

# V Informe anual de labores

# 2000



COMISION NACIONAL  
DE ARBITRAJE MEDICO

Comisión Nacional de Arbitraje Médico  
Mitla No. 250, Esq. Eugenia, Col. Narvarte, C. P. 03020  
México, D. F. Tel.: 54-20-7000

*V Informe anual de labores 2000*

Primera edición 2001

® CONAMED

Impreso en México

Editor responsable: Dr. Carlos Tena Tamayo

Editores asociados: Dr. Gabriel Manuell Lee, Lic. Agustín Ramírez Ramírez,

Dr. Jorge M. Sánchez González.

Coordinación Editorial: Dr. Alejandro del Valle Muñoz y Lic. Armando Arias Díaz Barriga

Diseño: D. G. Mónica Sánchez Blanco, Alfonso Pérez López y Román Tienda Martínez

# Contenido

Introducción	5
I. Objetivos y estrategias	9
II. Acciones de orientación	15
III. Acciones de asesoría	19
IV. Atención y desahogo de inconformidades	27
V. Gestión pericial	43
VI. Opiniones técnicas y dictámenes	51
VII. Seguimiento de compromisos	63
VIII. Resultado de las encuestas de opinión	69
IX. Perspectivas institucionales	73

# Introducción

El presente *Informe de Labores* correspondiente al ejercicio 2000, da cuenta de las actividades desarrolladas de enero a diciembre de ese año. En ese sentido, complementa e incorpora los datos de los cinco primeros meses ya presentados en la edición del *Cuarto Informe de Actividades*, que incluyó las acciones comprendidas de junio de 1999 a mayo de 2000.

El Informe se presenta bajo la aprobación previa de los miembros del Consejo de la institución, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 8º, fracción VI, del Decreto de Creación de la CONAMED.

Las acciones emprendidas durante el año 2000 y, consecuentemente, los resultados alcanzados, expresan la continuidad de los compromisos y fines para los cuales fue creada la institución: contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos, a través de la resolución de los conflictos suscitados entre los usuarios y prestadores de dichos servicios.

Todas las tareas desarrolladas por la institución convergen en el compromiso de dar un mejor y más oportuno servicio a la ciudadanía, sólo que con fines de exposición y claridad el Informe se ha estructurado en dos partes. En primer lugar se presentan las actividades sustantivas realizadas, en donde se incluyen la asesoría y orientación a la ciudadanía; la recepción, investigación y atención de las inconformidades presentadas; la intervención de la institución a fin de conciliar los conflictos identificados, así como sus actividades arbitrales, la elaboración de dictámenes médicos y la formulación de opiniones técnicas.

En el segundo apartado, se incluye un capítulo de perspectivas, objetivos y líneas de acción, a través de las cuales se señalan las principales pautas para dar consecución a la trascendente tarea de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.





# I. Objetivos y estrategias

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico no solamente contribuye al cumplimiento del derecho a la protección de la salud y fomenta una cultura de corresponsabilidad de la misma, sino que pugna por un ejercicio médico que, inmerso en los más elevados principios éticos y humanísticos, propicie una satisfactoria relación médico-paciente y en el caso de que se establezca un diferendo entre las partes, éste se resuelva a través de métodos alternativos a los jurisdiccionales, lo que además de propiciar la conciliación, deriva en lecciones que nos permiten contribuir a mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud.

Reconocemos que como organismo que realiza su gestión a título de árbitro en amigable composición, es indispensable asegurar la confianza en nuestros servicios por parte de los pacientes y del grupo médico, a través de la transparencia de los procesos y resultados de los asuntos encomendados a la Comisión, actuando siempre bajo los principios rectores que caracterizan nuestra intervención en la resolución de quejas médicas: imparcialidad y análisis objetivo de los hechos; conocimiento especializado del acto médico y respeto irrestricto de los principios científicos y éticos que orientan la práctica de la medicina.

En ese sentido, uno de nuestros principales objetivos radica en instrumentar acciones que permitan continuar con el proceso de consolidación de la CONAMED, como una instancia que aporte elementos para coadyuvar en la mejoría continua de la calidad de la atención médica en nuestro sistema de salud.

Para lograrlo, estimamos necesario afinar nuestros procesos de atención de inconformidades, así como establecer mecanismos de coordinación y colaboración con los prestadores de servicios médicos, las instituciones formadoras de recursos

humanos para la salud y el sector salud en general, a fin de poder retroalimentarlos con información derivada del análisis de la gran variedad de casos que la ciudadanía expone ante la CONAMED, acerca de los problemas que inciden en la calidad de la atención.

A través de nuestro trabajo, pretendemos contribuir a fomentar los valores sociales y arraigar en los mexicanos una nueva cultura para la resolución de controversias derivadas de la atención médica. Para ello, la CONAMED continua explotando un campo todavía poco empleado en nuestro país, con base en procedimientos como la conciliación y el arbitraje, aprovechando ventajas que no habían sido suficientemente exploradas en la resolución de conflictos médicos.

Los servidores públicos de la CONAMED debemos tener como premisas el contribuir al fortalecimiento de una institución noble, porque ese es el carácter de sus objetivos; fuerte, porque el beneficio social de sus actos respalda la confianza que le brinda la sociedad; respetable, porque la objetividad e imparcialidad son los valores fundamentales de su actuación en la resolución de las controversias.

En la esencia de la virtud institucional radica el compromiso con la satisfacción de la sociedad a fin de impulsar el bienestar social, con justicia y equidad.

Para cumplir con lo anterior se establecieron en el Programa de Trabajo 2000, los siguientes objetivos:

- Brindar orientación a la ciudadanía, al personal de salud, establecimientos e instituciones médicas sobre sus derechos y obligaciones en materia de atención médica.
- Contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios y prestadores de servicios médicos, garantizando transparencia e imparcialidad en los procesos de atención de inconformidades.



## V Informe anual de labores

- Contribuir a mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos, a través de la emisión de recomendaciones que generen acciones para adecuar y actualizar documentos normativos de la actividad médica que permitan corregir deficiencias, establecer medidas preventivas y modificar conductas y procedimientos que den como resultado una mala práctica médica.
- Promover el fortalecimiento de la relación médico-paciente.
- Consolidar y, en su caso, mejorar la eficiencia de los procesos de atención de inconformidades en sus diferentes etapas: orientación, asesoría y recepción de quejas, conciliación y arbitraje.
- Consolidar la naturaleza pericial de la CONAMED, en tanto perito de calidad, a efecto de coadyuvar con las instancias de procuración e impartición de justicia, así como órganos internos de control de las instituciones prestadoras de los servicios de salud (SECODAM) en el desarrollo de sus procesos jurisdiccionales y administrativos, mediante la emisión de dictámenes médico-periciales.
- Promover ante los gobiernos de las entidades federativas la creación de instituciones análogas a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, brindando asesoría para establecer criterios uniformes y procesos homogéneos en la atención de las inconformidades presentadas por los usuarios de servicios médicos.
- Convenir con instituciones, organismos públicos y privados, acciones de coordinación y concertación que permitan cumplir con las funciones de la Comisión.
- Difundir ante las agrupaciones médicas, instituciones de salud y sociedad en general, las características comunes de los principales motivos de inconformidad y sus causas, así como proponer alternativas de solución.





## II. Acciones de Orientación

Se atendieron 10,342 planteamientos que la ciudadanía formuló de manera personal, telefónica o mediante correo electrónico, cifra que contrastada con la obtenida durante el mismo periodo del año anterior, que se ubicó en 11,695, significa un decremento de 11.5%. Este descenso se explica posiblemente porque con las acciones de difusión realizadas durante el pasado ejercicio y el presente, se ha logrado informar más a la población acerca de la naturaleza y funcionamiento de la Comisión.

Los motivos abordados en este tipo de planteamientos tocaron muy diversos aspectos, entre los que destacan aquellos que van desde información general relativa a datos sobre la ubicación, quehacer y alcances de la Comisión, requisitos para presentar una inconformidad, hasta criterios para elegir médicos y/o clínicas u hospitales privados, información sobre criterios de aplicación de algunas normas oficiales mexicanas emitidas por la autoridad sanitaria, orientación para saber “qué hacer” por retención indebida de paciente o cadáver, información para realizar trámites ante las instituciones de seguridad social en asuntos como incapacidades o pensiones, e incluso buscando orientación relativa al criterio seguido por sus médicos tratantes.

Estas cifras revelan, en parte, que la ciudadanía ha encontrado en la Comisión una instancia a la que puede acudir para plantear diversas interrogantes, inquietudes o problemas que de algún modo entienden vinculadas a los asuntos médicos, lo que les ha resultado beneficioso. Los usuarios han mostrado agrado por este tipo de orientación, que hasta antes de la creación de la Comisión, no sabían en dónde consultar.



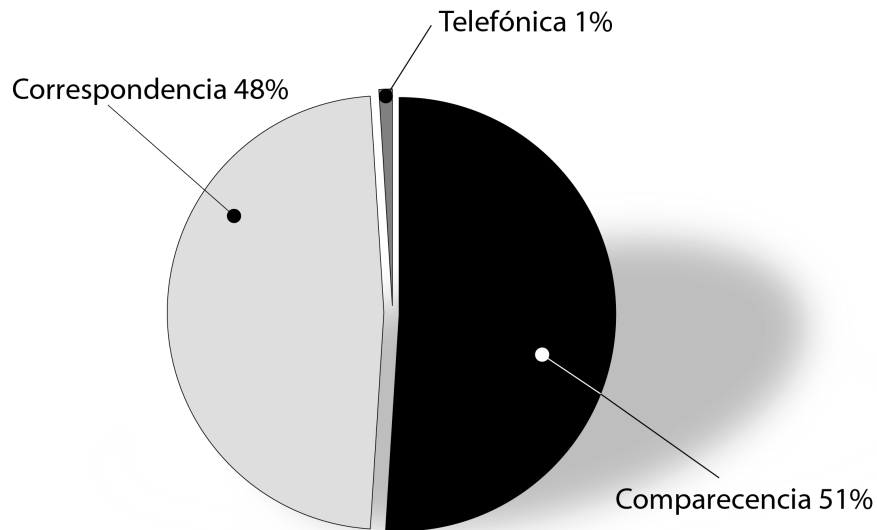


### III. Acciones de Asesoría

Durante el año 2000 se atendieron mediante esta vía mil 672 inconformidades o solicitudes de información especializada, cifra que viene a ser menor en un 9.6% a la reportada para el mismo período en el año de 1999, que fue de mil 850.

Respecto a las fuentes de ingreso de este tipo de asuntos, es de destacar que de ellas, 851 (50.8%) corresponden a asesorías brindadas a usuarios que acudieron directamente; 799 (47.8%) se atendieron por correspondencia y 22 (1.4%) de manera telefónica. Es importante resaltar que las posibilidades de acceso a la Comisión por vía telefónica son altas, ya que se dispone de cinco líneas y una de ellas es de larga distancia (01-800) con acceso gratuito.

Las inconformidades presentadas se abordaron en el marco de la metodología establecida en el documento denominado *Protocolo de la Atención del Usuario*, por la dirección general de Orientación y Quejas, las cuales se someten a un cuidadoso análisis, fundamentalmente, en lo que corresponde a la narrativa de hechos por el usuario, el motivo de la discrepancia y sus pretensiones, con el fin de poder determinar la admisión de la inconformidad, en su caso para asesorarlo con relación a las dudas e inquietudes que manifiesta respecto a la atención médica recibida, sus derechos y obligaciones, las alternativas legales de que dispone, o sobre las instancias en las que podría ventilar su asunto, en el caso de no encontrarse dentro de las facultades de la Comisión.



### ***Naturaleza de los asuntos atendidos por asesoría***

Del análisis de los casos abordados en esta modalidad de atención, se encontró lo siguiente:

- a) En 392 asuntos no se presentaban los supuestos para intervención de la Comisión, toda vez que no se trataba de irregularidades en el acto médico sino se referían a aspectos de otra índole, tales como: negativa de las instituciones para el otorgamiento de pensiones, solicitando el usuario a la CONAMED que se elaboren los dictámenes médicos justificatorios; cobros a su juicio excesivos en diversos establecimientos privados; solicitudes para que la Comisión aplique de manera directa sanciones al prestador del servicio involucrado; solicitudes para que la Comisión practique valoración médica a pacientes; inconformidades en contra de compañías de seguros por incumplimiento en las pólizas de gastos médicos;



solicitudes de dictamen pericial para litigar el asunto en instancias jurisdiccionales; inconformidades por falta de higiene en unidades médicas de las instituciones públicas de salud; inconformidades en contra de establecimientos de cosmetología o naturistas.

En todos estos casos se orientó y asesoró ampliamente al usuario para que acudiera a presentar su caso a las instituciones correspondientes, precisando las razones por las cuales la Comisión no está en posibilidad de intervenir.

b) En 238 casos se encontró que se carecía de elementos de presunción para admitir la inconformidad, por lo que se resolvieron a través de brindar a los usuarios una amplia explicación médica acerca de la naturaleza, características y evolución del padecimiento, lográndose en todos los casos, disipar las dudas y las inconformidades que presentaron los usuarios, referentes al diagnóstico o tratamiento que había instaurado el médico tratante. En estos casos, la base de la inconformidad, estaba dada por deficiencias en la comunicación del médico hacia su paciente, quien al no ser debidamente informado, presentaba dudas e inquietudes para las que no tiene una respuesta, situación que por desinformación, lo llevó a cuestionar el manejo médico.

En los casos anteriores, desde la primera etapa del proceso se logró restablecer la confianza del paciente con el prestador del servicio, sin necesidad de que se llegara a una audiencia de conciliación que permitiera dirimir la controversia suscitada. Es importante destacar que en todos los casos, pero en especial en los de este tipo, los consultores que son médicos y abogados, observan una actuación decididamente imparcial y con apego a los principios científicos y éticos de la práctica médica, para que el usuario valide la autoridad moral de la institución.

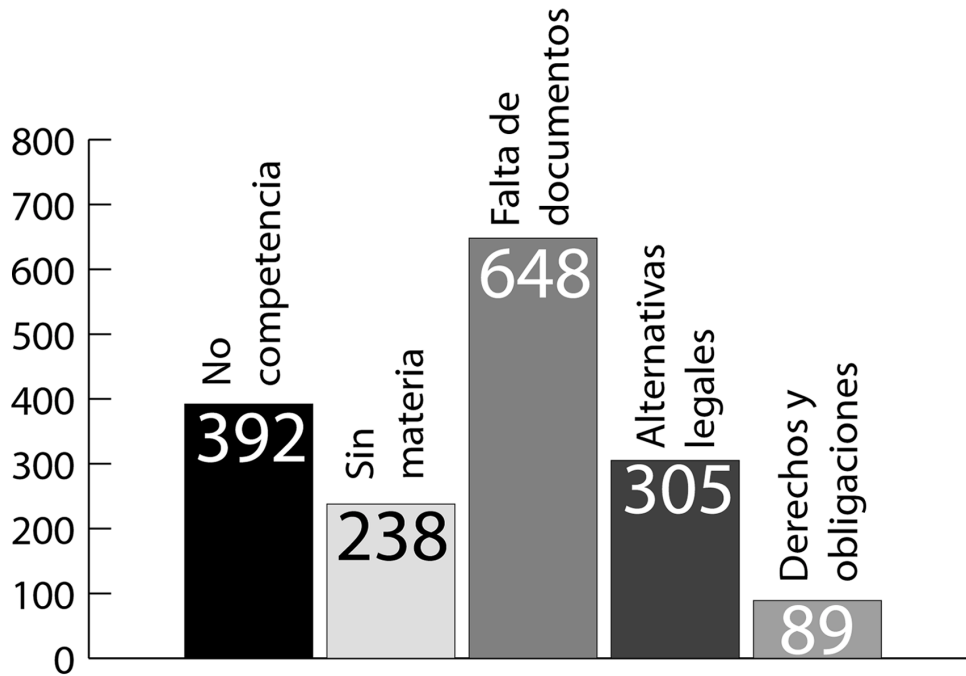
c) En 648 asuntos se encontró que carecían de la información suficiente que permitiera calificar la admisión de la inconformidad y atender lo dispuesto en esta

materia, según los artículos octavo y décimoprimer del *Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas* de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

En razón de lo anterior, se les orientó y asesoró por escrito sobre la manera de presentar la inconformidad ya que en algunos casos se omitían datos, se advertía ambigüedad o incluso contradicciones en la información remitida, no se señalaban las pretensiones para dar fin a la controversia, o bien no se remitía la mínima documentación que diera soporte a lo expuesto. En los casos de inconformidades planteadas vía correspondencia, la asesoría se realizó por escrito y a través del servicio postal, enviándoles un sobre con porte pagado para alentar el reenvío de información y documentación.

- d) En 305 casos, se proporcionó una amplia asesoría a los usuarios que así lo solicitaron, se les hicieron saber por parte del personal profesional, de manera muy puntual, las diversas alternativas legales con que contaban para ventilar su inconformidad y, en su caso las ventajas y desventajas de cada instancia, poniendo énfasis en explicar la naturaleza, alcances y competencia de este organismo como vía alterna para dirimir controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos, manifestando los promoventes en algunos casos, la necesidad de dialogar con familiares; o en otros, con abogados para decidir la mejor alternativa de acuerdo a sus intereses.
- e) En 89 casos se otorgaron asesorías sobre los derechos y obligaciones que les asisten según mandato de ley a los usuarios y prestadores de servicios médicos. En este punto es de resaltar el interés que han manifestado médicos en práctica privada, para conocer las obligaciones que tienen que cumplir, de frente al usuario de sus servicios.

## Naturaleza de 1672 asuntos atendidos por asesoría







## IV. Atención y desahogo de inconformidades

En todos los asuntos recibidos se ha establecido como parte fundamental del proceso, la elaboración de una VALORACIÓN MÉDICA INTEGRAL, totalmente sustentada desde el punto de vista técnico en forma imparcial y autónoma.

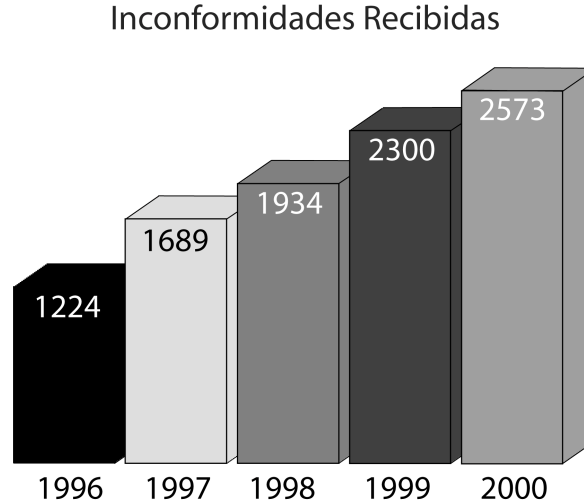
La valoración integral está basada en los principios científicos, éticos y legales que regulan la práctica de la medicina, verificando que el prestador de los servicios haya cumplido con las obligaciones de medios, resultados y seguridad inherentes a la Lex Artis médica.

En todos los casos en que se identifican anomalías en la atención, se dialoga con los prestadores, ya sea directamente con los médicos u otro personal de salud involucrado, o en el caso de instituciones con los representantes de las mismas, analizando conjuntamente el caso, señalando las desviaciones en que incurrieron, que incluso algunas veces no habían concientizado, con la convicción de que pueden evitar la repetición de esos errores y las inconformidades consecuentes si modifican sus procedimientos o conductas inconvenientes; es así que cada queja atendida en la CONAMED se considera una acción de mejoría de la calidad en la atención médica individual o colectiva.

### ***1. Admisión***

Se ingresaron un total de 2,573 inconformidades en contra de diversos prestadores de servicios médicos, de los sectores público y privado, registrándose así un incremento del orden de un 10.6%, con respecto al mismo periodo del año anterior, que ascendieron a 2,300. Es de observarse que a lo largo de la breve historia institucional, se ha mantenido un incremento gradual en el número de inconformidades, de lo

que se infiere un incremento en el grado de confianza que la sociedad ha ido depositando en la Comisión, al encomendarle asuntos tan delicados como los relativos a su salud.



Por su fuente de ingreso, de las inconformidades admitidas 1,825 fueron presentadas de manera personal, lo que significó el 71%; 651 fueron por correspondencia, representando un 25.3% y las restantes 97 se presentaron de manera telefónica (3.7%).

Como se observa, un volumen importante de solicitudes de servicio fue atendido de manera personal. En datos que posteriormente se presentarán, se podrá visualizar también que el mayor número de inconformidades que se ingresaron tuvieron su origen en la atención proporcionada por establecimientos médicos ubicados en el Distrito Federal, al correlacionar estos datos resulta explicable esta situación, ya que por la ubicación física de la Comisión prefieren comparecer para presentar su inconformidad.

**2. Clasificación**

Como ya se mencionó, se admitieron 2,573 inconformidades que fueron canalizadas para su atención de la siguiente manera:

<b>Canalización de inconformidades admitidas</b>			
Atención en Orientación	Conciliación A	Nº 595	% 23
	Conciliación B	97	4
Atención en Conciliación	1,867	72.5	
Atención en Arbitraje	4	.1	
Comisiones Estatales de Arbitraje Médico	10	.4	
<b>TOTAL</b>	<b>2,573</b>	<b>100%</b>	

*a) Por especialidad*

Durante el periodo que se informa, es de observarse que el comportamiento de las diez especialidades en las cuales se registró mayor incidencia de inconformidades, es similar a los periodos que anteceden; así, Ginecobstetricia se ubicó en el primer sitio con 354 (13.75%); Urgencias 309 (12%); Ortopedia 232 (9%); Medicina Familiar 206 (8%); Cirugía General 183 (7.1%); Oftalmología 125 (4.8%); Odontología 107 (4.1%); Urología 100 (3.9%), Traumatología 91 (3.5%) y Medicina Interna 81 (3.1%).

*b) Por entidad federativa*

Al igual que en los periodos anteriores la mayor parte de las inconformidades provino del Distrito Federal, en este caso con un 59.85%, seguido del estado de México



que se ubica con 11.3%; en tercer lugar aparece Jalisco que registró un 2.72%; Guanajuato en un cuarto sitio con 55 (2.13%) y Chihuahua con 50, llegó a un 1.94%; el resto de las inconformidades se distribuyó en las otras entidades federativas.

### **3. Resolución**

#### **a. Gestiones inmediatas**

##### ***Conciliación A***

Bajo la modalidad de la Conciliación “A” se atendieron y resolvieron en esta primera etapa del proceso 595 expedientes de inconformidad, mismos que ya no requirieron transitar a las áreas de Conciliación para su solución, la cifra representó 23.12%; es decir, casi la cuarta parte del total de inconformidades ingresadas. Con esta forma de atención se ha logrado, a través de gestiones de carácter inmediato llevadas a cabo con los prestadores de servicio, la pronta resolución a los problemas que con relación a la atención médica han manifestado los usuarios en sus inconformidades.

Cabe mencionar que hemos seguido adoptando esta forma de atención para aquellos casos en que, por lo comprometido de la situación de salud del paciente, se requiere una pronta solución a los problemas presentados, o bien porque las pretensiones para dirimir la controversia se refieren exclusivamente a requerimientos de atención médica o de información. En estas circunstancias, la intervención y gestoría de la Comisión ha hecho que se restituyan los derechos del paciente, resolviendo así el conflicto.

A fin de lograr resultados favorables en esta forma de atención, fue necesario apoyarse en los acuerdos contenidos en las *Bases de Coordinación* que se han suscrito con el IMSS y el ISSSTE, pero sobre todo consideramos pertinente señalar la buena disposición que han mostrado los servidores públicos de las instituciones de salud, para resolver y destrabar de manera expedita los asuntos que les presentamos para su solución.

### *Conciliación B*

Bajo esta denominación se clasifican las inconformidades atendidas y resueltas telefónicamente. En este esquema se abordaron 97 inconformidades durante el período que se informa, mismas que significaron el 3.76% de las admitidas.

Para la solución de estas inconformidades, también se llevan a cabo gestiones telefónicas inicialmente, que luego se formalizan en un documento, para ayudar a resolver los problemas que enfrenta el usuario con el prestador de servicios.

Los motivos de inconformidad que se abordaron bajo las dos modalidades anteriores, se refirieron a desinformación sobre el estado de salud del paciente hospitalizado; alta prematura y nula información a familiares; referencia inadecuada de pacientes (“peloteo”); diferimento injustificado para la práctica de estudios de gabinete o laboratorio en pacientes hospitalizados; retención indebida de paciente o cadáver; negativa de pase de visita a familiares con paciente grave; cambio de médico tratante; referencia a otra unidad de mayor resolución, de acuerdo a la patología que presenta; y, extravío de expediente clínico como argumento para la negativa de atención, entre los más frecuentes.

### *b. Conciliación*

El proceso de conciliación está basado en los principios de la buena fe de las partes, su deseo de solucionar el problema y su confianza en la actuación de la CONAMED, para mediar en la búsqueda de una solución justa.

Se constituye así, en una gran oportunidad para que los pacientes o sus familiares inconformes, así como los prestadores de servicios médicos involucrados, dialoguen, analicen sus inquietudes, reconsideren sus puntos de vista y resuelvan de la mejor manera para ambos, el problema que los hizo acudir a la CONAMED. Las ventajas primordiales de este procedimiento, son las siguientes:

**Primero.** La conciliación es un sistema rápido de solución, especialmente si se compara con los procedimientos jurisdiccionales que pueden durar varios años. Actualmente los asuntos referentes a inconformidades relacionadas con el ejercicio privado de profesionales u hospitales médicos ubicados en el Distrito Federal, se resuelven en un promedio de 20 días hábiles y, los institucionales, como son los referentes al IMSS o al ISSSTE, de acuerdo a la reglamentación que tienen vigente esas instituciones, en aproximadamente 50 días hábiles. En los casos foráneos, los plazos son más amplios, por la dificultad que implican las distancias para la comunicación.

**Segundo.** Todas las acciones son gratuitas para las partes, y

**Tercero.** Se busca una solución amigable del conflicto a través del análisis cuidadoso sustentado en el aspecto profesional, en la revisión imparcial y objetiva que incluye un estudio bibliográfico y, en los casos de mayor complejidad, la opinión de asesores externos expertos en el tema.

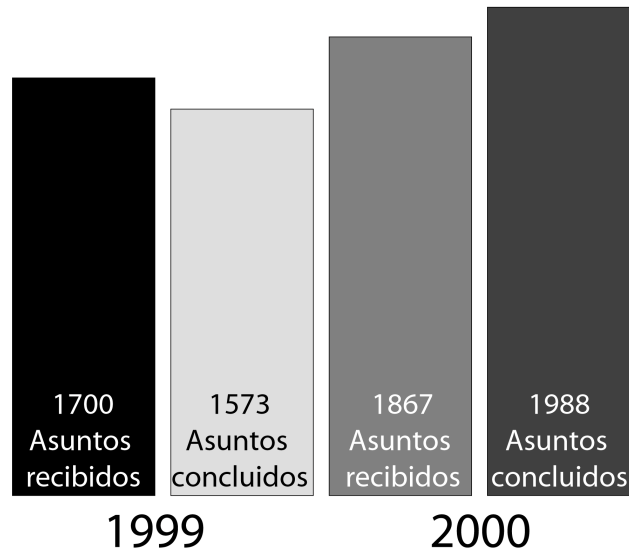
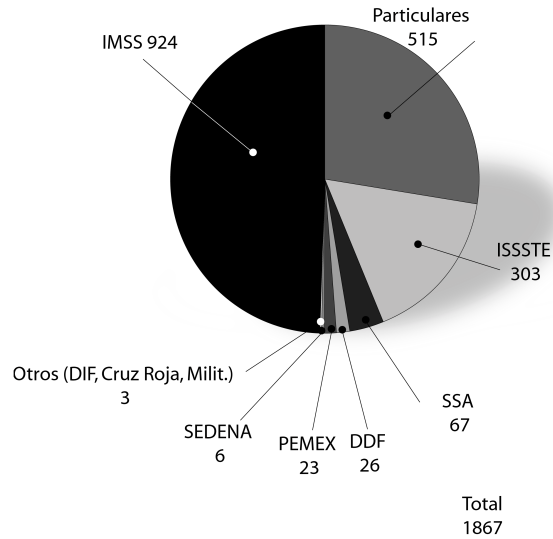
Dentro del proceso de Conciliación quedaron asuntos pendientes de atender debido al incremento del conocimiento público sobre el quehacer de la Comisión y a la confianza depositada por los usuarios; así, en el periodo se presentó un aumento del 8.4% en las inconformidades recibidas en comparación con el año anterior.

Estas inconformidades aunadas a las 455 que estaban en proceso al cierre de 1999 conformaron un total de 2,322 casos a conciliar.

Comparativamente con el año anterior destaca el aumento en las inconformidades relacionadas con el IMSS: de 818 en 1999 pasaron a 624 en el año 2000, lo que corresponde a un 13% de incremento. Las inconformidades relacionadas con la atención médica privada aumentaron de 424 a 515 en los periodos comparados (21.5%), en tanto en el ISSSTE pasaron de 313 casos a 303 en el año 2000 lo que significa una ligera disminución (3.2%).

## V Informe anual de labores

Casos recibidos por Institución  
Enero - diciembre 2000



## V Informe anual de labores

Por otra parte, en el lapso que se informa, concluyeron la etapa conciliatoria 1,988 casos, resolviéndose 1934 asuntos y los restantes 54 se turnaron para arbitraje, con un aumento de 415 casos (26.4%) más que los 1,573 concluidos en el mismo período de 1999 (1,510 concluidos y 63 que pasaron a arbitraje).

<b>Resolución de inconformidades</b>	
Expedientes por atender	<b>2,322</b>
Expedientes concluidos	<b>1,934</b>
Enviados a Arbitraje	<b>49</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4,305</b>
En proceso al 31 de diciembre de 2000	<b>392</b>

Las causas que dificultan un mayor índice conciliatorio son:

- Los casos relacionados con defunción del paciente.
- Asuntos que tenían averiguación previa desde antes de ingresar a CONAMED; en los cuales el IMSS e ISSSTE, no aceptan el procedimiento conciliatorio.
- Desproporción en las pretensiones de algunos quejosos.
- Médicos que en actitud soberbia, no concilian la queja, al no aceptar su responsabilidad y en los que es necesario que la CONAMED emita Opiniones Técnicas, con recomendaciones para evitar que incurran en nuevos errores.
- Usuarios que mal orientados por sus abogados, sólo buscan documentación para procesos jurisdiccionales.
- Los expedientes que pasaron al procedimiento arbitral.
- Asuntos con desistimiento o falta de interés del quejoso.

## V Informe anual de labores

Los resultados obtenidos en el ejercicio enero-diciembre 2000, relativos al procedimiento de conciliación, muestran en general un avance en relación con lo observado en el mismo lapso del año anterior, con buena capacidad de respuesta a pesar del incremento en los casos recibidos, y con resultados adecuados en la resolución de los conflictos entre los pacientes o sus familiares con los prestadores de servicios médicos.

Sin embargo con el propósito de trascender en la mejoría de la calidad de la atención médica, están en proceso nuevas actividades orientadas a mejorar el análisis de las inconformidades atendidas con fundamento en el cumplimiento de las obligaciones de medios y seguridad que establece la legislación vigente, y el incremento en la elaboración de opiniones técnicas en los casos en que se encuentren deficiencias en la atención otorgada, para emitir recomendaciones dirigidas a las autoridades correspondientes, para que establezcan las medidas correctivas necesarias para evitar esas anomalías.

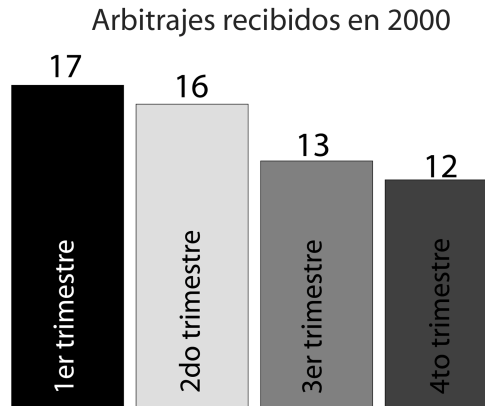
### *c. Gestión arbitral*

#### *1. Asuntos recibidos*

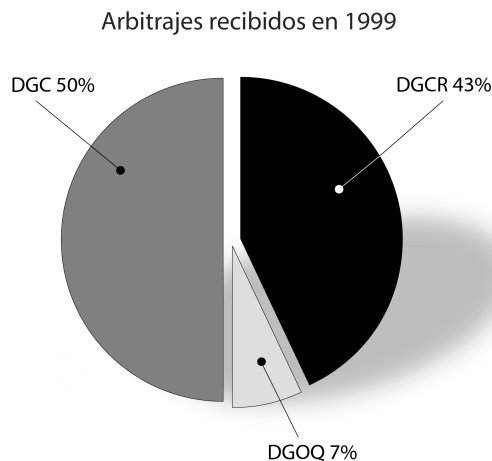
En los casos en los cuales no se logra la conciliación entre las partes, se propone el procedimiento arbitral como mecanismo para la resolución del conflicto.

Durante 2000, se recibieron en la dirección general de Arbitraje, un total de 58 expedientes para Procedimiento Arbitral, mismos que fueron remitidos de la siguiente manera: 17 durante el primer trimestre, 16 durante el segundo trimestre, 13 casos en el tercer trimestre y 12 más en el cuarto trimestre.

## V Informe anual de labores

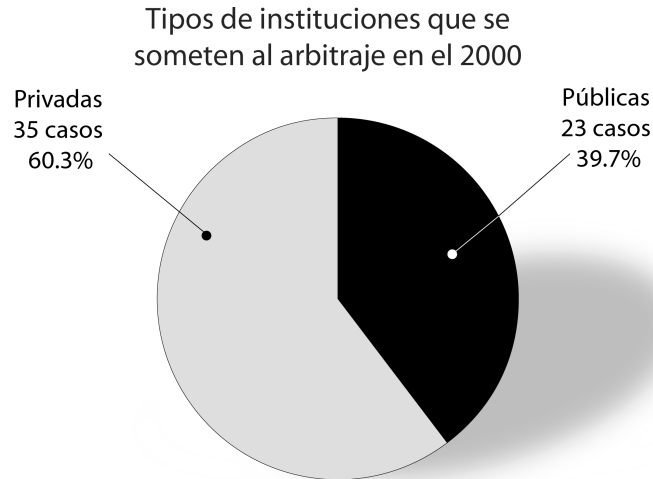


De los 58 casos recibidos para gestión arbitral, 25 expedientes (43%) fueron enviados por la dirección general de Coordinación Regional; 29 (50%) fueron remitidos por la dirección general de Conciliación, y 4 asuntos (7%) fueron turnados por la dirección general de Orientación y Quejas, como se muestra en la siguiente gráfica



## V Informe anual de labores

De los 58 asuntos recibidos, 35 casos (60.3%) resultaron en contra de instituciones privadas y 23 (39.7%) en contra de instituciones públicas.



### Instituciones públicas aludidas en los casos recibidos para arbitraje

Institución	N
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	10
Secretaría de Salud (SSA)	7
Servicios de Salud en el D.F. y los Estados	6

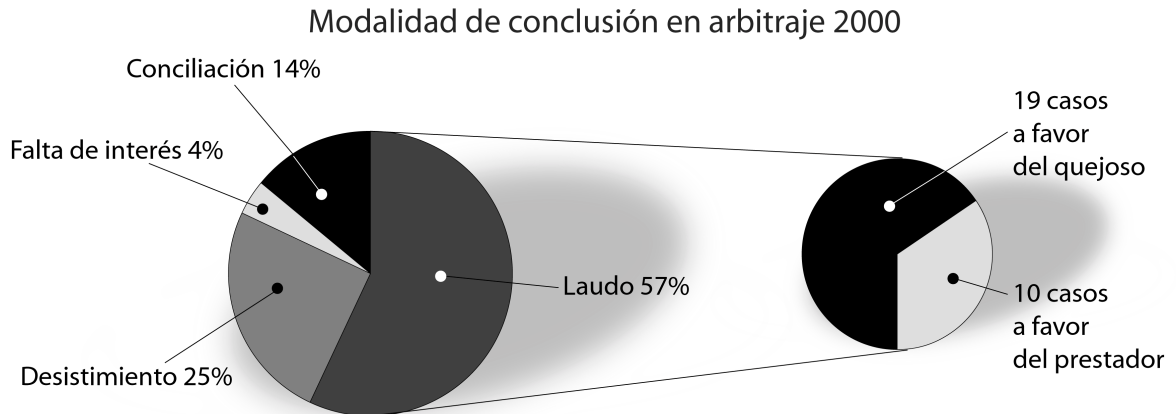
*Fuente: CONAMED, 2000*



**2. Arbitrajes concluidos**

En el 2000 se lograron resolver 51 casos de arbitraje y sus modalidades de conclusión fueron las siguientes:

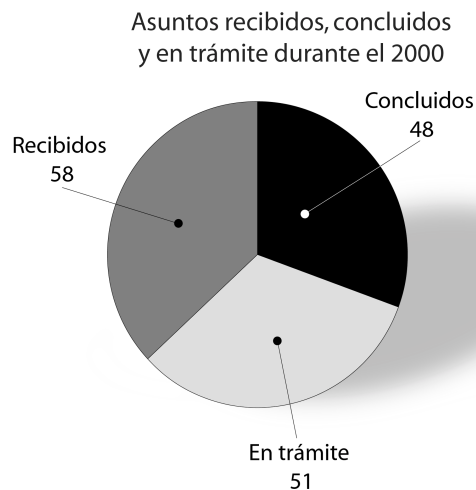
<b>7</b>	Conciliación
<b>2</b>	Falta de Interés
<b>13</b>	Desistimiento
<b>29</b>	Laudo (de los cuales 10 casos fueron a favor del prestador y 19 a favor del quejoso)



## V Informe anual de labores

### Especialidades médicas por orden de frecuencia, involucradas en los laudos emitidos

Especialidad	Frecuencia	%
Cirugía General	7	24%
Ortopedia y Traumatología	4	14%
Medicina Interna	3	10.4%
Pediatría	3	10.4%
Neurocirugía	2	7%
Odontología	2	7%
Angiología	1	3.4%
Cardiología	1	3.4%
Dermatología	1	3.4%
Gastroenterología	1	3.4%
Ginecología y Obstetricia	1	3.4%
Neumología	1	3.4%
Oftalmología	1	3.4%
Otorrinolaringología	1	3.4%
<b>T O T A L</b>	<b>29</b>	<b>100 %</b>



## V Informe anual de labores

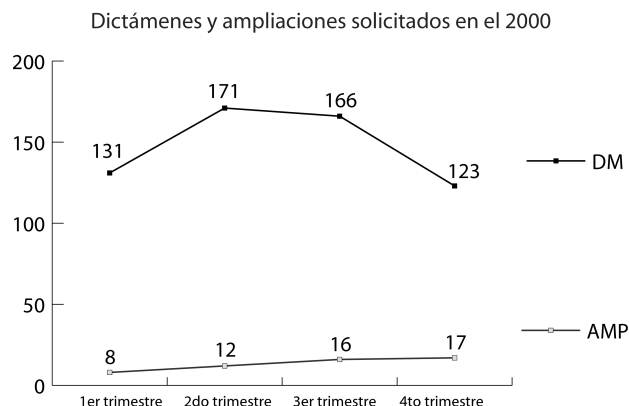
Cabe aclarar que de los 49 casos que se encuentran aún en trámite, 17 están en alguna etapa del procedimiento arbitral y 31 se encuentran pendientes de firma de Compromiso Arbitral.

En nuestra gestión arbitral, durante el presente ejercicio, se apreció una disminución de los asuntos recibidos para arbitraje en un 12% respecto a 1999; con la puesta en operación del arbitraje por correo certificado, el cual permitirá captar un mayor número de usuarios potenciales, esperamos incrementar el número de asuntos turnados para arbitraje en el 2001.



## V. Gestión pericial

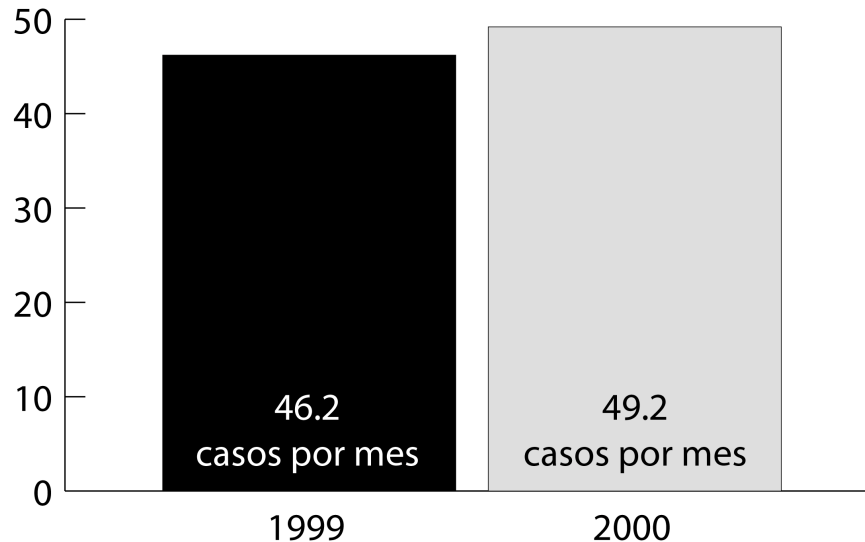
*Dictámenes médicos recibidos.* La demanda de dictámenes médicos durante 2000 creció, en números absolutos, respecto al año anterior, ya que durante este año se recibieron 591 solicitudes para elaboración de éstos y 53 solicitudes de ampliación, con el siguiente comportamiento: durante el primer trimestre 139, el segundo trimestre 183, el tercer trimestre 182 y durante el cuarto trimestre 140 solicitudes.



Es significativo observar que el mayor número de solicitudes de dictamen y ampliaciones, fue en el semestre comprendido entre los meses de abril – septiembre, con el 57% de la demanda total en el año.

Como ya mencionamos, durante el 2000 se recibieron 591 solicitudes de dictamen médico, que en comparación con las 555 solicitudes recibidas durante 1999, representan un incremento de 6.5 %. Durante 1999 se recibían en promedio 46.2 casos mensuales, mientras que en el 2000 se recibieron en promedio 49.2 solicitudes de dictamen mensualmente.

Dictámenes médicos solicitados en 1999 y 2000

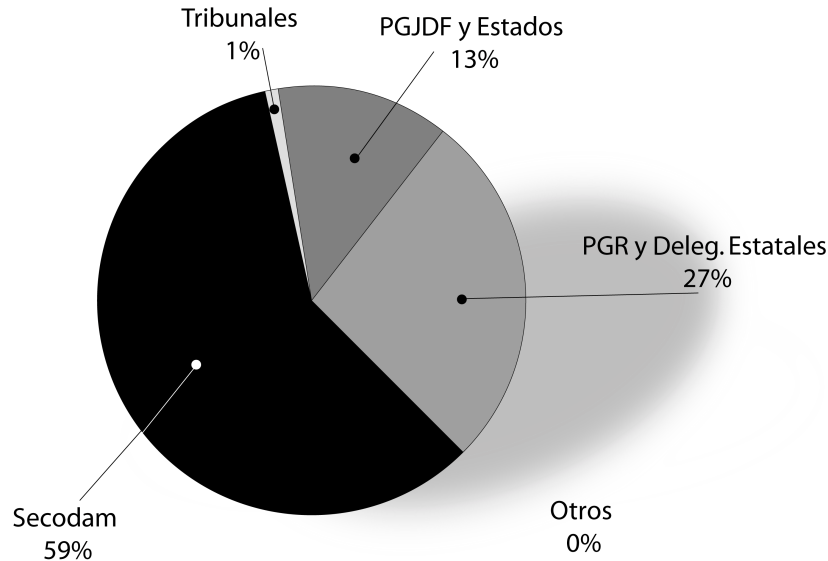


Por lo que respecta a las ampliaciones de dictamen, este año se recibieron 53 solicitudes, lo cual denota un incremento del 77% con relación a las 30 solicitudes de 1999.

Las instituciones que solicitaron el apoyo de esta Comisión Nacional de Arbitraje Médico, para la elaboración de dictámenes médicos se distribuyen de la siguiente manera: **347** casos fueron solicitados a través de los órganos internos de control (SECODAM), en las instituciones de salud, representando un 58.7% del total de la demanda; **159** la Procuraduría General de la República y sus delegaciones estatales (26.9%); **76** las procuradurías Generales de Justicia del D.F. y de los estados (12.9%); **8** por los Juzgados (1.3%) y **1** por otras instancias, correspondiente al 0.2%.

## V Informe anual de labores

Instituciones solicitantes de dictámenes médicos en 2000



Las ampliaciones de dictamen fueron solicitadas por las siguientes instancias: 25 por la Procuraduría General de la República y sus delegaciones estatales (PGR); 14 por los órganos internos de control en las instituciones prestadoras de servicios de salud (SECODAM); y 14 por las procuradurías de Justicia del D.F. y de los estados. *Dictámenes Médicos Concluidos.* Durante el 2000 se concluyeron 742 Dictámenes Médicos, de los cuales 427 fueron solicitados por la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo, a través de los órganos internos de control en el ISSSTE, IMSS, PEMEX y SSA; 208 por la Procuraduría General de la República y sus delegaciones estatales; 95 por la Procuraduría General de Justicia del D.F. y de las entidades federativas; 10 por los Juzgados y 2 por otras instancias.

## V Informe anual de labores

Es preciso aclarar que de los 742 casos concluidos, en 691 se emitió dictamen médico; 49 se concluyeron por falta de interés, al solicitar su peticionario la devolución de los mismos; y los 2 casos restantes fueron concluidos en la modalidad de no aplica, ya que el expediente carecía de la documentación necesaria para la elaboración del dictamen médico y aunque se solicitó al peticionario del mismo, no se remitió la documentación requerida.

De los dictámenes concluidos, en 448 se observó mala práctica (60.4%), en 243 dictámenes se observó buena práctica (32.7%), en 49 existió falta de interés (6.6%) y en 2 no aplica (0.3 %), según hemos señalado.

Es importante destacar el aumento en la emisión de dictámenes médicos durante el presente ejercicio, al incrementarse la productividad en 189 dictámenes más (34.2%), respecto a los 553 que se emitieron en 1999.

Si observamos el número de dictámenes concluidos y el número de casos recibidos durante el 2000 en esta Dirección, podemos concluir que se logró atender un 126% de la demanda.

Es importante resaltar que nuestro índice de asuntos en trámite, por cuanto hace a la gestión pericial, ha sido reducido notablemente; en efecto, al finalizar 1999, oscilaba entre 210 y 220 asuntos y al concluir el año 2000 oscila entre 110 y 120. Lo anterior significa que se logró reducir en un 46.5% (100) el número de asuntos en trámite, a pesar del incremento del 6.5% en las solicitudes de dictamen respecto al año anterior.

Por otra parte, debemos señalar que la dirección general de Arbitraje ha potenciado su índice resolutivo, merced a las estrategias establecidas. Es importante señalar que durante el año 2000 se concluyeron 742 dictámenes médicos, esto arroja un promedio mensual de 62 dictámenes, que en comparación a los 553 del ejercicio de



1999 (46 al mes), demuestran un aumento en la productividad del 34%, sin demeritar la calidad de nuestros informes periciales.

Así tenemos que en cuanto al estudio de casos, objetivo común a la peritación y al arbitraje, podemos informar en términos de una evaluación cualitativa ha sido posible establecer los procesos de fincamiento de responsabilidades en los casos debidamente justificados (en sus aspectos civil, administrativo y penal), pero es de igual interés y trascendencia señalar que, asimismo, ha sido posible determinar la inexigibilidad de responsabilidades ante la buena práctica médica, lo cual contribuye a evitar los temores injustificados de los prestadores, característicos de la demeritada medicina defensiva.

Lo anterior significa, necesariamente, que nuestra gestión se caracteriza por la búsqueda permanente de mayor eficiencia, eficacia y efectividad; para que en forma imparcial, objetiva y expedita, se resuelvan las controversias que sujetan al conocimiento de esta Comisión, con el objeto de contribuir a mejorar la calidad de la atención en los servicios médicos.





## VI. Opiniones técnicas y dictámenes

Constituyen uno de los elementos más relevantes de la CONAMED con relación a la misión de contribuir a mejorar la calidad de la atención.

En el lapso que se reporta fue conocida públicamente la Opinión Técnica Núm. 03/2000 dirigida al Ing. Alberto Cárdenas Jiménez, gobernador constitucional del estado de Jalisco, relacionada con las defunciones de cinco pacientes en el Hospital Regional de Puerto Vallarta. En este hecho la CONAMED intervino por considerarlo un asunto de interés general en el cual debía intervenir de oficio, para lo cual con la finalidad de allegarse los elementos necesarios que permitieran un análisis integral, personal médico y jurídico de la CONAMED, viajó a Puerto Vallarta al día siguiente de los hechos, en donde realizó una visita a las áreas involucradas, se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes, se entrevistó a directivos, personal médico y paramédico del hospital, así como a otros pacientes que aparentemente también estuvieron expuestos.

La información recabada fue analizada por especialistas de la propia CONAMED y asesores externos en toxicología, neumología y anestesiología, con lo que se establecieron y sustentaron las causas, consideraciones, conclusiones y recomendaciones sobre esos hechos.

Las conclusiones fueron que las acciones llevadas a cabo por el personal médico y de enfermería que atendió a estos pacientes fue adecuada, ya que los datos clínicos causados por intoxicación con bióxido de carbono que llevó al fallecimiento de los cinco pacientes, no eran distinguibles de la sintomatología que se presenta en las complicaciones de los padecimientos que sufrían. Los eventos ocurrieron en diferentes áreas de la unidad hospitalaria, lo que impidió

detectar que se trataba de una intoxicación causada por el sistema general de suministro de oxígeno.

Sin embargo, fue claro que los hechos ocurridos tuvieron su origen en un error en la entrega por la empresa proveedora de oxígeno al hospital y desde luego existió también negligencia en el personal administrativo del hospital, que recibió y conectó el cilindro de gas equivocado a la red de suministro de oxígeno de la unidad hospitalaria.

Por lo que la CONAMED, con la finalidad de procurar la mejoría en la calidad de la prestación del servicio médico que se otorga y evitar la repetición de los lamentables hechos que ocurrieron, realizó las siguientes recomendaciones:

- Que la Secretaría de Salud estatal estableciera medidas que garanticen absoluta seguridad en el suministro de oxígeno, las cuales deben ser cumplidas con oportunidad por las personas encargadas del procedimiento, quienes además deben estar capacitadas para ese fin y que se instrumentaran de inmediato sistemas de supervisión permanente por parte de los diferentes niveles de autoridad involucrados, a fin de detectar y solucionar cualquier anomalía en el suministro y distribución del oxígeno.
- Se indemnizara a los deudos por las personas físicas o morales que resultaran responsables y que el caso se hiciera del conocimiento del órgano Interno de control, para que realice las acciones necesarias a efecto de determinar las responsabilidades que procedan a los servidores públicos involucrados.
- También respecto a esta situación, se emitió la Opinión Técnica Núm. 04/2000 dirigida al Lic. José Antonio González Fernández, secretario de Salud, en su carácter de autoridad normativa nacional, con la recomendación de que se elabore una Norma Oficial Mexicana Emergente, de observancia general en el territorio nacional, con carácter obligatorio, que

garantice medidas de seguridad inviolables en la utilización de los gases hospitalarios.

El impacto de estas Opiniones Técnicas, permitió que el personal médico y de enfermería del hospital no fuera injustamente consignado; que se esclarecieran los responsables de los hechos y como un aspecto muy importante, que se tomaran las medidas necesarias al nivel más alto para evitar la recurrencia de estas situaciones en el país.

***a. Opiniones-ISSSTE***

En el período enero-diciembre del 2000 también se emitieron 4 Opiniones Técnicas dirigidas a la Lic. Socorro Díaz Palacios, directora general del ISSSTE y a la Psic. María del Carmen Madrazo, coordinadora general de Atención al Derechohabiente del ISSSTE, en relación a deficiencias detectadas en la atención a pacientes de esa institución en urgencias, con la recomendación de que se asegure la observancia y cumplimiento de las normas así como procedimientos establecidos,

El propósito es que permitan en los servicios de urgencias de las unidades de la institución, identificar en cada paciente la gravedad del caso y otorgar la atención requerida tanto de estudios como del manejo integral en cada uno de los pacientes, y tomar las medidas necesarias para que el personal médico de urgencias de las unidades hospitalarias, reciban una preparación adecuada en lo referente al protocolo de abdomen agudo.

Por otra parte, es importante mencionar que en el periodo que se informa se recibieron 6 respuestas a Opiniones-ISSSTE emitidas en 1999 y la resolución de las emitidas en el año 2000, con los siguientes resultados:

El ISSSTE reconsideró su resolución inicial de IMPROCEDENCIA de la queja en 7 expedientes y en todos los casos se siguieron las recomendaciones de la CONAMED dirigidas a corregir las desviaciones detectadas y a mejorar la calidad de la atención, con las siguientes acciones:

Respecto a la recomendación a mejorar la integración del expediente clínico, en la Delegación Regional Zona Norte del ISSSTE se han revisado 650 expedientes de sus unidades médicas, llevando a efecto una sesión taller, 22 pláticas y 3 sesiones generales para corregir las deficiencias, lo que redundar en documentos completos, que describan las acciones realizadas para atender las enfermedades de sus pacientes, su justificación y resultados, con respeto a los derechos de los pacientes al incluir el consentimiento válidamente informado en relación a su internamiento, cirugías o procedimientos que entrañen riesgo para su vida.

También, la subdirección Médica del ISSSTE tomó medidas para que en la Delegación Zona Oriente de esa institución, se conociera el *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*; que en nuevas contrataciones se verifique que el personal médico y paramédico esté debidamente capacitado; se verifiquen las acciones del Comité de Evaluación de la Calidad y se establezca un programa de supervisión a las unidades médicas coordinado por el subdelegado médico y los titulares de los hospitales y clínicas.

Además de acciones académicas para asegurar que los procedimientos médicos y quirúrgicos en la institución sean atendidos eficazmente. Similar situación ocurrió en la Delegación Zona Sur, con énfasis en las valoraciones de los pacientes en los servicios de urgencias, que deben ser completas y profesionales, realizando los estudios necesarios para descartar padecimientos de gravedad.

***b Dictámenes-IMSS***

Con relación al Instituto Mexicano del Seguro Social, se emitió la Opinión Técnica No. 02/2000 dirigida al Lic. Genaro Borrego Estrada, director general de esa institución, debido a deficiencias en la integración del expediente clínico y en la elaboración de certificados de defunción, además de retraso en la respuesta institucional a las inconformidades de los pacientes.

Al respecto, las autoridades del IMSS enviaron un oficio a los directores y delegados regionales, estatales y del Distrito Federal, además de los coordinadores regionales y delegacionales de Atención y Orientación al Derechohabiente, con la instrucción de cumplir con los plazos que indica la normativa en la respuesta a las inconformidades de sus pacientes e integrar adecuadamente los expedientes clínicos.

En el lapso que se informa, también se elaboraron 36 dictámenes dirigidos al IMSS, con la finalidad de que reconsideraran su determinación de IMPROCEDENCIA, en los cuales el estudio y la valoración de la CONAMED determinó que sí existieron deficiencias en la atención, por lo que se consideró que debían cambiar su resolución a favor del quejoso; pero además, en forma más importante, tomar medidas para evitar las desviaciones detectadas en la atención a sus derechohabientes.

De los 36 elaborados, se han recibido 31 respuestas y en 29 el IMSS reconsideró su respuesta con base en los argumentos y fundamentación de CONAMED, autorizando reintegro de gastos o indemnización a los pacientes.

También se entregaron 8 respuestas a dictámenes elaborados en 1999, en todos ellos (100%), el IMSS también modificó su resolución.

En atención a las recomendaciones de CONAMED que se indicaron en esos dictámenes, orientadas a mejorar la calidad de los servicios, se generaron oficios al Dr. Mario Madrazo Navarro, director de Prestaciones Médicas del IMSS, a los titulares de las Delegaciones 1 Noroeste del D.F. y 4 Sureste del D.F., con la indicación de



*que: se tomen las medidas pertinentes, para evitar en lo futuro la repetición de deficiencias, lo que redundar en la mejoría de los servicios que presta el IMSS.*

Como puede apreciarse, la CONAMED ha sido un promotor continuo de acciones dirigidas a modificar conductas y procedimientos inadecuados en la atención médica, considerando que su corrección permitir mejorar la atención a los pacientes que acudan a las unidades de servicios médicos en todos los sectores.

***c. Detección de deficiencia en la atención***

En atención a las instrucciones del C. comisionado nacional de Arbitraje Médico y con base en que desde 1999 todas las inconformidades tienen valoración integral, en el periodo que se informa, con fundamento en esa valoración médica elaborada con la información aportada por el quejoso, el informe médico y el análisis del expediente clínico, de acuerdo con los lineamientos éticos y científicos que regulan la práctica médica, se clasificaron de **enero a mayo del 2000** todas las inconformidades en tres vertientes: casos con deficiencia clara, deficiencia relativa o sin deficiencia en la atención.

**Deficiencia clara:** Se consideró en aquellos casos en los que se encontró que no se aplicaron las obligaciones de seguridad y medios contempladas en la Ley General de Salud y en el Reglamento de la misma Ley en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

**Deficiencia relativa:** Se consideró en los casos en que existieron desviaciones, pero en los que también existían riesgos inherentes a los padecimientos y en los cuales la anomalía no afectó la evolución posterior.

Estas determinaciones orientan la conducta a seguir en la audiencia conciliatoria, para obtener una resolución justa entre las partes, lo que permite contar con elementos para la elaboración de dictámenes u opiniones técnicas.

## V Informe anual de labores

**Modificaciones a la clasificación de deficiencias en la atención:** En atención al Acuerdo que estableció el Consejo de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en la Décima Séptima Sesión celebrada el 31 de mayo, a partir del mes de junio del 2000 se modificó la clasificación de desviaciones en la atención médica, tomando en consideración el cumplimiento de obligaciones de medios así como seguridad con y sin consecuencias para el órgano, función y expectativa de vida.

<b>Análisis de los 848 asuntos atendidos de enero a mayo del 2000*</b>		
CON DEFICIENCIA CLARA	167	19.7%
DEFICIENCIA RELATIVA	331	39.0%
NO HAY DEFICIENCIAS	350	41.3%

\* Incluye los 27 casos que pasaron a arbitraje.

<b>Servicios médico-quirúrgicos con deficiencia clara</b>		
SERVICIO	CASOS	%
URGENCIAS	47	28.1
GINECOBSTERICIA	40	24.0
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	23	13.7
CIRUGÍA GENERAL	17	10.2
MEDICINA FAMILIAR	15	9.0
CIRUGÍA PLÁSTICA	8	4.8
OTRAS ESPECIALIDADES	17	10.2
<b>TOTAL</b>	<b>167</b>	<b>100%</b>

En todo expediente en que se detecta deficiencia clara en la atención médica (enero a mayo del 2000), o incumplimiento de obligaciones de medios y seguridad con consecuencia para el órgano, función y expectativa de vida (a partir de junio del 2000), se considera que el prestador de los servicios médicos que incurrió en la falta, debe dar una satisfacción al paciente o a sus familiares, además de tomar las medidas necesarias para evitar que se repitan esas anomalías, ya sea un caso de atención privada o en los servicios institucionales.

Resolución de los expedientes de queja en los que se encontró deficiencia clara (167 casos). Un total de 115 casos (69%), se concluyeron por conciliación, con las siguientes características:

- En 91 casos (79%), con fundamento en la valoración médica integral y el diálogo con los prestadores del servicio, ya sea los representantes institucionales o médicos privados, éstos han aceptado deficiencia en la atención, dando respuesta a las pretensiones del usuario con pago de reembolso de gastos y/o indemnización.
- 20 asuntos se conciliaron con diferentes modalidades mixtas, cancelación de adeudo, investigación de responsabilidad, atención médica especializada y explicación técnica.
- 4 fueron resueltas con el compromiso de atención médica especializada por otro prestador (casos privados).

Los 52 casos restantes no fueron conciliados por los siguientes motivos:

- En 20 asuntos, la respuesta de las instituciones (IMSS e ISSSTE) fue de improcedencia de la queja; en estos casos la CONAMED elaboró *opiniones técnicas* y *dictámenes* para que las dos organizaciones de salud revisaran la inconformidad y reconsideraran su respuesta. En todos, aceptaron las recomendaciones de CONAMED:

## V Informe anual de labores

- En 27 asuntos, las partes aceptaron pasar al procedimiento de arbitraje;
- 3 inconformidades tienen averiguación previa y seguirán el proceso jurisdiccional;

En sólo 2 inconformidades las partes no aceptaron ni la conciliación ni el arbitraje, en estos casos están en proceso *opiniones técnicas*.





## VII. Seguimiento de compromisos

Durante el periodo enero-diciembre de 2000 las quejas conciliadas y por tanto sujetas a seguimiento, fueron 1,658 y se integran por 692 conciliaciones, 947 convenios de conciliación (incluidos 7 celebrados ante la dirección general de Arbitraje y 19 laudos en los cuales existen compromisos. En total concluyeron 1,535 (92.6%) quejas durante el periodo y quedan 123 (7.4%) en proceso.

### ***1. Conciliaciones inmediatas***

Las conciliaciones inmediatas de enero-diciembre ascienden a 692. De éstas 595 (86%) corresponden a conciliaciones “A” y 97 (14%) a conciliaciones “B”. Durante el periodo se atendieron los compromisos de 655 (94.7%) y 37 (5.3%) se encuentran en proceso.

#### ***a) Compromisos pactados***

Los 717 compromisos pactados en las conciliaciones, a los cuales se les dio seguimiento en el periodo, se materializan en las gestiones siguientes: 357 valoraciones médicas, 186 atenciones médicas, 30 otorgamientos de material médico, 28 cambios de médico y/o unidad, 57 explicaciones médicas, 20 entrevistas con personal médico, 3 condonaciones de adeudo, 3 prácticas de estudios, 9 acercamientos de citas, 1 diferimiento de alta, 2 pases de referencia, 3 otorgamientos de medicina, 1 otorgamiento de cuota mínima de recuperación, 6 entregas de resumen clínico, 2 resultados de estudios, 6 dispensas de trámite, 2 ingreso a unidad hospitalaria y 1 gestión de ambulancia para traslado.

*b) Estado actual que guardan los compromisos pactados*

Los compromisos cumplidos son 330 valoraciones, 181 atenciones médicas, 27 otorgamientos de material médico, 28 cambios de médico y/o unidad, 53 explicaciones médicas, 19 entrevistas con personal médico, 3 condonaciones de adeudo, 3 prácticas de estudios, 9 acercamientos de citas, 1 diferimento de alta, 2 pases de referencia, 3 otorgamientos de medicina, 1 otorgamiento de cuota mínima de recuperación, 6 entregas de resumen clínico, 2 resultados de estudios, 6 dispensas de trámite, 2 ingresos a unidad hospitalaria y 1 gestión de ambulancia para traslado.

Los compromisos en proceso incluyen 27 valoraciones, 5 atenciones médicas, 3 otorgamientos de material médico, 4 explicaciones médicas y 1 entrevista con personal médico. Los datos anteriores representan un total de 677 (94.4%) compromisos cumplidos y 40 (5.6%) en proceso de cumplimiento.

**2. Convenios de conciliación**

De los 947 convenios de conciliación recibidos para seguimiento se encuentran concluidos 872 (92.1 %) y 75 (7.9 %) en proceso.

*a) Compromisos pactados*

Los convenios remitidos para seguimiento incorporan en su texto un total de 1346 compromisos, los cuales se integran de la manera siguiente: 345 reembolsos de gastos, 269 explicaciones médicas, 271 atenciones médicas especializadas, 228 valoraciones médicas, 87 indemnizaciones, 47 orientaciones para intervención de órganos internos de control, 22 cambios de médico y/o de unidad hospitalaria, 31 envíos de acta a autoridades hospitalarias involucradas, 21 condonaciones de adeudo, 16 entregas de resúmenes clínicos, 6 entregas de resultados de estudios y 3 exenciones de pago de cuota de recuperación.



## V Informe anual de labores

### *b) Estado actual que guardan los compromisos pactados*

Los compromisos cumplidos son 322 reembolsos, 269 explicaciones, 246 atenciones, 213 valoraciones, 77 indemnizaciones, 47 orientaciones para intervención de órganos internos de control, 22 cambios de médico y/o unidad hospitalaria, 31 envíos de acta a autoridades hospitalarias involucradas, 20 condonaciones de adeudo, 13 entregas de resumen clínico, 6 entregas de resultados de estudios y 3 exenciones de pago de cuota de recuperación.

Los compromisos en proceso tienen fueron 23 reembolsos, 25 atenciones médicas, 15 valoraciones médicas, 10 indemnizaciones, 1 condonación de adeudo y 3 entregas de resumen clínico.

A la fecha, se logró el cumplimiento de 1269 (94.3%) compromisos y están en proceso de cumplirse 77 (5.7%).





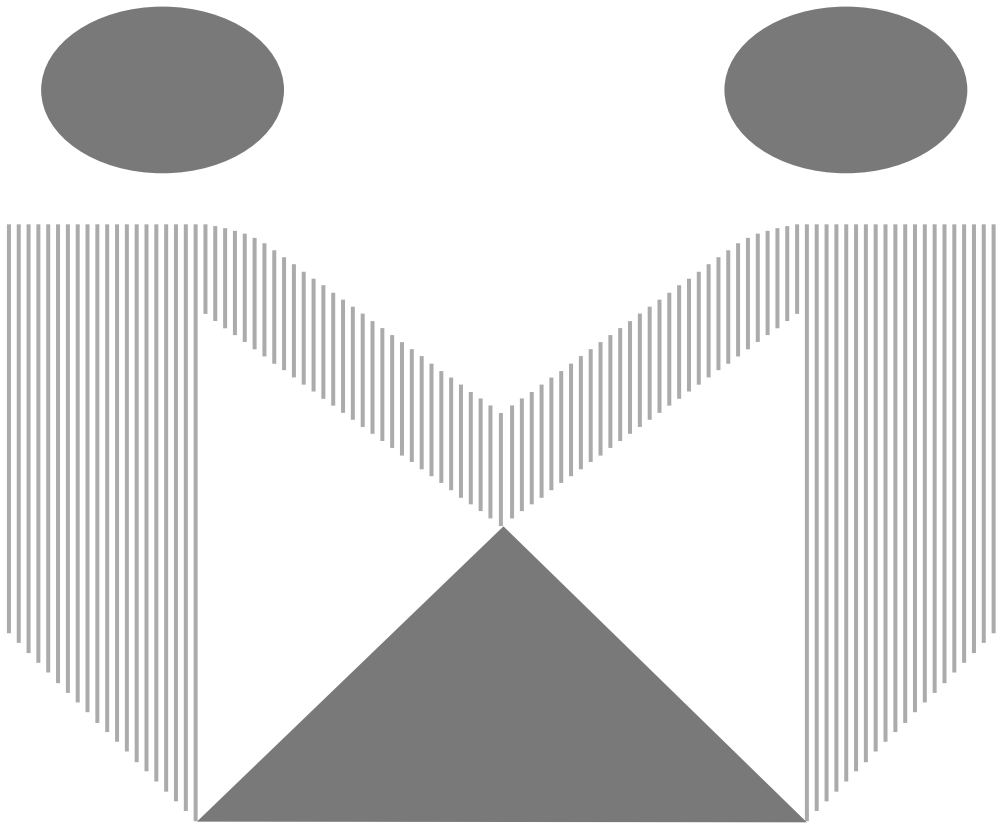
## VIII. Resultado de las encuestas a usuarios

Se recibieron 1855 formatos de encuesta requisitados. En ellos el 88.87% de los usuarios que respondieron, confirmaron haber recibido un trato amable y respetuoso, el 91.52% consideró que su caso se manejó en forma adecuada y el 90.25% manifestó que tuvo confianza en el médico y abogado que lo atendieron.

Por lo que hace a las expectativas de los usuarios sobre los servicios de la CONAMED, el 58.42% los consideraron como buenos o muy buenos, y el 40.60% no respondieron; asimismo el 88.9% sí recomendarían a la Comisión con otras personas que tuvieran problemas con los servicios médicos y el 7% no contestó.

Considerando que este instrumento tiene como propósito orientar la labor de la institución y mejorar la calidad de la atención que brinda, consideramos pertinente continuar con su aplicación, optimizando y evaluando los resultados, a efecto de retroalimentar a las áreas para que presten servicios con mayor calidad y eficiencia.







## IX. Perspectivas institucionales

El compromiso que tiene la CONAMED con la sociedad es de gran trascendencia, porque no solamente se refiere a dirimir objetiva e imparcialmente las controversias que se suscitan entre prestadores y usuarios de los servicios médicos, sino que pretende además influir positivamente en la mejora de la práctica médica, pública y privada, en nuestro país. Realizar esta tarea con verdadera eficacia e impacto en la comunidad, requiere de plantear nuevos retos y explorar nuevos esquemas de coordinación interna, de utilización del talento y de vinculación con la sociedad.

Consciente de ello, el equipo directivo de la CONAMED ha dedicado particularmente su atención a la definición de los retos que la Institución deberá afrontar en los próximos años.

En primer término, se hace necesario lograr una mayor proyección de la Institución, para lo cual se deben reforzar las acciones de difusión de las actividades de la CONAMED, con el fin de que la sociedad en su conjunto conozca los servicios que brinda y pueda utilizar esta alternativa para resolver conflictos relacionados con la prestación de servicios de atención médica. Por otra parte, es importante ampliar la cobertura de servicio en el territorio nacional, dado que sólo 17 entidades cuentan con Comisiones de este tipo. El resto de los estados tienen como única opción en esta materia a la Comisión Nacional. Es clave también que necesitamos de un proceso claro y estandarizado, por lo que se debe consolidar e implantar un Modelo Único de Atención de Inconformidades a nivel nacional.

La experiencia e información acumulada en la atención de los más de 22,000 asuntos atendidos por la Institución, permite identificar factores asociados a mala práctica de la medicina, que la CONAMED puede utilizar para la emisión de reco-



mendaciones que contribuyan a promover acciones preventivas, así como a elevar la calidad de la práctica de la medicina.

En este contexto la CONAMED se ha propuesto los siguientes objetivos para la presente administración:

- Consolidar el modelo de atención de inconformidades para ser el Centro Nacional de Referencia.
- Lograr una óptima resolución de conflictos con eficiencia y satisfacción de los usuarios,
- Influir en la mejoría de la práctica de la medicina, y
- Proyectar en los contextos nacional e internacional el Modelo CONAMED y obtener el reconocimiento social.

Estos objetivos habrán de concretarse mediante el desarrollo de las siguientes Líneas Estratégicas:

1. Garantizar la calidad del servicio.
2. Asegurar la cobertura nacional a través de un modelo único de atención de inconformidades.
3. Propiciar la coordinación interinstitucional para la atención de inconformidades médicas.
4. Vincular la emisión de recomendaciones con el ejercicio profesional de la práctica médica.
5. Obtener el reconocimiento médico, especialmente de las instituciones de seguridad social, como organismo promotor de la buena práctica médica.
6. Participar en los programas de educación de pre-grado y postgrado de medicina y derecho.
7. Posicionar a la CONAMED en el ámbito nacional e internacional.

Para el cumplimiento de las líneas de acción se han formulado proyectos estratégicos, entre los cuales podemos mencionar como los más importantes:

1. Estandarización de los procesos para integrar un modelo único de atención de inconformidades;
2. Certificar los procesos con la norma ISO 9001/2000, para darle garantía a cada uno de los usuarios de que recibirá una óptima y uniforme calidad de atención;
3. Vinculación con las comisiones estatales de arbitraje médico para ofrecer asesoría, apoyo y consolidar un modelo único de atención de inconformidades;
4. Generación de recomendaciones a partir de la información histórica recibida en la institución sobre casos de mala práctica médica y establecer mecanismos formales de colaboración con los consejos y academias de cada especialidad;
5. Establecer convenios de colaboración con las instituciones de educación superior y participar en foros nacionales e internacionales vinculados con al arbitraje médico;
6. Creación del Consejo Nacional de Arbitraje Médico;
7. Acreditación de la CONAMED como instancia certificadora a nivel internacional en materia de arbitraje médico.

Para cumplir con nuestra misión de resolver conflictos actuando con imparcialidad, objetividad, confidencialidad y respeto, a través de la mediación, la conciliación, el arbitraje, la gestión pericial, además de la emisión de recomendaciones, necesitamos de un proceso claro y estandarizado, por ello nos proponemos, establecer un modelo de arbitraje médico ágil y flexible, en el que se retome y perfeccione la experiencia institucional, se promueva la participación, profesionalización y corresponsabilidad del persona, así como la integración de todas las áreas operativas vinculadas al proceso, que permita, por una parte, una óptima resolución de las

## V Informe anual de labores

controversias, y por otra, generar una cultura de la prevención y mejoría en la práctica de la medicina.

Contamos con todos los elementos necesarios: liderazgo, experiencia, capacidad profesional, pero sobre todo, un profundo compromiso social con el logro de la Visión que el equipo directivo ha planteado: *Ser un factor de éxito y confianza en los servicios de salud de México.*



*El V Informe anual de labores 2000*  
se terminó de imprimir en la Ciudad de México  
en julio de 2001, en Docu Xsystem.

La edición electrónica estuvo a cargo de la  
Dirección de Comunicación Social de la Conamed.  
El cuerpo de texto se realizó  
con la familia tipográfica New Baskerville 12/18 puntos.

Se tiraron 500 ejemplares.  
MMI