

La queja médica relativa a los servicios de ginecología y obstetricia en México, 2001-2015

The medical complaint regarding the services of gynecology and obstetrics in Mexico, 2001-2015

Sonia Beatríz Fernández-Cantón¹, Jose Noé Rizo-Amézquita¹

¹ Dirección General de Difusión e Investigación, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México.

RESUMEN

Introducción: Durante el periodo 2001-2015 la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) atendió un total de 24,393 quejas médicas, de ese total, las quejas relacionadas con el servicio de ginecología y obstetricia suman 2,758 representando el 11.3% del global, ocupando uno de los primeros tres lugares. **Métodos:** Estudio observacional transversal descriptivo de la queja médica relativa a los servicios de ginecología y obstetricia basado en la información obtenida del Sistema Automatizado de Quejas Médicas de la CONAMED, con un periodo entre los años 2001-2015. **Resultados:** El diagnóstico principal que originó la queja médica fue embarazo, parto y puerperio con 1,084 quejas (39.3%), la institución de salud con mayor número de quejas fue el Instituto Mexicano del Seguro Social con 1,640 quejas (59.5%), el principal motivo de la queja medica fue el tratamiento quirúrgico con 1,204 quejas (28.4%), y de esta queja el motivo fue la secuela posterior al tratamiento quirúrgico con 296 quejas (24.6%). Según la modalidad de conclusión de la queja fue la conciliación de 1,397 quejas (50.7%) y concluyeron en arbitraje 253 quejas (9.2%). Finalmente, durante el proceso arbitral de las 253 quejas concluyeron en no conciliación/por falta de interés procesal 113 quejas (44.7%), por laudo 87 quejas (34.4%), en amigable composición 27 quejas (10.7%) y en conciliación 26 quejas (10.3%). **Conclusiones:** Habrá que estudiar con mayor detalle en qué medida estos problemas obedecen a carencia de supervisión de procesos, a escaso apego a manuales de procedimiento y guías clínicas, falta de material e infraestructura e insuficiencia de personal o a exceso de cansancio del mismo.

Palabras claves: Ginecología y Obstetricia, queja médica, parto, puerperio, conciliación, arbitraje.

ABSTRACT

Introduction: During the period 2001-2015 the National Medical Arbitration Commission (CONAMED) attended a total of 24,393 medical complaints which related to the gynecology and obstetrics service were 2,758 complaints, representing 11.3% of the global, occupying one of the first three places. **Methods:** Observational, cross-sectional, descriptive study of the medical complaint related to gynecology and obstetrics services based on information obtained from the Automated System of Medical Complaints of CONAMED, with a period between 2001-2015. **Results:** The main diagnosis that originated the medical complaint was pregnancy, delivery and puerperium with 1,084 complaints (39.3%), the health institution with the highest number of complaints was the Mexican Social Security Institute with 1,640 complaints (59.5%), the main reason for the medical complaint was the surgical treatment with 1,204 complaints (28.4%), and of this complaint, the reason was the sequela after the surgical treatment with 296 complaints (24.6%), according to the modality of conclusion of the complaint was the conciliation 1,397 complaints (50.7%) and 253 complaints (9.2%) concluded in arbitration. Finally during the arbitration process of the 253 complaints concluded in; no conciliation / due to lack of procedural interest 113 complaints (44.7%), by arbitration award 87 complaints (34.4%), in friendly composition 27 complaints (10.7%) and in conciliation 26 complaints (10.3%). **Conclusions:** It will be necessary to study in greater detail which problems are due to lack of process supervision, little adherence to procedural manuals and clinical guidelines, lack of material and infrastructure and insufficient personnel or excess fatigue.

Key words: Gynecology and Obstetrics, medical complaint, delivery, puerperium, conciliation, arbitration.

* **Correspondencia:** SBFC, sfernandez@conamed.gob.mx

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Fernández-Cantón SB, Rizo-Amézquita JN. La queja médica relativa a los servicios de ginecología y obstetricia en México, 2001-2015. Rev CONAMED 2018; 23(1): 33-42.

[The medical complaint regarding the services of gynecology and obstetrics in Mexico, 2001-2015]

INTRODUCCIÓN

Uno de los cambios de paradigma más significativos en los últimos años con relación al tema de mujer y salud lo constituye la consideración del análisis de la morbimortalidad femenina, particularmente la materna, bajo el enfoque de los derechos humanos.¹

Es en este contexto que surge la CONAMED como un órgano autónomo de carácter federal creado a mediados del año 1996, con plena autonomía técnica para emitir acuerdos, laudos, opiniones y dictámenes médicos, siendo su principal interés la resolución de conflictos surgidos entre usuarios y prestadores de los servicios de salud, a través de los llamados mecanismos alternos de solución de controversias, los cuales pueden ser desde orientaciones, asesorías, gestiones inmediatas, conciliaciones y procesos de arbitraje médico que concluyen con la emisión de un laudo. En todos los casos la participación femenina es mayoritaria como población demandante, con promedios cercanos a 60% contra 40% de hombres.

A manera de contexto general, debe señalarse que durante el periodo 2001-2015 la CONAMED atendió un total de 241,358 asuntos, de los cuales 24,393 fueron quejas concluidas (10.1%) mediante los procedimientos de conciliación y arbitraje. De ese total, las quejas relacionadas con el servicio de ginecología y obstetricia suman 2,758 durante ese periodo, representando 11.3% del global, con un promedio de 184 quejas por año aproximadamente. Lo anterior significa que dicho servicio ocupa uno de los primeros tres lugares, con una frecuencia semejante a las presentadas por los servicios de urgencias y traumatología y ortopedia.

Tomando en cuenta el gran contexto antes mencionado debe establecerse los alcances de esta aportación así como las limitantes que la misma conlleva. Por un lado, es importante mencionar que la cobertura del análisis está acotado al ámbito institucional de la CONAMED, al no estar consideradas las quejas registradas y atendidas por parte de las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico.

Los registros incluidos en el análisis son aquellos para los cuales se abrió un expediente, mismo que concluyó durante el periodo 2001-2015; es decir que la materia del análisis está conformado por las quejas concluidas en el periodo señalado, mismas que fueron atendidas inicialmente en la fase conciliatoria y en forma parcial, cuando así lo decide el usuario afectado, a través del proceso arbitral.

Propósito del estudio. Se pretende analizar las quejas médicas relacionadas con el servicio de ginecoobstetricia durante el periodo 2001-2015, con el fin de caracterizar a la población usuaria afectada, a las instituciones involucradas, los motivos de la queja, los daños asociados, la evaluación del acto médico y la forma de conclusión de la queja, entre los principales aspectos, de tal forma que a partir de los resultados obtenidos puedan realizarse algunas sugerencias y/o propuestas para prevenir la ocurrencia de errores e incidentes adversos y mejorar con ello la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

El contenido del presente artículo se refiere a una investigación documental, de tipo transversal descriptivo, está basada en la información disponible generada a partir de bases de datos en Excel obtenidas del llamado Sistema Automatizado de Quejas Médicas (SAQMED), que constituye el sistema administrativo de registro de quejas que procura a la CONAMED las cifras de control de los procesos institucionales; el periodo seleccionado para el análisis comprende los años 2001-2015 por contener el mayor número de variables homogéneas en el tiempo y de esta forma poder mostrar, a través de dicha información, un comportamiento más sólido y congruente respecto a las categorías factibles de analizarse.

La cobertura conceptual del estudio incluye variables sociodemográficas, de la atención médica brindada, de los motivos de la queja y de la modalidad de conclusión del proceso. Lamentablemente el SAQMED no incluye variables que permitan medir la vulnerabilidad de la población afectada, como pudieran ser el nivel de instrucción de las usuarias, o bien el tipo de ocupación, por mencionar solo dos de ellas. La inclusión de aspectos sobre la seguridad del paciente (incidentes adversos) hubiera sido también deseable.

Otra limitante que amerita ser mencionada es la información sobre los diagnósticos y padecimientos que son presentados en forma de textos descriptivos sin contar con la codificación correspondiente a la Clasificación Internacional de Enfermedades cuya versión vigente es la décima revisión desde 1997, esta ausencia dificulta de manera importante el procesamiento de los datos y el agrupamiento de los mismos, por lo que la información que se presenta deberá tomarse con las debidas precauciones.

El manejo estadístico de la base incluyó la limpieza de los datos, la elaboración de cuadros, la compactación de algunas variables (como la lista de los padecimientos y diagnósticos), así como la obtención de frecuencias simples, distribuciones porcentuales y algunos indicadores. En todo momento se aseguró la confidencialidad de los datos personales tal como lo señala la legislación correspondiente.

De manera complementaria, y como apoyo al análisis del total de quejas, se considerarán, cuando así parezca conveniente, algunas cifras relevantes obtenidas de las quejas atendidas en la fase arbitral (quejas concluidas mediante la emisión de laudos) generadas a partir del proyecto ARIEL (Automatización de Registros de Información Estadística sobre Laudos)², cuyas bases de datos permiten profundizar en mayor medida en lo referente a temas como los incidentes adversos y la seguridad del paciente, la gravedad del daño sufrido, la evaluación del acto médico y la conclusión del laudo. No obstante las cifras mencionadas corresponden únicamente a un periodo de cinco años (2011-2015), tiempo limitado por corresponder a la cobertura temporal del proyecto mencionado.

RESULTADOS

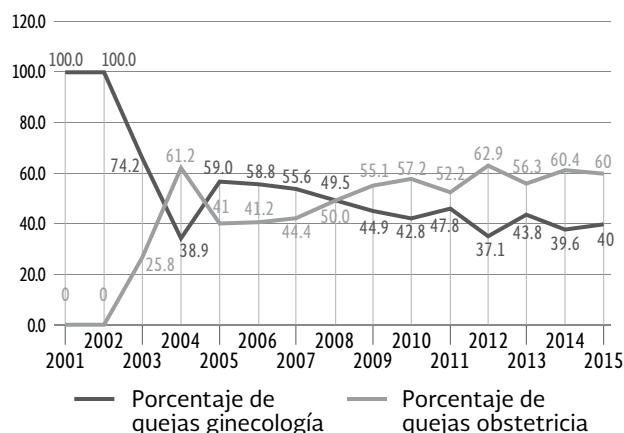
Durante los últimos 15 años de la vida de CONAMED desde el año 2001 al 2015, se atendieron en esta Comisión un total de 24,393 quejas de las cuales 2,758 estuvieron vinculadas a la atención de Ginecología y Obstetricia, representando este servicio 11.3% del global de las quejas concluidas. Este peso relativo muestra cambios significativos a lo largo del periodo, con un porcentaje apenas superior a 4% tanto en el año inicial como en el final. La tendencia muestra tres fases. Una primera de carácter creciente (2002-2004) alcanzando para el último año la cifra más elevada de quejas (249 con un peso relativo de 16.5%); una segunda fase de relativa estabilidad (2005-2009) con un promedio anual aproximado de 225 quejas, para enseguida mostrar un descenso continuo (2009-2015) pasando de 218 a 90 quejas anuales.

Cuadro 1. Evolución de las quejas concluidas del servicio de ginecología y obstetricia, 2001-2015.

Año	Total de quejas	Quejas de Gineco-obstetricia	Peso relativo
2001	1,546	65	4.2
2002	1,114	160	14.4
2003	1,309	215	16.4
2004	1,508	249	16.5
2005	1,608	227	14.1
2006	1,544	215	13.9
2007	1,667	246	14.8
2008	1,734	208	12
2009	1,748	228	13
2010	1,671	174	10.4
2011	1,794	180	10
2012	1,699	186	10.9
2013	1,775	176	9.9
2014	1,654	139	8.4
2015	2,022	90	4.5
Total	24,393	2,758	11.3

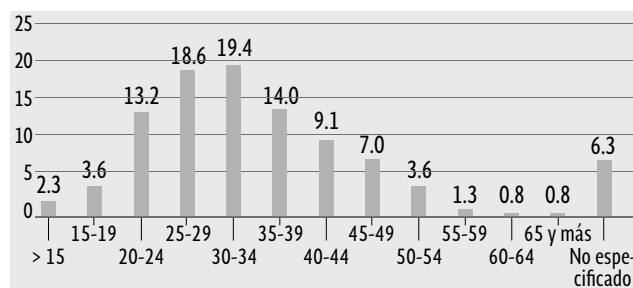
Considerando la desagregación de estas cifras según la especialidad directamente involucrada en las quejas, el comportamiento de los casos de ginecología así como los de obstetricia siguen tendencias muy distintas: mientras los primeros van hacia la baja, los de obstetricia muestran un continuo ascenso, tal como se observa en la gráfica 1.

Sobre la población afectada. La edad es un antecedente biogeográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el periodo llamado edad fértil, el cual es un factor ampliamente estudiado como parte de la valoración ginecológica. El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en menores de 20 años o embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico que implica, genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre, convirtiéndose en un importante problema para la salud pública. El embarazo en mujeres de 35 o más años se asocia a un aumento del riesgo de



Gráfica 1. Evolución de las quejas concluidas de ginecología vs las quejas de obstetricia, 2001-2015.

presentar una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal.



Gráfica 2. Edad de la usuaria de servicios de salud.

La edad de las usuarias que se presentaron ante la CONAMED de acuerdo a la distribución de los rangos de edad, se ubican principalmente en estratos conformados por población en edad adulta (18.6, 19.4 y 14%, en los rangos de 25 - 29 años, 30 - 34 años y 35 - 39 años, respectivamente).

Entidad de residencia (usuario) contra entidad de la atención (unidad médica). La información que será comentada tiene limitantes respecto al estar analizando las quejas presentadas ante la CONAMED; estas provienen en gran parte de residentes de la Ciudad de México y en menor medida del estado de México; lo anterior al no estar consideradas en el análisis las quejas atendidas por las 26 Comisiones Estatales de Arbitraje Médico existentes.

De su análisis se destacan las siguientes cifras:

- En cuanto a la residencia de las usuarias afectadas que decidieron levantar la queja de ginecología y obstetricia destaca la Región Centro del país con 48% de habitantes del Distrito Federal (hoy Ciudad de México) y 23.7% provenientes del Estado de México, lo que significa que 72 de cada cien usuarias demandantes radican en el Valle de México.

- En forma congruente a lo anterior, las entidades fedrativas donde se ubican las unidades de atención vinculadas a las quejas de ginecología y obstetricia presentadas ante la CONAMED destacan también por su ubicación geográfica céntrica, ya que 72% de ellas (1,979) se ubican en la Ciudad de México (56%) o el Estado de México (15.8%), coincidiendo con la alta concentración de servicios de salud existente en la región, además de la cercanía con la sede en la que se levantó la queja. El resto de las entidades de la República también formaron parte de las estadísticas aunque en menor medida, ya que 30 estados aportan el 28% de las quejas restantes; destacan por la frecuencia de los casos en orden decreciente la participación de Chiapas (60), Guanajuato (55) y Chihuahua (54) ninguno de ellos limítrofe a la capital del país como podría esperarse.

Diagnóstico Principal. Como parte de las variables que intervienen en el conocimiento de la queja, se comentará en el siguiente apartado el diagnóstico inicial por el que la población usuaria acudió a los servicios de salud para su atención, a partir de la cual ocurrió el incidente o inconformidad a partir de la cual se originó la queja.

El análisis de los principales padecimientos que dieron origen a la queja se presentan en el cuadro 2, en el cual se muestra en forma sintética la morbilidad referida por las mujeres durante la conformación del protocolo de la queja, en una organización de diez rubros principales. En primer término destaca, como era de esperarse, las patologías vinculadas al embarazo, al parto y al puerperio, que en sí mismas son responsables del 40% del total de los casos, constituyendo la esencia del quehacer de los servicios de obstetricia. En este apartado se han incluido aspectos tales como complicaciones de la atención quirúrgica, como son la hemorragia y ruptura uterina, además de aborto y leiomiomas del útero.

Por otra parte, las complicaciones de la atención médica y quirúrgica, así como los problemas relativos a los tumores, las infecciones de transmisión sexual, entre otras encabezan la morbilidad propia del ámbito de la ginecología.

II Sobre la institución involucrada. El análisis del total de quejas recibidas pone en manifiesto que de las 2,758 inconformidades relativas a los servicios de ginecología y obstetricia, cuatro de cada cinco de ellas se originó en el sector público (81%) y solo una en el sector privado (19%). No obstante, cuando se analizan solo aquellas de mayor complejidad, resueltas generalmente a través del proceso arbitral, la diferencia se invierte, correspondiendo 65% al sector privado y 35% al sector público.

La información desagregada por subsectores muestra un primer resultado que llama la atención, pues a pesar de la cobertura poblacional semejante que tiene la seguridad social y a aquella que se ubica como no asegurada³, la distribución de las quejas está lejos de ser congruente: 87% de las quejas del sector público provienen del subsector de seguridad social contra solo 13% de la población abierta. Esto se retomará con mayor detalle en apartados siguientes.

Cabe señalar que el comportamiento de las cifras a través

Cuadro 2. Diagnóstico principal que originó la atención que dio origen al incidente que motivó la queja del servicio de ginecología y obstetricia, 2001-2015.

Diagnóstico	Total	%
Embarazo, parto y puerperio	1,084	39.3
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	558	20.2
Tumores	523	19
Procedimientos médicos, incluyendo complicaciones	120	4.4
Infecciones de transmisión sexual	50	1.8
Infertilidad	24	0.9
Enfermedades del sistema genitourinario	16	0.6
Malformaciones congénitas del sistema nervioso	15	0.5
Síndromes	13	0.5
Cistocele	12	0.4
Fracturas y lesiones biomecánicas, no especificadas	11	0.4
Otras causas	24	0.9
No especificado	308	11.2
Total	2,758	100

de los años muestra cambios importantes como puede observarse en el cuadro 3; ejemplo de ello es al interior del sector público, respecto al cual es creciente el peso relativo de la población no derechohabiente, misma que al inicio del periodo representó 6.9%, en tanto que al final de este ya significa más de la cuarta parte de las quejas. Situación similar sucede con el comportamiento del sector privado, cuyo peso relativo respecto al total de quejas varía de 10.1% en el año 2001 a 26.7% en 2015, con valores intermedios y fluctuantes entre ambos extremos del periodo.

Institución donde ocurrió el incidente que originó la queja. Como puede observarse, son las instituciones que integran el subsector de la seguridad social quienes aportan el 70.5% de las quejas analizadas en el presente trabajo, presentando el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la más alta concentración con 60%, 9% el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y de otras dependencias un poco más de 1%, lo que significa un resultado esperado al interior de dicho sector dada la distribución de la población adscrita a las dependencias que lo conforman. En todos los casos se trata de la población que mantiene un empleo formal o que gracias a él la familia entera se beneficia de las prestaciones que se ofrecen.

En cuanto a las instituciones que atienden a población no asegurada, la Secretaría de Salud (SSA) de quien dependen los Hospitales Federales de Referencia, los Hospitales Regionales de Alta Especialidad y los Institutos Nacionales de Salud, así como los Servicios Estatales de Salud, representan apenas un poco más del 10% del total de quejas, cifra incongruente si se considera que la cobertura del Seguro Popular para el año 2014 reporta más de 57 millones de afiliados, cifra comparable en volumen con la cobertura reportada por el IMSS en ese mismo año (59 millones).³

Cuadro 3. Evolución del número de quejas según sector en el que ocurrió el incidente que dio origen a la queja, 2001-2015

Año	Sector público		Sector público	Distribución porcentual		Sector privado	Ambos sectores	Distribución porcentual	
	Seguridad social	Población no asegurada		Seguridad social	Población no asegurada			Seguridad social	Población no asegurada
2001	54	4	58	93.1	6.9	7	65	89.2	10.8
2002	117	10	127	92.1	7.9	33	160	79.4	20.6
2003	146	12	158	92.4	7.6	57	215	73.5	26.5
2004	176	19	195	90.3	9.7	54	249	78.3	21.7
2005	162	16	178	91.0	9.0	49	227	78.4	21.6
2006	159	18	177	89.8	10.2	38	215	82.3	17.7
2007	180	21	201	89.6	10.4	45	246	81.7	18.3
2008	144	24	168	85.7	14.3	40	208	80.8	19.2
2009	164	24	188	87.2	12.8	40	228	82.5	17.5
2010	120	24	144	83.3	16.7	30	174	82.8	17.2
2011	120	28	148	81.1	18.9	32	180	82.2	17.8
2012	131	26	157	83.4	16.6	29	186	84.4	15.6
2013	127	23	150	84.7	15.3	26	176	85.2	14.8
2014	96	24	120	80.0	20.0	19	139	86.3	13.7
2015	49	17	66	74.2	25.8	24	90	73.3	26.7
Total	1945	290	2235	87	13.0	523	2758	81.0	19.0

Cuadro 4. Distribución de las quejas de ginecología y obstetricia según institución donde se originó el incidente, 2001-2015.

Institución	Total	Porcentaje
PÚBLICAS	2,233	80.9
IMSS	1,640	59.5
ISSSTE*	253	9.1
SSA**	252	9.1
Servicios estatales de Salud	36	1.3
PEMEX	20	0.7
SEDENA	10	0.4
SEDEMAR	5	0.2
OTRAS***	17	0.6
PRIVADAS****	525	19.1
TOTAL	2,758	100

* Incluye un caso del ISSSTE estatal.
 ** Incluyendo sus hospitales federales.
 *** Incluye los servicios médicos del Servicio de Transporte Colectivo (8), de la Policía Bancaria (5), de la Policía Auxiliar (3) y de Instituciones Universitarias (1).
 **** Incluye dos casos de laboratorios y gabinetes.

Otro dato que permite dimensionar, al menos parcialmente, la frecuencia de utilización de los servicios de ginecología y obstetricia por parte de la población abierta es el hecho de que 43% del total de egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud (1.3 de un total de 3 millones) registrados durante el año 2015 correspondieron a causas relacionadas con las atenciones al embarazo, parto y puerperio.⁴

De la lectura del cuadro previo, un aspecto que requiere ser analizado con todo detalle es la desigual distribución de las quejas al interior de las instituciones del sector público, las cuales más que obedecer a una cuestión de diferencias en la calidad de la atención o inequidades en el grado de seguridad del paciente que puede caracterizar a la atención médica brindada, se sabe que obedece a cuestiones esencialmente socioculturales.⁵ En efecto, no son pocos los estudios que han puesto en evidencia que la población adscrita a la seguridad social, es decir, de la cual el asegurado es cotizante al aportar periódicamente un porcentaje de sus salario o ingreso, se siente mayormente “empoderado” para protestar, exigir

sus derechos, manifestar sus inconformidades y eventualmente acudir a levantar una queja en relación contra la atención médica recibida.

Este grupo de trabajadores, en términos generales, coincide con el segmento de población con mayores niveles de instrucción, coberturas más amplias de acceso y utilización de servicios de salud, y condiciones laborales y salariales más estables. Por el contrario, las usuarias de “población abierta”, sin derecho a la seguridad social, y actualmente afiliadas en una gran proporción al seguro popular, parecería que no se reconocen con derecho suficiente a tales servicios médicos, consideran que al ser “gratuitos” no debieran ser cuestionados y menos sujetos a reclamación, por lo que simplemente los reciben sin mayores cuestionamientos; por lo tanto es mínima la población que acude a manifestar su queja en contra de los servicios recibidos.

III Sobre la queja y sus motivos. Uno de los aspectos más interesantes cuando se analiza el tema de las quejas lo constituye el apartado de los motivos que se encuentran detrás de estas, y que pueden ser desde causas no tan graves a graves y a muy graves, pero siempre significativas para las vivencias y expectativas de las mujeres atendidas en momentos de gran vulnerabilidad en sus vidas, como podrían ser las ocasiones ante los servicios de obstetricia sujetas generalmente a mucha presión y estrés tanto por parte de las usuarias como de los prestadores de la atención.

El análisis del presente apartado se abordará a partir de las causas expresadas con mayor frecuencia por la población usuaria afectada durante el levantamiento de la queja frente a esta Comisión; siendo precisamente a partir del requisado del protocolo relativo al trámite de las 2,758 quejas, que fueron consignados un total de 4,234 motivos, lo que implica en promedio 1.5 causas por queja. La información se presenta en dos niveles, la primera descrita en diez grandes categorías, (cuadro 5) y la segunda a partir de la desagregación de cada una de estas en rubros más específicos y que se presentan en el cuadro 6, el cual permitirá dar seguimiento a los textos que enseguida se presentan.

Cuadro 5. Principales motivos de queja del servicio de ginecología y obstetricia, según grandes categorías, 2001-2015.

Motivos	Total	%
Accidentes e Incidentes	179	4.2
Atención del Parto y Puerperio	525	12.4
Auxiliares de Diagnóstico	31	0.7
Daños	99	2.3
Deficiencias Administrativas	225	5.3
Diagnóstico	730	17.2
Relación Médico-Paciente	941	22.2
Secuelas	25	0.6
Tratamiento Médico	275	6.5
Tratamiento Quirúrgico	1,204	28.4
Total	4,234	100.0

A partir de una primera visión, destacan por tener un peso relativo mayor los rubros vinculados a los problemas de tratamiento quirúrgico (28.4%), aquellos vinculados a la relación médico-paciente (22.2%), a los que se originan a partir del diagnóstico (17.2%), y por supuesto a los problemas ligados a la atención del parto y el puerperio (12.4%) por mencionar los más relevantes. También se comentan otros no menos importantes, aunque con peso relativo menor, tales como aquellos relacionados con la gestión administrativa, los accidentes e incidentes y los daños y secuelas denunciados por la población inconforme. Del cuadro 6 solo describiremos las cuatro más importantes.

Tratamiento quirúrgico. Por último revisaremos los motivos relacionados con el tratamiento quirúrgico, entendido como el que emplea los medios de la cirugía con la finalidad de extraer o reparar el origen de la enfermedad, orientado a mitigar la causa principal del padecimiento. Esta categoría agrupa 1,204 motivos que representan 28.4% del total (Cuadro 6).

El motivo que se menciona con mayor frecuencia está relacionado con la existencia de secuelas en los pacientes (24.6%), seguido por complicaciones en el postoperatorio (20.3%) y el diferimiento del tratamiento quirúrgico (18.8%) (Cuadro 6).

Relación médico-paciente. Esta categoría incluye 21.7% del total de los motivos enunciados (941), mismos que refiere el usuario en relación a la problemática que mantuvo con el médico o el personal de la salud involucrado en la queja, de forma tal que por dichas razones se ve alterada y lastimada la relación médico-paciente. El primer motivo enunciado es, según el usuario afectado, el haber recibido información errónea o incompleta (40.7% de los casos de la categoría), seguido de la falta de información (36.8%), ya sea en relación al diagnóstico, el tratamiento o la enfermedad; el tercer motivo lo constituye el maltrato por parte del personal médico, situación que representa el 22.5% de los motivos que integran esta categoría (Cuadro 6).

Diagnóstico. Alrededor del tema del diagnóstico, se reporta cerca del 17% del total de motivos, siendo estos 730 en las 2,758 quejas.

Al interior de la categoría, la tercera parte de los motivos se refieren al diagnóstico erróneo (31.2%), seguido de los problemas de diferimiento en el diagnóstico (24.5%), y la falta de información y consentimiento (18.4%) (Cuadro 6).

Atención del parto y puerperio. Incluye en total 525 causas, que representan 12% del global de los motivos.

Al interior de la categoría destacan dos motivos principales: el diferimiento de la atención con 37.7%, las complicaciones surgidas durante la atención del parto con un 57.9% del total de causas, no siendo posible precisar el tipo de complicaciones a los que se hace mención. Solo en un caso se reporta la muerte del producto (Cuadro 6).

Daños y Secuelas. Concentran casi 2.3% del total de motivos, sumando 99 menciones, las cuales se clasifican en tres tipos de daños: físicos, morales o patrimoniales, con un peso relativo al interior de la categoría de 62.6, 19.2 y 18.2%, respectivamente.

En este sentido, otros motivos también frecuentes respecto a la categoría en su conjunto son los daños de tipo moral, en particular la alteración de la dinámica familiar, también llamados etiológicos o concurrentes, que en sí mismos representan 44% de motivos relativos a esta categoría; seguido por los problemas de la alteración de la función o la no reparación del órgano afectado (26.8%).

En cuanto a las secuelas se entiende por estas la consecuencia negativa que queda tras la curación de una enfermedad o un traumatismo, en este caso, aplicada a la recepción de la atención médica, o consecuencia de la misma.

Esta categoría (integrada por 25 motivos enunciados) describe dichas secuelas entendidas por el usuario y enlistadas por el número de casos en que se presenta, es así como la variable presume la existencia de secuelas, con 76% de los casos (19) encabeza esta categoría.

Consecuencias y gravedad del daño. La descripción de este apartado, cuyo propósito es conocer la gravedad del daño sufrido, lleva implícito serias dificultades, las primeras de tipo conceptual ya que si bien partimos del concepto de daño, definido como “la consecuencia física para el paciente que, cuando existe, puede ser con discapacidad temporal, con discapacidad permanente o muerte”, este no necesariamente se expresa de manera precisa durante la fase de requisado del protocolo de la queja, donde con frecuencia se confunde el término “daño” con el de motivo de la queja.

A lo anterior se suman los problemas de reporte, validación y proceso de la información, en la medida que el sistema de registro carece de filtros y controles que permitan asegurar que cada queja necesariamente esté asociada al menos a un motivo y a un tipo de daño. Ante estos problemas, se tiene que de las 2,758 quejas solo en 605 de los casos (21.9%) el usuario afectado mencionó haber sufrido algún daño (en los demás casos [78.1%] el sistema de información arroja la leyenda “sin mención de daño”). En ese sentido, únicamente en relación a los 605 casos se califica la gravedad del daño mencionado; es a partir del reconocimiento de ese segmento de población que puede inferirse que 28.8% de los casos (174) declaró haber sufrido daño permanente, en 105 casos el daño reconocido fue de

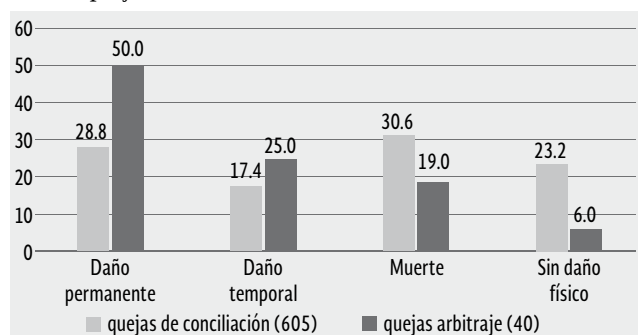
Cuadro 6. Quejas médicas de ginecología y obstetricia según distribución por grandes categorías de motivos, 2001-2015

Motivos	Total	Porcentaje
Administración errónea de un medicamento	3	1.7
Ocurrió trauma obstétrico para el producto	83	46.4
Ocurrió trauma obstétrico para la madre	67	37.4
Presentación de accidentes	12	6.7
Presentación de infección intrahospitalaria	14	7.8
Accidentes e Incidentes	179	100.0
Complicaciones del parto	304	57.9
Complicaciones del puerperio	1	0.2
Diferimiento	198	37.7
Falta de control prenatal	21	4.0
Muerte del producto	1	0.2
Atención del Parto y Puerperio	525	100.0
Diferimiento	16	51.6
Estudios innecesarios	1	3.2
Falsos positivos	10	32.3
Resultados inoportunos	2	6.5
Secuelas	2	6.5
Auxiliares de Diagnóstico	31	100.0
Daños físicos	62	50.0
Daños morales	19	15.3
Daños patrimoniales	18	14.5
Secuelas	25	20.2
Daños y secuelas	124	100.0
Demora prolongada para obtener servicio	133	59.1
Falta de equipo, insumos y/o personal	51	22.7
Falta de medicamento	4	1.8
Maltrato y/o abuso por personal hospitalario no médico	13	5.8
Negación de la atención	24	10.7
Deficiencias Administrativas	225	100.0
Diferimiento en el diagnóstico	179	24.5
Diagnóstico erróneo	228	31.2
Falta de información y consentimiento	134	18.4
Diagnóstico innecesario	65	8.9
Diagnóstico inoportuno	102	14.0
Omisión de diagnóstico	3	0.4
No existen datos de haber realizado un diagnóstico diferencial	19	2.6
Diagnóstico	730	100.0
Falta de información	346	36.8
Información errónea o incompleta	383	40.7
Maltrato	212	22.5
Relación Médico-Paciente	941	100.0
Alta prematura del tratamiento	26	9.7
Complicaciones secundarias: desinformación	55	20.4
Diferimiento	148	55.0
Negación del servicio	14	5.2
Secuelas: exceso terapéutico	11	4.1
Tratamiento inadecuado	15	5.6
Tratamiento innecesario	6	2.2
Tratamiento Médico	275	100.0
Alta prematura de los cuidados postoperatorios	20	1.7
Cirugía innecesaria	35	2.9
Complicaciones del postoperatorio	245	20.3
Complicaciones del transoperatorio	60	5.0
Diferimiento del tratamiento quirúrgico	226	18.8
Extirpaciones erróneas	16	1.3
Secuelas	296	24.6
Técnica inadecuada	115	9.6
Tratamiento no satisfactorio: Falta de consentimiento informado	49	4.1
Tratamiento no satisfactorio: Falta de vigilancia	142	11.8
Tratamiento Quirúrgico	1,204	100.0
Total	4,234	100.0

carácter temporal (17.4%), en 185 quejas la gravedad alcanzó el nivel máximo posible, es decir la muerte (30.6 %), en tanto que en 141 quejas se declaró en forma explícita no haber sufrido daños físicos (23.2%).

La información nos permite hacer una comparación de cifras sobre esta misma categoría de análisis partiendo de un grupo de quejas consideradas del más alto nivel de complejidad, conformado por 40 casos cuya resolución fue definida mediante la emisión de un laudo a través del proceso de arbitraje. Cabe señalar que estos casos corresponden al periodo 2011-2015 siendo la fuente de información el proyecto ARIEL ya antes mencionado.²

La gráfica 3 muestra los porcentajes comparativos obtenidos para los mismos conceptos según dos fuentes de información distinta y dos subgrupos de quejas con niveles de complejidad también diferentes.



Gráfica 3. Quejas concluidas en conciliación y arbitraje según presencia y gravedad del daño (en porcentajes).

La misma información respecto al total de quejas se presenta en el cuadro 8, destacando los diferentes comportamientos según sectores público y privado, e instituciones de seguridad social y de población no derechohabiente. En particular se destaca que la presencia del daño máximo, que es la muerte, se da con mayor frecuencia en las instituciones de seguridad social (33.5%) en tanto que en el sector privado el porcentaje es sensiblemente más bajo (13.5%) (Cuadro 7).

De manera similar, el daño permanente presenta los porcentajes más altos en las instituciones públicas, independientemente de que sean de seguridad social o de población abierta. En forma contraria, los daños temporales son mayoritarios en el sector privado.

Cuadro 7. Quejas concluidas según sector donde se originó el daño según nivel de gravedad, 2001-2015.

Gravedad del daño	Sector público		Sector privado	Total	Distribución porcentual		Sector privado
	Seguridad social	Población no asegurada			Seguridad social	Población no asegurada	
Daño permanente	144	19	10	173	30.9	29.2	13.5
Daño temporal	73	10	21	104	15.7	15.4	28.4
Muerte	156	20	10	186	33.4	30.8	13.5
Sin daño físico	93	16	33	142	20	24.6	44.6
Con mención de daño	466	65	74	605	100	100	100

Consentimiento informado. A pesar de que en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012⁶ sobre el expediente clínico refiere la obligatoriedad de incorporarlo, se ha identificado que en los expedientes de las quejas el 53% está completo, el 31% no se cumple a cabalidad y el 16% no está especificado, dentro del 31 % que no se cumple con cabalidad se desglosan los siguientes porcentajes: el 20.6% está incompleto, el 9.7% está ausente y en el 0.5% no se aplicó.

V Sobre la conclusión del proceso. Como parte de la revisión y seguimiento de las quejas objeto de este análisis, la institución determinó que 1,632 expedientes no mostraron evidencia de mala práctica, lo que implica resultados positivos en 59.2% del proceso de evaluación del acto médico.

En este sentido, respecto a las quejas que se presentaron en el periodo 2001-2015 en las que se vincula el servicio de Ginecología y Obstetricia se concluye que el 50.7% de los casos (1,397) se resolvieron por medio de la conciliación a través de la firma de un convenio donde queda de manifiesto los acuerdos tomados por ambas partes. El análisis por submodalidad nos señalan un mayor detalle al respecto: 57 de cada cien casos conciliaron debido a que hubo “aclaración aceptada” por ambas partes, en otros 42 de cada cien llegaron a una transacción y en el 1% restante se dio un desistimiento de la acción.

Por otra parte, en 724 quejas (26.3% del total inicial) simplemente no hubo conciliación, en la medida que no fue posible solventar los problemas mediante esta modalidad;

Cuadro 8: Quejas de ginecología y obstetricia, según modalidad de conclusión de la fase conciliatoria, 2001-2015.

Modalidad de la conciliación	Total	Porcentaje
Conciliación	1,397	50.7
No conciliación	724	26.3
Enviada a arbitraje	253	9.2
Por falta de interés procesal	357	12.8
Improcedencia	19	0.7
Por fallecimiento del quejoso	3	0.1
Acumulación de autos	2	0.1
No especificado	3	0.1
Total	2,758	100

es decir que después de concluidas las audiencias convocadas por la CONAMED, se mantienen las diferencias de posición respecto al conflicto sin que medie ningún tipo de solución.

Cabe mencionar que durante el proceso conciliatorio, un 12.8% de los involucrados (357 quejas que iniciaron el trámite respectivo) pierde interés en el seguimiento del proceso, lo que ocurre por diversas causas (no documentadas ni suficientemente estudiadas) entre las cuales se incluye la negativa del médico a presentarse ante la convocatoria recibida por CONAMED, o bien ante la percepción del usuario sobre la ausencia de imparcialidad institucional, o el sentir de no credibilidad ante sus dichos, o inconformidad respecto a la duración del proceso, entre otros aspectos.

Un segmento de población inconforme, de gran interés para el análisis de las quejas y su forma de conclusión, lo constituye aquel grupo de usuarios que no habiendo quedado satisfecho con el proceso conciliatorio decide continuar por la vía del proceso arbitral, aceptando la fase decisoria en la cual la CONAMED se constituye como árbitro del proceso. Tal es el caso de 253 quejas (9.2%) que fueron enviadas a arbitraje para que, en el mejor de los casos, su conclusión se dé vía la emisión de un laudo.

El cuadro 9 pone en evidencia las diferentes submodalidades del proceso arbitral cuyo análisis parte de las 253 quejas que fueron remitidas para su atención mediante este proceso.

Cuadro 9. Quejas de ginecología y obstetricia según submodalidad de conclusión en Arbitraje Médico

Submodalidad Arbitraje	Total	Porcentaje
No conciliación/por falta de interés procesal	113	44.7
Por laudo	87	34.4
Amigable composición	27	10.7
Conciliación	26	10.3
Total	253	100

Las modalidades de conclusión de la queja en este proceso arbitral permiten que en cualquier momento, si así lo deciden las partes, se pueda resolver la controversia mediante diversas alternativas, mismas que se muestran en el cuadro anexo en relación a las quejas de ginecología y obstetricia que se han venido analizando: con la intervención de un tercero imparcial, a través de una conciliación en el proceso arbitral se solucionaron 26 quejas (10.3% de los casos de arbitraje), a través de una amigable composición, acción semejante a una transacción, se resolvieron otras 27 quejas (10.7%), mediante la emisión de un laudo que en este caso fue la opción de 87 usuarios se concluyó 34.4% de los casos remitidos originalmente; y como cuarta opción de conclusión, la alternativa más numerosa, pero también la menos conveniente referente a la no conciliación que en este caso fue la conclusión de 113 casos cerca de la mitad de las quejas (44.7%) remitidas para su atención en arbitraje.

Conclusiones y recomendaciones. a) Uno de los campos pendientes de estudio es la profundización y el conocimiento de lo que hay detrás de los motivos enunciados como origen del levantamiento de la queja; sin tener la certeza, parecería que no son solo problemas o errores médicos cometidos en lo individual por los médicos y el personal de salud, sino que tienen un carácter más global o sistémico que requiere de la participación conjunta de toda la institución. b) Lo anterior implica que habrá que estudiar con mayor detalle en qué medida estos problemas obedecen a carencia de supervisión de procesos, a escaso apego a manuales de procedimiento y guías clínicas, falta de material e infraestructura e insuficiencia de personal o a exceso de cansancio del mismo.

c) Es importante analizar con mayor profundidad aquella proporción de quejas cuyo trámite no se continúa por causa de la falta de interés de las personas. En el caso de los médicos que no responden a la convocatoria de CONAMED habrá que buscar alternativas o incentivos para que acudan y cumplan con el deber ético que les corresponde. Si es la población usuaria la que suspende el trámite, es responsabilidad de CONAMED encontrar ventanas de oportunidad para el mejoramiento de los procesos, pretendiendo con ello asegurar la satisfacción de la población afectada. d) Para sistematizar y asegurar este tipo de análisis es importante contar con un adecuado sistema de información que permita la obtención sistemática, homogénea y oportuna de información desde el nivel local (que beneficiaría a los tomadores de decisión desde la unidad médica) hasta asegurar bases de datos en el ámbito nacional. El contar con datos confiables sobre el número y las características de la queja médica contribuirían también al fortalecimiento de las estadísticas en salud, imprimiendo gran impulso hacia nuevas categorías de análisis.

e) Finalmente, es importante destacar que a partir de la experiencia vivida en forma cotidiana por la CONAMED, a través de la revisión y análisis de los casos recibidos, la institución cuenta con los elementos suficientes y necesarios para retroalimentar al Sistema Nacional de Salud en materia de recomendaciones para la mejora de la calidad y la educación médica en materia de Ginecología y Obstetricia, tal como puede verse en el material que se encuentra en el siguiente link: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/recomendaciones.php

REFERENCIAS

1. Mortalidad y Morbilidad Materna. Serie de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH) [internet] Organización de las Naciones Unidas [consultado el 11 de Noviembre 2017]. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_MMM_WEB_SP.pdf
2. Informe Estadístico Sobre Laudos Concluidos 2012-2016. Dirección General de Investigación y Difusión [internet]. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) [consultado el 11 de noviembre 2017]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/273282/ARIEL_2012_2016.pdf

3. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT 2016) [internet]. Cuernavaca: Secretaria de Salud; 2016 [acceso 15 de Marzo 2017]. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf

4. Dirección General de Información en Salud. Bases de datos sobre egresos hospitalarios [internet]. Secretaria de Salud [consultado el 10 de Octubre 2016]. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_egresoshospitalarios_gobmx.html

5. Hamui L, Fuentes R, Aguirre R, Ramírez de la Roche O. Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de satisfacción con la atención médica. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2013 [consultado el 10 de Octubre 2016]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/bmnd/SatisfaccionAtencionMedica.pdf>

6. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación [internet]. Secretaria de Salud [consultado el 10 de Octubre 2016]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787