

## Trabajos Originales

# Análisis de 7 años de la queja en gineco-obstetricia por la Comisión Estatal de Arbitraje Médico en Oaxaca, México

Marcelo Fidias Noguera Sánchez<sup>1</sup>, Miguel Ángel Mancera Resendiz<sup>2</sup>, Fernando Said Ramírez García<sup>3a</sup>, Cesar Esli Rabadan Martínez<sup>4</sup>, Omar Calvo Aguilar.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Comisión de Arbitraje Médico de Oaxaca, Consejero propietario. <sup>2</sup>Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, Secretario propietario. <sup>3</sup>Director de Informática y del Sistema de Quejas Médicas de la Comisión de Arbitraje. <sup>4</sup>Servicios de Salud de Oaxaca. <sup>5</sup>Comisión de Arbitraje Médico de Oaxaca, Consejero Presidente. México.

<sup>a</sup> Ingeniero.

## RESUMEN

**Antecedentes:** Se realizó la revisión de 7 años del Sistema de Quejas Médicas en la Comisión Estatal de Arbitraje Médico del Estado de Oaxaca, México, entidad autónoma y calificada para dirimir el proceso de inconformidad durante el fenómeno de la atención médica. Se analizaron todas las quejas, formas de resolución y en especial se identificó la queja en gineco-obstetricia. **Objetivo:** Caracterizar la inconformidad en la queja del usuario en la especialidad de gineco-obstetricia. **Método:** Investigación documental, descriptiva, transversal, retrospectiva y sin implicaciones éticas, efectuada mediante el análisis de bases de datos del SAQMEDO de enero de 2008 a abril de 2015. Se seleccionaron todos los expedientes de quejas médicas de la especialidad, entre todas las presentadas. **Resultados:** El Instituto Mexicano del Seguro Social fue la entidad más frecuente en quejas médicas seguida por la medicina privada. Por octavo año consecutivo la ginecología y obstetricia prevalece como líder en quejas de los usuarios, sumando en el actual análisis 100 de 438 quejas. El origen de las quejas resulta de la deficiencia en la otorgación del servicio institucional y privado que contabilizó el 69% de los casos. **Conclusiones:** La falta en el proceso de la evaluación del desempeño ha sido fundamental en la repetición de la queja en gineco-obstetricia. A lo largo de 8 años se ha repetido el modelo vicioso, sin que las instituciones hagan algo a cambio. De continuar ignorando el problema de manera local conseguiremos que éste ciclo se perpetúe.

**PALABRAS CLAVE:** *Queja médica, calidad de la atención médica, error médico, arbitraje médico, negligencia profesional, eventos adversos*

## SUMMARY

**Background:** It has been made a complete analysis of 7 years in the State Commission of Medical Arbitration in Oaxaca, one of the southern states in México. This Commission is the legal entity to judge the process of malpractice. The study was aim to identify the obstetrics and gynecology complains. **Objective:** Characterize the medical complain in the obstetrics and gynecology specialty. **Method:** It was conducted a documentary research, descriptive, transversal, retrospective and without ethical implications, through analysis of databases of the State Commission of Medical Arbitration of Oaxaca, corresponding to 2008 - 2015 activity report; we selected records were medical complaints in the specialty of gynecology-obstetrics. **Results:** The Mexican Institute of Social Security Services became the most demanded medical provider closely followed by the private practice. Obstetrics and gynecology was the most demanded medical specialty for 8th uninterrupted years. From 438 claims 100 accounted to this specialty. The failure to give or

perform the service was the origin of the complains. *Conclusion:* Absence of risk assessment and supervision of competence in the performance of the medical process were the most forthcoming issues when malpractice were continue to identified. Eight in a row years of failure to amended these vicious process speaks for itself. Lots of hard work are to be consider as a reliability strategy.

**KEY WORDS:** *Medical complaint, quality of medical care, medical arbitration, medical errors, malpractice, adverse events*

## INTRODUCCIÓN

Hacia el año 2006, inicia sus actividades la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca (CEAMO), atendiendo quejas de las diferentes especialidades, dentro de estas las derivadas de la prestación de servicios en Ginecología y Obstetricia es una de las más importantes por la relevancia con respecto a la mortalidad materna. En la revisión realizada en año 2007 del archivo estatal de quejas médicas, y el sistema de quejas médicas (SAQ-MEDO) de la CEAMO, la especialidad de gineco-obstetricia fue las más frecuente y la segunda más frecuente en el archivo estatal de quejas médicas.

Se identificaron algunos puntos de mejora, entre ellos: A) Dos terceras partes de la atención de los eventos gineco-obstétricos fueron otorgados por especialistas y sólo el 43% de éstos estaban certificados por el consejo de la especialidad. B) También fue relevante lo que concernió a la responsabilidad y mala práctica médica; en el 75% de los dictámenes medico-periciales se juzgó que existió responsabilidad y mala práctica médica. Valor que por sí mismo, infiere un peso específico determinante al estudio original de la CEAMO, cuando se analiza y compara los datos de éste Estado contra los publicados por Fajardo-Dolci y cols en una revisión de 11 años publicada en 2009, con datos obtenidos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) (1), donde se publica que sólo el 27% de las quejas resultaron en responsabilidad y/o mala práctica médica. Ahora los autores retoman y amplían la investigación y el análisis de 7 años de ejercicio de la CEAMO desde 2008 a la fecha.

La CEAMO es un órgano autónomo estatal creado hacia el año 2004, con plena autonomía técnica para emitir opiniones, acuerdos y laudos, pero cuyo principal objeto es la resolución de conflictos suscitados entre usuarios de los servicios médicos y los prestadores de servicios a la salud de carácter público, privado y social, así como contribuir a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios médicos en Oaxaca (2). Por ser un medio alternativo para solución de conflictos los usuarios acuden por voluntad para resolver sus diferencias e insatisfacción en la atención médica recibida, de manera que son controversias civiles las que resuelven por medio del modelo mexicano de arbitraje médico.

La calidad de la atención médica está relacionada con la oportunidad para otorgar atención con base en los conocimientos y principios éticos de los profesionales de la salud, con el propósito de satisfacer y cumplir las expectativas de los pacientes en los servicios de salud. El modelo actual de medición de la satisfacción en los servicios otorgados es donde se le concede al usuario valorar el cumplimiento de las expectativas en su servicio. Esto confiere un papel predominante al paciente, el valorar la satisfacción o insatisfacción obtenida basada en el trato, los resultados y el costo de la atención, en su mayoría las consecuencias de la atención se manifiestan en un futuro que frecuentemente resulta difícil de conocer, lo que se juzgan son las expectativas de resultados que se podrían atribuir a la atención en el presente (3).

Donabedian (4), describió la calidad de la atención en tres dimensiones: la técnica, la interpersonal y la de las comodidades. La primera entendida como la aplicación de la ciencia y tecnología aplicada al problema de salud del paciente. La segunda se expresa en la relación que se establece entre prestadores y receptores de los servicios. Por último, las comodidades son los elementos del ambiente físico que rodean el proceso de atención. Los usuarios favorecen la atención de los factores interpersonales y las comodidades, mientras que los prestadores a la técnica aplicada a la ciencia.

En el momento que la atención que esperan los pacientes no alcanza sus expectativas, surge la inconformidad que genera la queja contra el personal de salud, sean servicios públicos o privados, se realizan las demandas por negligencia o mala práctica y en la mayor parte de los casos, el reclamo para reembolso de gastos efectuados por los pacientes inconformes con la atención recibida. Esto es una práctica común en los países desarrollados, sin embargo, en los países en desarrollo se ha incrementado en años recientes, nuestro país no es la excepción (5).

Con la creación de la CONAMED se genera un precedente en la aplicación de la justicia restaurativa en el año 1996, ya que este tipo de modelo de justicia era aplicado sólo en Europa, es hasta el año 2011 que la presentación de los métodos alternos de solución de conflictos aparece en la modificación de la Constitución Mexicana. Se intenta ahora

que estas instituciones sean quiénes analicen las inconformidades de las actividades profesionales médicas de toda índole y gravedad (6).

La "cultura de la queja médica" en nuestro país ha tenido un incremento muy importante, de manera que si analizamos las estadísticas del Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED), se encuentra que en 1996 (año en que inició actividades la CONAMED) hubo 1.018 usuarios con una inconformidad; para el año 2007 la demanda se incrementó más de 500%. En los reportes de la CONAMED se encuentra que en el periodo 1996-2007 se atendieron 182.407 casos, de los cuales 18.443 se constituyeron como queja, que corresponde al 10% de los reportes (7).

Estudios efectuados en otros países han demostrado que la aparición de eventos adversos durante la atención médica, no siempre se asocia con quejas o demanda de pago contra el personal de salud, y que un gran número de estas demandas son archivadas por no haber responsabilidad profesional. La percepción que el usuario tiene en relación con la calidad de la atención recibida es un elemento que se ha medido en sociedades con características diferentes, en donde la satisfacción de las necesidades personales, y de seguridad en la institución de salud que atiende a los derechohabientes, se ha asociado con la presentación de quejas por baja satisfacción (8).

Estas situaciones originan que las insatisfacciones recibidas en la atención médica fomenten la cultura de la demanda, manifiesta en una queja médica, motivo por el cual se presenta la oportunidad de realizar una revisión y análisis de los informes y reportes de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca, con el propósito de identificar la queja médica, con insistencia en la atención ginecobstétrica.

## MATERIAL Y MÉTODO

Investigación documental, descriptiva, transversal, retrospectiva y sin implicaciones éticas, efectuada mediante el análisis de bases de datos del SAQMEDO de enero 2008 a abril 2015, en donde se seleccionaron todos los expedientes de quejas médicas de la especialidad de gineco-obstetricia, entre todas las presentadas. Se analizaron las siguientes variables: total de casos atendidos (desagregado en orientaciones, asesorías especializadas, inconformidades, dictámenes médicos, laudos y recomendaciones), tipo de institución (seguridad social, asistencia social y medicina privada), así como la modalidad de la conclusión de las inconformidades (gestión inmediata, conciliación, laudos, no conciliación, desistimiento, irresolubles, enviadas a otras comisiones y en arbitraje) y el total de dictámenes emitidos en esta especialidad.

## RESULTADOS

La revisión de los archivos del SAQMEDO de enero de 2008 a abril de 2015, reportó que se proporcionaron 4.449 atenciones, de las que 2.040 fueron orientaciones, 1.483 asesorías especializadas, 850 inconformidades médicas, 53 dictámenes médicos, 5 laudos y 11 recomendaciones (Tabla I). Se observó que la gestión inmediata fue de 455 casos. La asesoría 1.483 casos y la orientación 2.040 fueron los mecanismos más importantes en la conclusión de las inconformidades.

La modalidad de conclusión de las inconformidades fue: gestión inmediata con 455 casos

**Tabla I**  
**ATENCIONES REPORTADAS DEL AÑO 2008**  
**A ABRIL 2015**

Atenciones otorgadas	Total	%
Orientaciones	2.040	45,92
Asesorías especializadas	1.483	33,38
Inconformidades	850	19,13
Dictámenes Médicos	53	1,93
Laudos	5	0,11
Recomendaciones	11	0,24

(59,71%), seguida de conciliación de las partes con 113 casos (17,54%), el resto de las inconformidades se presenta en la Tabla II.

El origen en la responsabilidad de las quejas fueron: deficiencia en la prestación del servicio institucional con 176 quejas (40,46%), seguida de deficiencia en la prestación del servicio en la medicina privada con 125 quejas (28,74%), el resto se presenta en la Tabla III.

También revisamos las quejas según la institución de origen: quejas según la institución de medicina privada, Instituto Mexicano del Seguro Social y Servicios de Salud de Oaxaca, el total de quejas hacia instituciones dadoras de servicio médico fue de 850. Por unidad hospitalaria incluimos sólo las que obtuvieron más de 5 inconformidades: Hospital General de Zona No. 1 IMSS con 198 quejas (45,52%), seguido por Consultorios privados con 164 quejas (37,70%), el resto de las instituciones se presenta en la Tabla IV.

En cuanto a las quejas por especialidad, se obtuvo un total 432 reclamos, de ellos la especialidad de Gineco-Obstetricia fue la más demandada con 100 quejas (23,14%), seguida por Cirugía General con 44 quejas (10,18%). El resto de las quejas por especialidad y servicios se presenta en la Tabla V.

**Tabla II**  
**MODALIDAD DE CONCLUSIÓN DE**  
**INCONFORMIDADES**

Atenciones otorgadas	Total	%
Gestión inmediata	455	59,71
Conciliación de las partes	133	17,54
Desistimiento	77	10,10
Falta de interés	9	1,81
Enviadas a CONAMED	9	1,81
Varias	71	9,31
Arbitraje	1	0,13
Improcedencia	6	0,78
No conciliado	1	0,13
<b>Total</b>	<b>762</b>	<b>100,0</b>

Varias: Explicación Médica, Acuerdo económico, Reembolso de gastos y Tratamiento

**Tabla III**  
**ORIGEN DE RESPONSABILIDAD**  
**DE LAS QUEJAS**

Atenciones otorgadas	Total	%
Deficiencia en la prestación de servicio institucional	176	40,46
Deficiencia en la prestación del servicio en la medicina privada	125	28,74
Negación en la prestación del servicio	38	8,74
Evidencia de mala práctica médica	41	9,43
Cobro excedido de los servicios o servicios no incluidos	27	6,21
Falta de equipos o insumos	16	3,68
Servicios no concluidos	12	2,76
<b>Total</b>	<b>435</b>	<b>100,0</b>

**Tabla IV**  
**QUEJAS POR UNIDAD HOSPITALARIA**

Atenciones otorgadas	Total	%
Hospital General de Zona No. 1	198	45,52
Consultorios Privados	164	37,70
Hospital Aurelio Valdivieso SSO	110	25,29
Hospital Presidente Juárez	96	22,07
Hospital General Salina Cruz SSO	18	4,14
Hospital Regional de Alta Especialidad	9	2,07
Clínica Privada Reforma	9	2,07
Hospital de la Niñez Oaxaqueña	9	2,07
Hospital General de Zona No. 2 IMSS	9	2,07
Hospital General San Pablo Huixtepec	8	1,84
Clínica Privada 2002	7	1,61
Hospital General de Zona IMSS Tuxtepec	7	1,61
Hospital Regional San Pedro Pochutla SSO	7	1,61
<b>Total</b>	<b>435</b>	<b>100,0</b>

**Tabla V**  
**QUEJAS POR ESPECIALIDAD**

Atenciones otorgadas	Total	%
Gineco-Obstetricia	100	23,14
Cirugía General	44	10,18
Traumatología	38	8,79
Medicina General	36	8,33
Odontología	36	8,33
Urgencias Quirúrgicas	20	4,62
Oftalmología	16	3,70
Pediatría	19	4,39
Medicina Familiar	13	3,00
Anestesiología	12	2,77
Medicina Interna	10	2,31
Neurología	8	1,85
Ortodoncia	8	1,85
Oncología Médica	8	1,85
Cirugía Plástica	7	1,62
Gastroenterología	6	1,38
Urología	6	1,38
Administración	6	1,38
Enfermería	5	1,15
Cirugía Neurológica	4	0,09
Cirugía Maxilofacial	4	0,09
Cirugía Oncológica	4	0,09
Otorrinolaringología	3	0,69
Dermatología	2	0,46
Cirugía Pediátrica	2	0,46
Servicios auxiliares de diagnóstico	2	0,46
Medicina del Trabajo	1	0,23
Angiología y clínica del dolor	1	0,23
Laboratorio y gabinete	1	0,23
Epidemiología	1	0,23
Medicina Transfusional	1	0,23
Reumatología	1	0,23
Endocrinología	1	0,23
Patología Clínica	1	0,23
Radiología e imagen	1	0,23
Cirugía Endoscópica	1	0,23
Cirugía Cardiotorácica	1	0,23
Psiquiatría	1	0,23
Neumología	1	0,23
<b>Total</b>	<b>432</b>	<b>100</b>

En la especialidad de gineco-obstetricia la queja específica por rubro de atención fue de valoraciones inadecuadas en el trabajo de parto, deficiente seguimiento en el último trimestre del embarazo, hemorragias postevento obstétrico, complicaciones anestésicas, óbito durante el trabajo de parto, oclusiones tubarias fallidas, falta de consentimiento informado, mala atención en el cuidado del embarazo, errores en el control prenatal, negación de la atención de parto y mal diagnóstico en enfermedades del útero.

Respecto a la responsabilidad institucional se identificó: la falta de personal, equipo e insumos y sobredemanda en el servicio, información insuficiente en cuanto a las expectativas reales del proceso de atención.

## DISCUSIÓN

El Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) prevalece como la institución con más quejas, seguido de la medicina privada y los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO) en tercer lugar. Esta tendencia no difiere de la encontrada en otras publicaciones nacionales. En el 2010, Noguera-Sánchez y cols (9), publicaron que la especialidad de gineco-obstetricia era la segunda especialidad con más quejas en el Archivo Estatal de Quejas en el estado de Oaxaca y la más frecuente en el SAQ-MEDO. Gineco-obstetricia después de la revisión de 7 años y hasta abril del presente año 2015 continua siendo la más frecuente, el porcentaje en la publicación referida fue de 21,2% y el actual de 22,8%.

Más de dos terceras partes de las quejas correspondieron a derechohabientes, información que difiere de la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 donde la percepción de los usuarios es satisfactoria hasta en un 80% en las instituciones públicas, lo que nos da una guía sobre la percepción estatal en la atención de la salud (9).

El problema central que se obtiene de estos resultados, en éste segundo análisis, es la persistencia de las quejas para la especialidad de gineco-obstetricia. El enfoque que deberíamos dar al presente fenómeno debería ser porque estas condiciones en la atención derivada del acto médico permanecen inamovible a lo largo de más de 8 años. Muchas de las cifras que se han hecho públicas sobre la epidemiología de los eventos adversos previsibles dependen de extrapolaciones o de estimaciones, y casi siempre se refieren a pacientes hospitalizados. Las más conspicuas han sido las publicadas por el Institute of Medicine de Estados Unidos, en el libro titulado "To err is human. Building a better health system" (10), que se fundamenta en un estudio de la Universidad de Harvard y otro que se realizó en hospitales de Utah y Colorado, y que originó una gran cantidad de comentarios. El estudio de Har-

vard consistió en el análisis de más de 30.000 expedientes de hospitales no psiquiátricos en Nueva York, en los que se encontró una tasa de eventos adversos de 3,7%, un tercio aproximadamente de los cuales se atribuyeron a negligencia.

A partir de estos estudios, el Institute of Medicine concluyó que si lo mismo ocurría en todos los hospitales de la unión americana, debía haber en todos los Estados Unidos de 44.000 a 98.000 muertes anuales por errores de los médicos, lo cual, aun considerando la cifra más baja, nos califica a los médicos como más letales que los accidentes automovilísticos, el cáncer de mama o el SIDA. Uno de los autores del estudio de Harvard, Lucien Leape, dice que el número de muertos por errores médicos equivale a que se estrellen tres jumbo-jets cada dos días y mueran todos sus ocupantes. Estas noticias no pasarían inadvertidas para los periódicos, insinuando que los medios no le dan suficiente importancia a las muertes iatrogénicas. Su concepto de error se basa en que son fallas, por razones prevenibles, ya sea para completar una acción planeada o derivadas de utilizar un plan equivocado para lograr un objetivo.

Tendremos que visualizar la administración del error, para que logremos disminuir esta realidad bajo el concepto de la virtud del error. Más que en los errores mismos, habría que poner atención en la respuesta de quien los comete. El error es la fuente de retroalimentación más rica y enriquecedora en la experiencia humana, y que debemos estar preparados para convertir los errores en oportunidades de avance y mejoría (11).

Existen visiblemente algunas variables relacionadas con mayor riesgo de realizar errores médicos: inexperiencia de los médicos o el personal (impericia), introducción de procedimientos nuevos, cuidados complejos, atención de urgencia, estancia prolongada, insuficiencia de recursos, procedimientos mal sistematizados, desorden administrativo, relación médico-paciente inadecuada, relaciones interpersonales deficientes, cansancio de los médicos. Estos factores de riesgo tienen una alta frecuencia en las condiciones actuales de la práctica clínica. Por ejemplo, nuestro sistema de salud, con base en la necesidad de propiciar la formación médica, se sustenta precisamente en médicos inexpertos, que no siempre cuentan con la debida supervisión y asesoría. El primero que atiende a un paciente, aun grave o de urgencia, no es el más experto, sino el menos, porque así aprende. El experto suele participar en un segundo tiempo, a veces para corregir los errores que se cometieron en el primero. La práctica contemporánea implica la introducción frecuente de nuevos procedimientos, como marca de progreso, y por tanto, la multiplicación de las oportunidades de error. Nuestro sistema funciona con base en médicos cansados. Las residencias están diseñadas para aprender a actuar en

estas condiciones porque se asume que así tendrá que ser toda la vida profesional (12).

## CONCLUSIONES

Aprender de estas condiciones de la práctica médica que generan eventos adversos previsible para crear sistemas de estandarización y normalización para la *lex artis* médica dentro de las unidades o instituciones repetidoras de quejas y demandas por malos resultados, podría contender como una solución a esta realidad. El objetivo será implementar verdaderamente sistemas para evaluación, seguimiento, supervisión real y corregir las malas prácticas en la atención de gineco-obstetricia, sin ambages y afrontando el tamaño del problema. El resultado de la identificación del origen de la queja en nuestra especialidad deberá producir políticas públicas dirigidas a corregir la consuetudinaria repetición del error médico.

## REFERENCIAS

1. Fajardo-Dolci GE, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J, Hernández-Ávila M, Kuri-Morales P, Gómez-Bernal E. Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007. *Salud Pública Mex* 2009;51:119-25.
2. Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca. Decreto de Creación CONAMED, Diario Oficial de la Federación, junio 1996.
3. Donabedian A. Garantía y monitoria de la calidad de la atención medica. Un texto introductorio. México D. F. Instituto Nacional de Salud Pública 1990; *Perspectivas en Salud Pública*, pp 10-12.
4. Donabedian A. La calidad de la atención medica. Definición y métodos de evaluación México DF Ediciones científicas. La prensa médica mexicana, 1984.
5. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Información estadística, institucional. CONAMED 2002. Disponible en: [www.conamed.gob.mx](http://www.conamed.gob.mx).
6. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Decreto de Creación CONAMED Diario oficial de la Federación. Junio 1996.
7. Aguirre HG, Campos CE. Análisis crítico de quejas CONAMED 1996-2007. *Rev CONAMED* 2008;13(2):5-16.
8. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
9. Noguera-Sánchez MF, García-Kavanagh R, Cruz-Rojas RE. La queja médica derivada de la atención en Gineco-obstetricia. *Ginecol Obstet Mex* 2010;78(5):281-6.
10. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human. Building a better health system. Institute of Medicine. 2000.
11. Leape LL, Brennan TA, Laird NM, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *NEJM* 1991;324:377-84.
12. Lifshitz A. El ejercicio actual de la medicina (Seminario). Los errores médicos. Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2004/ponencia\\_may\\_2k4.htm](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2004/ponencia_may_2k4.htm).