OMS, con énfasis en la prevención de las controversias y en el fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud en nuestro país.

La CONAMED al aplicar el modelo epidemiológico para analizar la queja, contribuirá tanto a la identificación de factores sistémicos que ponen en riesgo la seguridad en salud, como a la instrumentación de acciones de mejora. 

## Referencias

1. Secretaría de Salud, Programa de Acción: Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud. México: Secretaría de Salud; 2002.
2. Poder Ejecutivo Federal, Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Diario Oficial de la Federación, 31 de mayo de 1995. México, p. 74.
3. Smallwood RA. Learning from adverse events. *Int J Qual Health Care.* 2000; 12: 359-61.
4. U.S. Congress, Office of Technology Assessment, Defensive Medicine and Medical Malpractice, OTA-H-602 (Washington, DC: U.S. Government Printing Office, July 1994). (Acceso 03-04-2008). Disponible en <http://www.princeton.edu/~ota/disk1/1994/9405/>.
5. McIntyre N, Popper K. The critical attitude in medicine: The need for a new ethics. *BMJ.* 1983; 287: 1919-23.
6. CONAMED, Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la CONAMED. Diario Oficial de la Federación, 25 de julio de 2006. México.
7. Organización Mundial de la Salud, Informe de los resultados de la encuesta Delfos sobre la introducción a la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Suiza, 2007. (Acceso 15-05-2008). Disponible en [https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/web\\_modified\\_delphi\\_survey\\_overview\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/web_modified_delphi_survey_overview_es.pdf).
8. Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000;320:774-7. (Acceso 15-04-2008). Disponible en <http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/320/7237/774>.
9. Pernerger TV. Borges on classification. *Int J Qual Health Care.* 2006; 18: 264-5.
10. Chang AC, Schyve PM, Croteau RJ, O'Leary DS, Loeb JM. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *Int J Qual Health Care.* 2005; 17: 95-105.
11. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana; 1991. p. 95-155.
12. Seclén-Palacin J, Darras C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. *An Fac Med Lima.* 2005; 66: 128-9.
13. Aranaz JM, Aibar RC, Galán A, Limón R, Requena J, et al. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Gac. Sanit.* 2006; 20 Suppl 1:41-47. (Acceso 03-04-2008). Disponible en <http://www.sespas.es/informe2006/p1-5.pdf>.
14. Khon LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press; 1999.
15. Thomas EJ, Studdert DM, Runciman WB, Webb RK, Sexton EJ, et al. A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA. I: context, methods, casemix, population, patient and hospital characteristics. *Int J Qual Health Care.* 2000; 12: 371-8.
16. Alan Dever GE. Epidemiología y administración de servicios de salud. Washington: OPS/OMS; 1991. p. 417.
17. Guerrero R, González CL, Medina E. Epidemiología. Ed. Addison-Wesley Iberoamericana; 1986. p. 81-97.
18. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ.* 1995;310:27-29. (Acceso 03-04-2008). Disponible en <http://www.bmj.com/cgi/content/full/310/6971/27>.
19. Summerton N. Trends in negative defensive medicine within general practice. *Br J Gen Pract.* 2000; 50(456): 565-6. (Acceso 18-04-2008). Disponible en <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1313753&blobtype=pdf>.
20. Paredes Sierra R. Ética y medicina defensiva. Seminario: El ejercicio actual de la medicina, Fac. Med. UNAM, 2003. (Acceso 03-04-2008). Disponible en [http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2003/ponencia\\_sep\\_2k3.htm](http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2003/ponencia_sep_2k3.htm).
21. Reason J. Human error: models and management. *BMJ.* 2000; 320: 768-70.
22. Pernerger TV. A research agenda for patient safety, *Int J Qual Health Care.* 2006; 18: 1-3.

Dra. María del Carmen Dubón-Peniche<sup>1</sup>

### Síntesis de la queja

Los familiares del paciente presentaron queja, pues a su juicio, el facultativo demandado no realizó debidamente la intervención quirúrgica del enfermo y no atendió las complicaciones que presentó.

### Resumen clínico

*Historia clínica.* Paciente del género masculino de 38 años de edad, con antecedentes de tabaquismo esporádico. Sin antecedentes familiares patológicos de interés. Padecimiento actual: cefalea universal, trastornos visuales, hemianopsia ojo derecho, astenia, adinamia; se sospechó que cursaba con un síndrome depresivo.

El **23 de marzo de 2006**, asistió a consulta, refiriendo cefalea universal, presentaba poliuria, polidipsia por lo que se diagnóstico diabetes insípida de origen central.

En la tomografía de cráneo con medio de contraste, se apreció tumoración quística supraselar de 3 x 3 x 3 cm. *Resonancia magnética (preoperatoria):* Imagen supraselar de 3 x 4 x 4 cm con porción quística bilateral que compromete el quiasma óptico;

edema perilesional con imágenes centrales sugestivas de calcificaciones y se indicó de inmediato intervención neuroquirúrgica. Como exámenes preoperatorios se solicitó: biometría hemática, electrólitos séricos, cruzar dos unidades de sangre (en reserva) y se programó la cirugía con carácter de urgencia, debido a trastornos visuales y diabetes insípida.

Diagnósticos preoperatorios:

- Tumoración quística supraselar.
- Probable craneofaringioma.
- Diabetes insípida.

*Valoración preanestésica.* Tensión arterial 130/80 mm Hg, frecuencia cardiaca 68 por minuto, frecuencia respiratoria 16 por minuto, temperatura en parámetros normales. Exámenes de laboratorio preoperatorios aceptables (hemoglobina 15.9 g/dL, hematócrito 46%, leucocitos 14,800/mm<sup>3</sup>, linfocitos 32%, segmentados 62%, plaquetas 397,000/mm<sup>3</sup>; glucosa 92 mg/dL, urea 25.8 mg/dL, creatinina 1.2 mg/dL, tiempo de protrombina 83%, tiempo de tromboplastina parcial activada 29"; sodio 143 mEq/L, potasio 4.2 mEq/L, cloro 100 mEq/L, magnesio 2.3 mg/dL). Paciente con deshidratación grado II, asténico, adinámico con indiferencia al medio. Se

maneja con solución Hartmann, colocación de sonda vesical para manejo de respuesta al uso de solución diurética (manitol). Riesgo operatorio: ASA III, se monitorizará.

2 de Mayo de 2006.

*Hoja quirúrgica:* Operación programada: craneotomía fronto-temporal derecha.

Diagnóstico preoperatorio: tumoración quística supraselar, probable craneofaringioma. Diagnóstico postoperatorio: tumoración quística supraselar.

Operación realizada: craneotomía fronto-temporal derecha. Descripción de la técnica: se incidió piel en forma semicircular, iniciándose preauricular y siguiendo la inserción del pelo hasta terminar a 2 cm por arriba del arco supraciliar derecho. Se disecciona músculo, galea aponeurótica y periostio, se controla sangrado de cuero cabelludo con grapas y electrocauterio; se efectúan cuatro trépanos equidistantes, terminándose craneotomía de resección ósea con Gussneck. Se fija duramadre a periostio para control de sangrado con puntos equidistantes con seda 3-0, se ligan vasos importantes, ramas de la arteria meníngea media, que dan irrigación a duramadre, la cual se incide en forma semicircular, fi-

<sup>1</sup> Directora Árbitro Médico de la Primera Sala en la Dirección General de Arbitraje, CONAMED.



jándose a tejido muscular adyacente, suturas provisionales con seda 2-0; se apreció lóbulos frontal y temporal en cisura de Silvio, disecándose ambos, fijándose con espátulas sujetas a separador retentivo de Laila. Con ayuda de microscopía se identifica nervio olfatorio derecho; al continuar la disección, se aprecia nervio oftálmico derecho, carótida interna, así como tumoración quística renitente, con contenido líquido color amarillo intenso, pobremente vascularizada; se reseca la cápsula, para lo cual se punciona primero y se obtiene parcialmente el contenido de dicha tumoración, el resto invade el campo quirúrgico; se absorbe mediante aspirador, se recolecta para estudio; se deja el quiasma óptico liberado, y por lo tanto, la compresión en su parte anterior para la hipófisis. El acto quirúrgico fue bien tolerado, no se presentaron complicaciones transoperatorias, sangrado 300 mL; pasa a recuperación reactivo, despierto, para manejo postoperatorio inmediato. *Nota postanestésica:* sin complicaciones, pasa paciente a recuperación, consciente, signos vitales en parámetros normales.

2 de mayo de 2006, 16:40 horas. *Indicaciones, Neurocirugía:* 1) Ayuno. 2) Ofrecer dieta blanda por la mañana. 3) Líquidos, dependiendo de diuresis: 1000 mL de solución mixta para ocho horas, 1000 mL de solución Hartmann, más una ampula de cloruro de potasio para 12 horas. 4) Cefotaxima 1 g intravenoso cada 12 horas. 5) Metamizol ampula intravenosa lentamente. 6) Fosfato sódico de dexametasona 8 mg intravenosos 7 y 24 horas. 7) Posición semifowler. 8) Medir diuresis cada hora.

3 de mayo de 2006, 7:00 horas. *Neurocirugía:* Pasó mala noche, muy inquieto por polidipsia; estuvo ingiriendo importante cantidad de líquido (Gatorade). Su familia compró una caja de 20 botellas, con ello compensa la diuresis.

13:30 horas. *Neurocirugía:* Consciente, orientado, pupilas isocóricas, buena respuesta a estímulos luminosos, acepta satisfactoriamente el desayuno; continúa con poliuria y polidipsia. Se retira venoclisis y sonda Foley, se efectúa curación de herida quirúrgica, la cual está limpia, se retira Penrose. Alta por mejoría. *Indicaciones:* dieta a tolerancia con abundante líquido; cefalexina 500 mg tomar una tableta 7-14-22 horas, terminar la caja y suspender; metamizol, tomar una tableta 8 y 20 horas; carbamacepina 200 mg tomar una tableta 8 y 20 horas; caminar lo que tolere sin cansarse. Cita para retirar suturas el 10 de mayo de 2006.

*Resultados de laboratorio:* Hemoglobina 14.2 g/dL, hematócrito 43%, leucocitos 15,650/mm<sup>3</sup>, glucosa 100 mg/dL, urea 19 mg/dL, creatinina 1.5 mg/dL, sodio 144 mEq/L, potasio 4.3 mEq/L, cloruro 104.8 mEq/L.

*Resultados, Anatomía patológica:* Pieza enviada: quiste supraselar. Se reciben 3.2 mL de líquido de aspecto hemático. *Diagnóstico:* negativo para células neoplásicas, compatible con quiste de silla turca. Estos pueden ser mucocele, quiste de conducto de Rathke y pseudoquiste de la pituitaria.

15 de mayo de 2006.

*Receta médica:* Prednisona 5 mg el primer día; media tableta por la noche (sábado, domingo y lunes); media tableta en el día y media en la noche (martes, miércoles y jueves); media al día (sábado y domingo). Bromazepam 3 mg, tomar medio comprimido 8 y 20 horas, por cinco días (lunes a viernes).

1º de junio de 2006: Clorhidrato de norfenefrina 20 gotas en vaso con agua a las 8 y 20 horas diariamente.

20 de junio de 2006.

*Receta médica:* Prednisona 5 mg tomar media tableta en la mañana y una en la noche lunes, martes y miér-

coles; una tableta jueves y viernes; media tableta sábado y domingo.

1º de Julio de 2006.

*Tomografía computarizada de cráneo:* Cambios óseos en relación a craneotomía frontal derecha con imagen tumoral en región supraselar con calcificaciones centrales de 4 x 3 x 3 cm, edema perilesional e importante compromiso hacia el quiasma óptico.

De la queja se desprende que el paciente fue atendido en fechas posteriores en hospital público, donde se informó que el tumor no había sido resecado. El 15 de agosto de 2006, fue reintervenido quirúrgicamente y falleció 17 de marzo de 2007, siendo las causas de la muerte plasmadas en el certificado de defunción: insuficiencia renal aguda, estado hiperosmolar, neuroinfección y panhipopituitarismo. No se cuenta con el expediente clínico del hospital público.

## Análisis del Caso

Para el estudio del caso se estiman necesarias las precisiones que se presentan a continuación.

Atendiendo a la literatura especializada, los craneofaringiomas son tumores benignos, de crecimiento lento, localizados entre la región selar y paraselar del sistema nervioso central, los cuales constituyen 1 a 5% de todos los tumores intracraneales.

Este tipo de tumores, se caracteriza por producir sintomatología hipotalámica, predominantemente neuroendocrina como diabetes insípida, retraso en el crecimiento, panhipopituitarismo, entre otras. Pueden ocasionar alteraciones visuales debido a compresión del quiasma óptico; asimismo, pueden ocasionar compresión de nervios craneales, siendo frecuente la protrusión del piso del tercer ventrículo y base del cerebro.

Los craneofaringiomas tienen diámetro promedio de 3 a 4 cm, pueden ser encapsulados y sólidos, pero co-

múnmente son quísticos y algunas veces multiloculados.

El diagnóstico radiológico, fundamentalmente se basa en tres componentes del tumor (quístico, sólido, calcificado) y el diagnóstico definitivo se realiza mediante estudio histopatológico.

El diagnóstico diferencial debe incluir principalmente: otros tumores de la región (adenoma hipofisario), procesos infecciosos o inflamatorios (granuloma eosinófilo), malformaciones vasculares (aneurismas) y anomalías congénitas (quistes de la bolsa de Rathke).

El tratamiento puede ser resección total, cuando no existe invasión hipotalámica, o bien, resección subtotal con radioterapia postoperatoria.

Atendiendo a la literatura de la especialidad, la resección quirúrgica depende de una serie de características, entre ellas: tamaño, consistencia (quística, sólida o mixta), localización y extensión, así como la relación con estructuras nerviosas o vasculares de la región anatómica involucrada (vía óptica, hipotálamo, mesencéfalo, corteza cerebral, arterias carótidas y sus ramas, situación respecto de las meninges, etc.).

Las alteraciones endocrinas habitualmente son permanentes; por ello, el balance de líquidos debe ser estrechamente monitorizado, al igual que la osmolaridad sérica, la densidad urinaria, los electrolitos séricos y urinarios, debiéndose realizar reposición de líquidos vía endovenosa, así como terapia sustitutiva, la cual puede efectuarse mediante hormona antidiurética o desmopresina vía transnasal.

La gravedad de la diabetes insípida, depende de las alteraciones hipotálamo-neurohipófisis. La depleción de volumen y la hiperosmolalidad, pueden ocasionar síntomas neurológicos que incluyen irritabilidad, letargia, confusión e incluso coma.

De igual forma, posterior a la cirugía, debe evaluarse la función visual mediante seguimiento cam-

pimétrico y de la agudeza visual. Por lo anterior, se debe realizar historia clínica, examen neurológico y neuro-oftalmológico completo, pre y postoperatorio, tomografía computada de cráneo o resonancia magnética nuclear de encéfalo.

En el presente caso, el paciente consultó al facultativo demandado por presentar cefalea, trastornos visuales, astenia y adinamia. En la historia clínica del 2 de mayo de 2006, se reporta que en marzo de ese año, el demandado valoró al enfermo diagnosticando tumoración quística supraselar (probable craneofaringioma) y diabetes insípida de origen central. La tomografía de cráneo mostró tumor quístico supraselar de 3 x 3 x 3 cm. Por lo anterior, se programó intervención quirúrgica con carácter de urgencia.

En ese sentido, se observan elementos de mala práctica, atribuibles al facultativo demandado, pues si bien es cierto que indicó exámenes de laboratorio preoperatorios, también es cierto, que no realizó la debida planeación de la cirugía a fin de intervenir al paciente con seguridad razonable.

Por lo que se refiere al carácter de urgencia, manifestado por el demandado en la historia clínica, es menester señalar que el tratamiento de la diabetes insípida no es quirúrgico sino médico, para ello puede emplearse hormona antidiurética o su análogo desmopresina, además de la corrección del déficit de líquidos que acompaña a esta alteración y estrecho monitoreo del sodio sérico. Por ello, la realización de la cirugía en forma urgente, no estaba sustentada para resolver la diabetes insípida.

De igual forma, el demandado incumplió las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento relacionadas con dicha entidad (diabetes insípida); no efectuó el debido monitoreo, tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio, por cuanto a este padecimiento se refiere, incurriendo

así en *mal praxis*, por negligencia. En relación a los trastornos visuales referidos por el demandado para justificar la urgencia quirúrgica, es necesario señalar que la evaluación del paciente fue insuficiente, pues no se aportaron probanzas que acreditaran el cumplimiento de las obligaciones de diligencia por parte del facultativo demandado.

Por el contrario, quedó demostrado que el demandado no realizó campimetría, ni determinación de agudeza visual en el preoperatorio del enfermo que sustentaran la urgencia quirúrgica.

Cabe mencionar, que el déficit visual en este tipo de pacientes, se debe a compresión crónica y progresiva del quiasma óptico; por ello el facultativo demandado, de manera previa al evento quirúrgico y después del mismo, debió solicitar interconsulta para valoración por oftalmólogo. A mayor abundamiento, la única indicación de cirugía de urgencia para descomprimir el quiasma óptico por compresión aguda, es la apoplejía hipofisaria, la cual no quedó demostrada en el presente caso.

Por lo antes expuesto, quedó demostrado que el demandado incurrió en mala práctica, por negligencia, al no estudiar suficientemente al enfermo antes de intervenirlo quirúrgicamente.

En ese sentido, si bien es cierto que el tratamiento quirúrgico para el craneofaringioma estaba indicado, también es cierto, que su realización de forma urgente, no quedó debidamente sustentada. Es decir, no se aportaron elementos de convicción, para acreditar la urgencia quirúrgica.

El paciente fue intervenido quirúrgicamente el 2 de mayo de 2006. En efecto, la hoja quirúrgica, refiere que la operación realizada fue craneotomía fronto-temporal derecha, para escisión de tumoración quística supraselar.

Ahora bien, las constancias aportadas en el expediente, demostraron que la cirugía efectuada por el de-



mandado fue insuficiente, pues sólo abordó la porción quística del tumor mediante punción, aspirando líquido y no extirpó la tumoración y no lo informó pudiendo considerarse esta acción como un fraude.

En esos términos, tanto el estudio por parte del laboratorio de Anatomía Patológica que reportó 3.2 mL de líquido, como la tomografía computarizada de cráneo de julio de 2006, son concluyentes para demostrar que la cirugía del demandado no modificó significativamente el tumor que presentaba el enfermo. Esto es un elemento más, para tener por cierta su negligencia.

Es menester señalar, que durante el postoperatorio, la atención del facultativo demandado no se ajustó a lo establecido por la *lex artis* especializada, pues no realizó el seguimiento que el caso ameritaba. Fue demostrado, que incumplió las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento de la diabetes insípida, egresando al

paciente de manera prematura (al día siguiente de la intervención quirúrgica). Asimismo, no indicó estudio de neuroimagen para control postoperatorio y no refirió al enfermo para valoración de tratamiento mediante radioterapia.

La evolución ulterior fue desfavorable, el paciente fue atendido en Hospital Público y falleció debido a insuficiencia renal aguda, neuroinfección, estado hiperosmolar, neuroinfección y panhipopituitarismo.

### Apreciaciones finales

- El facultativo demandado, brindó la atención sin ajustarse a lo establecido por la *lex artis* especializada, incumpliendo así las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que el caso ameritaba.
- Se desconoce si tenía acreditada la especialidad y si estaba certificado por el Consejo de Neurocirugía.

- No existió relación entre la mal *praxis* y el deceso del paciente, pues este último fue a consecuencia de la historia natural de la enfermedad.

### Referencias

- Kumar: Robbins and Cotran: Pathologic basis of disease. Hypothalamic suprasellar tumors. Saunders. 7th ed. 2005. p. 1164-5, versión electrónica.
- Villarejo F, Martínez-Lage JF. Neurocirugía. Madrid: Ediciones Ergon; 2001. p. 287-94.
- Diaz Day J. Surgical approaches to suprasellar and parasellar tumors. Neurosurg Clin North Am. 2003; 14: 109-22.
- Isaac MA, Hahn SS, Kim JA, Bogart JA, Chung, CT. Management of craniopharyngioma. Cancer J. 2001; 7: 516-20.
- Singer PA, Sevilla LJ. Postoperative endocrine management of pituitary tumors. Neurosurg Clin North Am. 2003; 14: 123-38.
- Quiros PA. Neuroophthalmologic emergencies. Section 5, Chapter 207, Neuroophthalmology, part II. Yanoff Ophthalmology, 2<sup>o</sup> edition, 2004. Mosby. Versión electrónica.
- Myers Adler S, Verbalis JG. Disorders of body water homeostasis in critical illness. Endocrinol Metab Clin North Am. 2006; 35: 873-94.



## Diplomado Enfermería Pericial

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ■ ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUA

SECRETARÍA DE SALUD ■ COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO  
DIRECCIÓN GENERAL DE DIFUSIÓN E INVESTIGACIÓN

# Tienen el honor de invitarlos a participar en el Diplomado de Enfermería Pericial

Inicio 9 de Enero de 2009.

Dirigido a Licenciados en Enfermería y Obstericia

### Informes e Inscripciones

Comisión Nacional de Arbitraje Médico ■ Dirección General de Difusión e Investigación.

Mitla 250, Esquina Eje 5 Sur Eugenia, Piso 8.  
Col. Vértiz Narvarte. Deleg. Benito Juárez ■ CP 03020 México DF.

[www.conamed.gob.mx](http://www.conamed.gob.mx) ■ [acordova@conamed.gob.mx](mailto:acordova@conamed.gob.mx) ■ 54207117

SALUD  
SECRETARÍA  
DE SALUD



### LI Reunión Nacional Ordinaria de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina

En el marco de la LI Reunión Nacional Ordinaria de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina el pasado 9 de abril del presente año en la ciudad de Zacatecas, Zacatecas, se realizó el Simposio "Aprendizaje de la Clínica".

En él participó el Dr. Germán Fajardo Dolci, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, con la ponencia "Dilemas éticos y responsabilidad de la enseñanza de la práctica médica". En ésta, se describieron y analizaron los principales problemas que se presentan durante el periodo de aprendizaje clínico, tanto de los médicos en formación como aquellos que se encuentran realizando especialidades. Un asunto de gran relevancia fue la exposición sobre la carencia de protección jurídica de los mismos durante esa etapa; en el mismo foro participaron el Dr. Guillermo Soberón Acevedo Comisionado Nacional de Bioética y el Dr. Ector Jaime Ramírez Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados.

El evento fue inaugurado por la Gobernadora del Estado de Zacatecas Amalia García Medina y el Dr. José Ángel Córdova Villalobos Secretario de Salud. (Figura 1)

### XII Sesión Ordinaria del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico

Los días 22 y 23 de mayo de 2008 en la ciudad de Manzanillo, Colima, se llevó a cabo la XII Sesión Ordinaria del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico.

El jueves 22, dentro del marco de la inauguración de los trabajos, se contó con la distinguida presencia de funcionarios del Estado de Colima como: los Poderes Legislativo y Judicial, la XX Zona Militar y la Fuerza del Pacífico, el Secretario de Salud Social, el Procurador General de Justicia, los Delegados del IMSS y del ISSSTE, el Rector de la Universidad, así como los Comisionados Nacional y Estatales de Arbitraje Médico, señalando la significativa presencia y participación del Dr. Jorge Sánchez, Secretario del Consejo Nacional de Salud. (Figura 2)



Figura 1. Amalia García Medina, Gobernadora de Zacatecas y el Dr. José Ángel Córdova Villalobos, Secretario de Salud, en la Reunión Nacional Ordinaria de la AMFEM.



Figura 2. Dr. Germán Fajardo Dolci, C.P. Luis Mario León López y Dr. José Fernando Rivas Guzmán.



Figura 3. Dr. Germán Fajardo Dolci dirigiendo unas palabras.

Es ese mismo evento, el doctor Germán Fajardo Dolci, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico y Presidente del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, mencionó que “Es responsabilidad del Estado mexicano atender las inconformidades de la sociedad, la queja médica es una de ellas; debe entonces ofrecer respuesta lo más cercano posible al lugar en el que se presenten para ofrecer la mejor atención posible a las inconformidades en materia de servicios de salud; es conveniente y ese es el motivo que hoy nos reúne, el hecho de que la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Colima esté en condiciones de ofrecer mejores servicios a los ciudadanos, independientemente de la institución de salud que esté involucrada”. (Figura 3)

El viernes 23, se llevó a cabo la sesión plenaria, presidida por el Dr. Germán Fajardo Dolci, con la participación de los Comisionados Estatales de Arbitraje Médico. Se abordaron diferentes temas que incluyen: Propuesta de modificación del Convenio que da origen al Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, Formación de una instancia de vinculación de las Comisiones de Arbitraje Médico en la República Mexicana, Sistema de Gestión de calidad en la Comisión de Aguascalientes, Revisión de la NOM del expediente clínico y la pertinencia de la Estadística Nacional de la Queja Médica, entre otros temas abordados.

En el marco de dicho evento, el Dr. José Fernando Rivas Guzmán, Comisionado Estatal de Arbitraje Médico de Colima, anunció dos hechos de gran relevancia los cuales marcan por sí un hito en la historia de los sistemas de salud en Colima:

Primero, la ley de la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico para el Estado aprobada el martes 20 de mayo de 2008 por unanimidad y sin reserva por los señores diputados del Estado, la cual otorga a la Comisión autonomía plena, total como organismo público descentralizado de la Administración Pública, con personalidad jurídica y patrimonio propio, dotado de plena autonomía técnica para emitir opiniones técnicas, recomendaciones, convenios y laudos.

Y por otra parte, la firma del Convenio de Colaboración Interinstitucional, suscrito por el Gobernador del Estado como Testigo de Honor, permitiendo así que de manera expedita y mediante criterios y procesos homogéneos, se atiendan y resuelvan en Colima, las quejas médicas prescritas en el Estado, por presuntas irregularidades en la prestación de los servicios médicos que brindan las instituciones federales. Siendo así el cuarto Estado que da este paso, después de Veracruz, Guanajuato y Aguascalientes, dirimiendo así controversias con imparcialidad, equidad, confidencialidad y gratuidad.

En dicho acto el Gobernador del Estado el Lic. Silverio Cavazos Ceballos comentó “Las Comisiones estatales en ningún caso podrían considerarse como instituciones que persigan a los profesionales de la medicina, sino por el contrario, son un instrumento válido para cuando exista una discrepancia entre quien fue paciente o sus familiares y el médico, pueda haber alguien que tenga conocimiento de causa y estricto apego a la legalidad, y así pueda emitir una opinión razonada”. (Figura 4)

A su vez, el Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, doctor Germán Fajardo Dolci manifestó que la firma del convenio no es otra cosa más que acercar los servicios a los ciudadanos, lo cual debe ser motivo de orgullo y satisfacción para todos los colimenses y sus autoridades.

### **Convenio de desconcentración de la atención de la queja médica entre la COESAMEDCO y la CONAMED**

El día 23 de mayo en la Ciudad de Manzanillo, Colima, se llevó a cabo la firma del Convenio de desconcentración, suscrito por el Gobernador del Estado de Colima el Lic. Silverio Cavazos Ceballos como Testigo de Honor, permitiendo así que de manera expedita y mediante criterios de procesos homogéneos, se atiendan y resuelvan en Colima, las quejas médicas prescritas en el Estado, por presuntas irregularidades en la prestación de los servicios médicos que brindan las instituciones federales. Siendo así el cuarto Estado que da este paso, después de Veracruz, Guanajuato y Aguascalientes, dirimiendo las controversias con imparcialidad, equidad, confidencialidad y gratuidad.

### **Verificación de procesos para la homologación en el Estado de Colima**

Continuando con el programa de verificación de los procesos de homologación en las Entidades, el día jueves 17 de abril de 2008, el doctor José Meljem Moctezuma, Subcomisionado Médico, junto con otros funcionarios de la CONAMED, llevaron a cabo los trabajos encaminados a la firma del convenio con la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Colima, presidida por el doctor José Fernando Rivas Guzmán Comisionado Estatal y las delegaciones del IMSS-ISSSTE. (Figura 5)

El propósito de dicho convenio, es atender inconformidades por los servicios médicos prestados por el ISSSTE e IMSS en esa Entidad, ofreciendo un mejor y cercano servicio a la población.



Figura 4. De izq. a der. Dr. José Fernando Rivas Guzmán. Lic. Silverio Cavazos Ceballos y Dr. Germán Fajardo Dolci.



Figura 5. Verificación de procesos en la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Colima.



Figura 7. Presidium del evento.



Figura 6. La sede del evento fue el Auditorio de la Academia Nacional de Medicina.

### Informe anual de actividades 2007

El día 13 de junio de 2008, en el Auditorio de la Academia Nacional de Medicina, se llevó a cabo el Informe Anual de Actividades 2007 de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (Figura 6)

El presidium estuvo integrado por destacadas personalidades como el Dr. José Ángel Cordova Villalobos, Secretario de Salud; Dr. Mauricio Hernández Ávila, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud; Dr. Manuel H. Ruíz de Chávez, Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud; Lic. María Eugenia de León May, Subsecretaria de Administración y Finanzas; Mtro. Daniel Karam Toumeh, Comisionado Nacional de Protección en Salud; Dr. Enrique Ruelas Barajas, Secretario del Consejo de Salubridad General, y Dr. Julio Sotelo, Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, además de Secretarios de Salud de los Estados, Comisionados Estatales de Arbitraje Médico y distinguidas figuras del ámbito de la Salud en nuestro país. (Figura 7)

Durante el Informe el Dr. Germán Fajardo Dolci, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, destacó que la CONAMED tiene dos grandes retos, el primero de ellos fortalecer y consolidar el modelo de Arbitraje Médico y el segundo, contribuir eficazmente y mediante mecanismos innovadores, a mejorar la calidad de atención y la seguridad de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud. "La CONAMED está comprometida en la búsqueda de mejores caminos y de mejores resultados, dando cumplimiento al compromiso de garantizar a la ciudadanía instituciones sensibles y eficientes que resuelvan sus demandas, mejorando la percepción y confianza en las instituciones de salud" señaló el Dr. Fajardo.

El Secretario de Salud puntualizó que todos los integrantes del sector salud tienen el compromiso de avanzar en la integración de un solo sistema de salud, ya que traerá beneficios en la generación de mejores estándares de eficiencia en el manejo de los recursos, mejoría de la calidad y la seguridad de los pacientes y, sobre todo, la educación para el uso adecuado de los servicios. Detalló que si bien la CONAMED surgió ante una necesidad sentida de la población, lo fue también del gremio médico, el cual era víctima de diversas acusaciones, demandas y controversias en donde por las vías existentes tradicionales tenían que acudir a dirimir las frente a autoridades jurisdiccionales, muchas de ellas penales.

En este sentido, exhortó a todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud a promover desde su ámbito la resolución de conflictos médico-paciente a través del arbitraje médico en cualquiera de sus modalidades, ya que constituye la mejor vía, además acerca y fortalece la relación médico-paciente y rescata la comunicación perdida.

Finalmente, comentó que se debe consolidar el modelo de la CONAMED para la atención de inconformidades y que la ciudadanía haga valer sus derechos y obligaciones. Con este tipo de acciones, el sector salud avanza en la garantía de una mejor calidad y seguridad en la atención médica de México, concluyó.

### Inauguración del “Módulo de Mochis”

El día 18 de abril de 2008, fue inaugurado el “Módulo de Mochis”, de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa por el Dr. Pedro López Camacho, Presidente de dicha Comisión, ubicado en la calle Gabriel Leyva Norte No. 265 local 1 Sector Centro, Los Mochis, Sinaloa.

A dicho evento asistieron: Dr. Pedro López Camacho; Lic. Fernando Ruiz Rangel; Dr. Rubén López Martínez; Lic. Roberto Urías Mascareño, Director Jurídico de la Unidad de Mochis; Dr. Arturo Velázquez Moreno, Director Médico de la Unidad de Mochis; Srita. Judith Castro Ojeda, Receptonista de la Unidad de Mochis. (Figura 8)



Figura 8. Inauguración del “Módulo de Mochis”.

### Nuevo Comisionado Estatal de Arbitraje Médico en el Estado de Morelos

El Gobernador del Estado, Lic. Marco Adame Castillo se reunió el 18 de abril en sus oficinas de Casa Morelos con el Comisionado Nacional de Arbitraje Médico el Dr. Germán Fajardo Dolci.

En este encuentro donde se compartieron comentarios sobre el sector salud, se entregó nombramiento al Dr. José Ramón Cué González, quién próximamente asumirá el Cargo de Comisionado Estatal de Arbitraje Médico de Morelos. (Figura 9)



Figura 9. Dr. Germán Fajardo Dolci con el Dr. José Ramón Cué González y Lic. Marco Adame Castillo.

### VI Informe de la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Nayarit

El pasado 4 de abril el doctor Mario Bertrand Parra, Comisionado de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Nayarit, rindió el Sexto Informe de labores de dicha institución. Entre los asistentes estuvieron el doctor Roberto Mejía Pérez, Secretario de Salud del Estado y representante del licenciado Ney González Sánchez, Gobernador del Estado, y el doctor Germán Fajardo Dolci, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico. (Figura 10)

El doctor Fajardo Dolci comentó que a través de la atención de la queja médica, las comisiones de arbitraje médico participan en la prevención de eventos adversos, además de que expresó su reconocimiento a la sociedad y al gobierno del Estado por el esfuerzo conjunto que han realizado para disminuir las muertes maternas.

Por su parte, el Secretario de Salud del Estado señaló que “en Nayarit la salud es prioridad, y gracias a todas las



Figura 10. Presidium del Informe de la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico para el Estado de Nayarit.



estrategias que han tomado los gobiernos federal, estatal y municipal, se logró disminuir la mortalidad materna en el municipio de el Nayar en un 62 por ciento”.

Al término del mismo, se llevó a cabo el foro de discusión “Fortalecimiento del Marco Jurídico de las Comisiones de Arbitraje Médico”, en el cual abogados de tales instituciones analizaron y propusieron diversas alternativas para el objetivo materia del mismo, y cuyas conclusiones serán presentadas al seno del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, en la próxima sesión ordinaria.

### VII Informe de actividades de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Puebla

El lunes 16 de junio de 2008, el doctor Marco Antonio Casas Arellano Comisionado Estatal de Arbitraje Médico de Puebla, rindió su VII informe de actividades ante el Secretario de Salud de la Entidad doctor Roberto Morales Flores, en representación del Gobernador licenciado Mario Marín Torres, del doctor Germán Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, del licenciado Francisco Javier Bermúdez Almada Delegado del IMSS y del licenciado Jorge Fouad Aguilar Chedraui Delegado del ISSSTE, además de directores de diversos hospitales privados de la entidad. (Figura 11)

En dicho acto, se llevó a cabo la firma del Convenio de Colaboración Interinstitucional entre la CESAMED, IMSS, ISS-

STE y CONAMED, con la finalidad de que los usuarios tengan la posibilidad de presentar sus inconformidades de manera directa ante la Comisión Estatal de asuntos derivados de la prestación de los servicios de salud por entidades federales, sin necesidad de trasladarse a la Ciudad de México.

La Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Puebla, se une a la verificación de procesos para la homologación

El 23 de abril de 2008, personal directivo de la CONAMED encabezado por el Dr. José Meljem Moctezuma, Subcomisionado Médico, llevó a cabo una visita a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Puebla (CESAMED) presidida por el Dr. Marco Antonio Casas Arellano, Comisionado Estatal, con la finalidad de verificar los procesos para la homologación y firma del Convenio Interinstitucional con el IMSS e ISSSTE.

Así, Puebla se convierte en la quinta Comisión verificada en los procesos de homologación durante la presente administración, para firmar el convenio en esta materia, uniéndose a las Comisiones de Aguascalientes (la cual ya firmó el Convenio Interinstitucional), Colima, Sinaloa y Nuevo León.

El convenio permite a la CESAMED, atender de manera directa las inconformidades por los servicios médicos prestados por el ISSSTE y el IMSS en esa Entidad Federativa.

Acciones como éstas permiten ofrecer un mejor y cercano servicio a la población. 



Figura 11. Asistentes al evento.



Agradecemos la distribución  
de este ejemplar a:



**Salud con innovación y transparencia**