

# Síntesis del Informe de Actividades enero-marzo de 1999

**E**n el período correspondiente de enero a marzo de 1999, se atendieron mediante asesoría 409 asuntos, lo que significa un incremento del 3% respecto de los 397 del mismo período del año anterior. Del total, 179 (43.8%) fueron por comparecencia directa, 99 (24.2%) por vía telefónica y 131 (32.0%) por correspondencia.

En 84 de estos asuntos (20.5%) la materia no fue competencia de la Comisión, toda vez que se referían fundamentalmente a pensiones, solicitudes de dictamen médico para contar con una prueba preconstituida, inconformidad por servicios funerarios de instituciones de seguridad social, solicitudes para visitas médicas a reclusos, cobros excesivos en servicios médicos privados, peticiones para que se retire la cédula profesional, y algunos otros de carácter administrativo.

En estos casos se orientó y asesoró cabalmente a los peticionarios para que acudieran a las dependencias u organismos competentes para conocer, atender y resolver su inconformidad, exponiendo las razones por las cuales la Comisión no era competente.

En 21 asuntos más, que representaron el 5%, se brindó a los quejosos una amplia explicación técnico-médica, acerca de la naturaleza, características y evolución de su padecimiento, disipando con ello las dudas que motivaron la inconformidad; ya que en esencia no había controversia alguna, sino una deficiente comunicación médico-paciente.

De los 304 asuntos restantes, en 269 (88.5%) no se contaba con suficiente información que permitiera

calificar la admisión de las quejas, por lo que se orientó a los quejosos para que sustentaran debidamente su inconformidad. Es importante señalar que sólo en cinco de estos casos, los quejosos no regresaron con la información solicitada, por lo que se tipificaron como falta de interés.

Una vez que se contó con información suficiente, de los 264 asuntos restantes, 196 (74.2%) se admitieron como quejas y se abrieron los expedientes respectivos, 56 (21.2%) no fueron competencia de la Comisión y en 12 (4.6%) los quejosos se desistieron de su planteamiento, toda vez que ante la manifestación del quejoso de presentar queja ante CONAMED, el prestador del servicio aceptó dirimir la controversia sin necesidad de acudir a la Comisión.

Por otra parte, el contar con una línea de larga distancia gratuita ha permitido dar orientación a dos mil 867 personas, tanto del Distrito Federal, como de otras entidades federativas que solicitaron desde información relativa a ubicación y horarios de atención, requisitos para la presentación de la queja, hasta criterios orientadores para seleccionar médico tratante o unidad médica.

En cuanto a la apertura de expedientes de queja, se admitieron 468 inconformidades, cifra muy similar a la que se presentó durante el mismo trimestre del año anterior, que ascendió a 436, registrándose con ello un incremento del 7.3% durante este período que se informa.

Del total de quejas recibidas, 331 (70.7%) fueron presentadas por comparecencia, 107 (22.9%) por correspondencia y 30 (6.4%) por vía telefónica.



Del total de las quejas admitidas, 207 se remitieron para su análisis e investigación a la Dirección General de Conciliación (quejas provenientes del Distrito Federal), 146 fueron enviadas a la Dirección General de Coordinación Regional (quejas que se originaron en diversas entidades de la República) y 109 fueron atendidas de manera inmediata en la Dirección General de Orientación y Quejas.

Bajo la modalidad de Conciliación "A" se atendieron y resolvieron, en el mismo momento que fueron presentadas, 79 quejas que representaron el 16.9% del total de las quejas admitidas; mientras que a través de Conciliaciones "B" se abordaron 30 casos, que significaron el 6.4%, lo que en conjunto nos reporta una cifra de 109 casos resueltos de manera inmediata (23.3%).

Las 6 quejas restantes fueron turnadas a las Comisiones estatales del Estado de México (5 asuntos) y de Guanajuato (1) por ser de su competencia.

Por prestador del servicio, las quejas contra el IMSS ocuparon el 48.2% (211), cifra muy similar a la registrada el año pasado. De sus unidades, las que mayor número de quejas registraron, fueron el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI; el Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes" y el Hospital General de Zona número 8.

De médicos y establecimientos privados, hubo un 24.7% (108), de los cuales 56 correspondieron a personas físicas y 52 a diversos hospitales y clínicas, en tanto que del ISSSTE, el porcentaje llegó a 18% (79), resaltando por su mayor número de quejas los hospitales 1° de Octubre, Zaragoza, Darío Fernández y Adolfo López Mateos.

De prestadores como la Secretaría de Salud, los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, y otros, el porcentaje llegó a 9.1% (40).

Por entidad federativa, la mayor afluencia de quejas, sin considerar Conciliaciones "B", —provino al

igual que en los períodos anteriores— en una mayor medida del Distrito Federal con 295 asuntos (67.4%), posteriormente del Estado de México con 54 casos (12.3%), Puebla con 11 (2.5%) y Guanajuato 9 (2%). En conjunto estas quejas suman el 84.2% del total.

Por lo que toca a las actividades de conciliación, se recibieron 353 quejas, que aunadas a las 289 que estaban en proceso al final del año de 1998, conformaron un total de 642 casos a conciliar. De estos, 331 (51.6%) correspondieron a quejas generadas en el Distrito Federal y 311 (48.4%) fueron del interior de la República.

Cabe aclarar que además de los asuntos señalados con anterioridad, se reportaron al SAQMED 36 expedientes atendidos el ejercicio anterior y que no fueron notificados oportunamente al sistema; 11 convenios de conciliación, 23 casos desahogados por otras modalidades, 1 asunto de acumulación de queja y otro más enviado al área de Arbitraje, sin embargo, estos asuntos no se tomaron en cuenta para el presente informe, a fin de mostrar cifras reales.

De los 642 casos sujetos a conciliación, se desahogaron 372 (58%), de los cuales, en 206 casos (55.4%) se firmaron convenios de conciliación, en otros 166 (44.6%) no fue posible lograr la avenencia de las partes; de ellas, nueve se remitieron para juicio arbitral.

En cuanto a los 372 asuntos atendidos en las áreas de conciliación, 224 (60.2%) correspondieron a quejas del Distrito Federal, y las 148 restantes (39.8%) se originaron en el interior de la República, en tanto que de los casos conciliados, 135 (65.5%) fueron del Distrito Federal y 71 (34.5%) del interior del país.

Comparativamente con el trimestre enero-marzo de 1998 se observa un aumento en la productividad del 8.4%, ya que en ese lapso se atendieron 343 asuntos en las áreas de conciliación (183 del D.F. y 160 de las entidades federativas), a diferencia de los 372 del periodo evaluado.

Conforme a lo anterior, quedan en proceso de atención 270 quejas (42% del total a atender al inicio de 1999), de las cuales 107 (39.6%) son del Distrito Federal y 163 (60.4%) del interior del país.

Por otra parte, en el primer trimestre del año, con base en la valoración médica integral que se formula para cada asunto, se llevó a cabo un análisis de las quejas del Distrito Federal desahogadas en la etapa de conciliación, para lo cual se tomaron en cuenta los principios científicos y éticos de la práctica médica.

Al respecto, en 81 asuntos (36.2%) no se encontraron irregularidades en la prestación del servicio, mientras que en los 143 casos restantes (63.8%) se detectaron deficiencias, que fueron claramente detectadas en 66 casos (29.4%), al incumplirse las obligaciones inherentes al proceso de atención del paciente, mientras que en las otras 77 quejas (34.4%), las deficiencias encontradas se tuvieron como relativas, ya que no obstante encontrar algunas irregularidades en la atención, las condiciones de la enfermedad implicaban riesgos inherentes al padecimiento, por lo que no se encontró relación alguna con la evolución del estado de salud del paciente.

De los asuntos en los que la deficiencia fue clara, 23 (34.8%) correspondieron al IMSS, otra cantidad similar correspondió a los servicios proporcionados por el ISSSTE, diez más (15.2%) a casos privados y los diez restantes (15.2%) a otros prestadores.

En cuanto a las deficiencias relativas, correspondieron al IMSS 36 casos (46.8%), once (14.3%) del ISSSTE, 27 (35%) de particulares y 3 (3.9%) de otros prestadores de servicios.



Por otra parte, en el periodo que se evalúa, se elaboran 19 dictámenes dirigidos al IMSS, tres de quejas del Distrito Federal y dieciseis de asuntos del interior del país, ya que del análisis de los casos, no se consideró adecuada la resolución de improcedencia dictada por la institución. De los diecisiete casos pendientes de 1998, más los diecinueve del presente periodo, la institución dio respuesta a 23 (63.9%), de los cuales en 22 se modificó la resolución de improcedente a procedente, estando en proceso de atención los otros trece asuntos.

Dentro de las acciones encaminadas a la búsqueda de la mejoría de la calidad de la atención, se elaboraron ocho Opiniones Técnicas, cinco dirigidas al IMSS, dos al ISSSTE y una más relacionada con los servicios médicos que proporciona un sanatorio privado, en la Ciudad de México, en la que por incumplimiento a diversas disposiciones de la Ley General de Salud y sus Reglamentos, se notificó a la autoridad sanitaria a fin de que aplicara las medidas a que hubiera lugar, así como a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, ante la presunción de hechos probablemente ilícitos, solicitando su intervención en el ámbito de su competencia.

En lo que respecta al ISSSTE, se recibió respuesta de dos Opiniones Técnicas emitidas en 1998, con lo que la institución aceptó las recomendaciones para mejoría de los servicios planteadas por CONAMED, comprometiéndose a tomar las medidas necesarias para evitar las desviaciones detectadas.

Como resultado de los compromisos adquiridos en los convenios de conciliación, se obtuvo, por concepto de reembolso e indemnización, el compromiso de cubrir 2 millones 181 mil 493.08 pesos, más 68 mil 461 pesos por condonación de deuda, lo que da un total de 2 millones 249 mil 954.08 pesos. De esa suma, corresponden al IMSS un millón 747 mil 674.76 pesos (77.7%), a servicios privados 353 mil 649.5 pesos (15.7%), al ISSSTE 105 mil 907.07 pesos (4.7%) y a la SSA 42 mil 722.75 pesos (1.9%).

Respecto de las actividades de Arbitraje, en virtud de la emisión por parte del Consejo del *Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas*, se estableció un nuevo formato de compromiso arbitral, que hace referencia directa al citado Reglamento, con lo que se evita el uso de pruebas ineficaces e innecesarias para el arbitraje y se redefine el procedimiento de la Dirección General a efecto de dar al mismo mayor celeridad y seguridad jurídica.

A los 64 arbitrajes en proceso del ejercicio anterior se adicionaron nueve asuntos enviados en el trimestre

por las áreas de conciliación, por lo que el número de juicios arbitrales a desahogar llegó a 73 en el periodo, de los cuales se atendieron diecinueve, estando en proceso 54.

De los diecinueve asuntos concluidos, se emitieron tres laudos (25.7%); en siete más se decretó la falta de interés de las partes, cinco se desahogaron mediante la firma de convenios de conciliación y en cuatro hubo desistimiento.

En los tres laudos emitidos, los prestadores del servicio, de instituciones médicas privadas, fueron absueltos en razón de haber justificado su buena práctica, en las especialidades

*En los tres laudos emitidos los prestadores del servicio, de instituciones médicas privadas, fueron absueltos en razón de haber justificado su buena práctica, en las especialidades de oncología, neurocirugía y cirugía general.*

de oncología, neurocirugía y cirugía general.

En cuanto a la actividad pericial, se recibieron 101 solicitudes de Dictamen Médico, observándose un incremento del 31.1% con respecto a los requerimientos formulados durante el mismo periodo del año anterior (77), de lo que podemos inferir que la Comisión va ganando la confianza de dichas instancias.

Conforme a las autoridades solicitantes, en primer lugar se ubica la SECODAM con 52 (51.5%), seguida de la Procuraduría General de la República con 26 (25.7%), y un número casi similar de la Procuraduría Capitalina con 21 (20.8%), en tanto que del Poder Judicial sólo se recibieron dos (2%)

Tomando en cuenta al prestador del servicio involucrado en los hechos presumiblemente ilícitos, encontramos al ISSSTE con 44 casos (43.5%), el IMSS

con 35 (34.7%), los servicios privados con dieciseis (15.8%), y conjuntamente la SSA, PEMEX y la SEDENA con seis (6%). En relación con el mismo periodo del ejercicio anterior, destaca el caso del ISSSTE, que de once casos subió a 44, es decir un aumento del 300%, y de los servicios privados que de seis solicitudes ascendió a dieciseis (166.7% de aumento).

Durante el periodo que se informa, a las 101 solicitudes deben sumarse 182 peticiones en proceso, de lo que resulta un universo de 283 expedientes a atender, de los cuales se concluyeron 114 (40.3%), quedando en proceso 169 (59.7%). De lo anterior se observa, que si bien la capacidad resolutoria fue ligeramente superior a los solicitados (114 desahogados contra 101 peticiones), será necesario continuar con un esfuerzo adicional que permita atender los asuntos pendientes.

Conforme a lo anterior, se atendieron 58 (50.9%) solicitudes de la SECODAM, 38 (33.3%) de la Procuraduría General de la República y 18 (15.8%) de la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal.

En términos de su calidad, es decir, en razón de la existencia o no de elementos de mala práctica, se pudo establecer que en 30 (26.3%) se encontraron elementos de mala práctica y en los 84 restantes (73.7%), se justificó la correcta intervención del personal de salud.

Por lo que respecta a las actividades de seguimiento de compromisos, se recibieron de las áreas sustantivas, para dichos efectos, 331 casos, equivalentes al 63% de los 525 asuntos atendidos en el periodo. En el trimestre se cumplieron los compromisos de 108 (32.6%), quedando en proceso 223 (67.4%).

Conforme a un recuento histórico desde 1996, las áreas sustantivas concluyeron mediante conciliación un total de 2 mil 556 quejas de las que, en 2 mil 114 (82.7%) casos el seguimiento ha sido concluido. Quedan en proceso 442 (17.3%); las que sumadas a las 223 conciliaciones, que en igual condición quedaron del trimestre que se informa, hacen un total de 665 quejas con compromisos en proceso de seguimiento.

Por su parte, el área de Asuntos Sectoriales se ha dado a la tarea de asesorar a los Gobiernos de las entidades Federativas para la instauración de organismos análogos a la Comisión Nacional. Dicha asesoría se instrumenta a través de la elaboración de un Documento de Planeación Estratégica, que incluye un diag-

nóstico situacional, las opciones jurídicas para la creación de la Comisión estatal, un proyecto de estructura orgánica con costo financiero, y finalmente, la propuesta sugerida por la CONAMED.

Con este marco metodológico, se estableció comunicación durante el primer trimestre de 1999 para promover la creación e instalación de Comisiones de Arbitraje Médico con los titulares de las Secretarías de Salud de once estados: Campeche, Chiapas, Guerrero, Puebla, Sinaloa, Tamaulipas, Chihuahua, Sonora, Tlaxcala, Zacatecas y Veracruz.

El 11 de febrero del año en curso, se emitió el Decreto de Creación de la Comisión de Arbitraje Médico de Veracruz y el 15 de marzo se instaló oficialmente, contando con la presencia del C. Gobernador del estado y el Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

Con el objetivo de intercambiar experiencias y unificar procedimientos con seis Comisiones Estatales de Arbitraje Médico ya instaladas, el 15 de enero del presente año se efectuó en el seno de la CONAMED, la Primera Reunión de Acercamiento entre el C. Comisionado Nacional y los Comisionados Estatales de Tabasco, Quintana Roo, Estado de México, Guanajuato, Colima y San Luis Potosí.

Asimismo, se realizaron actividades de planeación, organización y coordinación, para llevar a cabo el I Curso Taller de Resolución Alternativa de Conflictos por Atención Médica, conjuntamente entre la CONAMED y la Universidad Iberoamericana. El acto inicialmente se programó durante el mes de marzo; pero fue necesario diferirlo a mayo-junio por la huelga en dicha Universidad.

Por otra parte, destaca por su importancia la comunicación y sesiones de trabajo efectuadas con titulares de los hospitales Médica Sur, Los Angeles del Pedregal, ABC y Durango, a fin de adicionar en sus contratos de prestación de servicios médicos la Cláusula Compromisoria, así como uniformar el contenido de los documentos: consentimiento informado y autorización para estudios paraclínicos e intervenciones quirúrgicas.

*Dr. Héctor Fernández Varela Mejía  
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico  
México, Distrito Federal, 23 de junio de 1999*

