

## Laudos 2007-2011: aprendiendo sobre los incidentes adversos y otras características de la queja médica

### *Arbitration Awards 2007-2011: learning about unfavorable events and others characteristics of medical complaint*

Miguel Ángel Lezana Fernández,<sup>1</sup> Sonia Beatriz Fernández Cantón,<sup>1</sup> José Rafael Rodríguez<sup>1</sup>

#### RESUMEN

**Introducción:** Un evento adverso es todo incidente imprevisto e inesperado que causa algún daño o complicación al paciente y que es consecuencia directa de la atención médica que recibe y no de la enfermedad que padece. El objetivo de este estudio fue desarrollar un nuevo instrumento para el conocimiento de los incidentes adversos así como de otras características de la queja médica.

**Material y Métodos:** Se analizaron 177 laudos, emitidos entre 2007 y 2011. Se desarrolló un instrumento que clasifica a uno y dos dígitos variables relacionadas con datos sociodemográficos, tipo de unidad médica, especialidades médicas involucradas, tipo y severidad de incidentes adversos.

**Resultados:** Se detectaron 919 incidentes adversos, con un promedio de 5.2 incidentes adversos en cada caso, equivalente a una tasa de incidencias de 519.2 por cien. Son más frecuentes en mujeres 60%. Se comparó unidades médicas públicas contra privadas, siendo mayor la prevalencia en privados (448.5 vs 613.2). Por subcategorías, los incidentes más frecuentes estuvieron relacionados con un procedimiento (352 incidentes), con la medicación (255) o con los cuidados (118).

**Conclusiones:** Desarrollar nuevas fuentes de información fortalece al Sistema Nacional de Información en Salud para incrementar nuestro conocimiento sobre las quejas médicas.

**Palabras clave:** seguridad del paciente, evento adverso, clasificación internacional de seguridad del paciente (CISP), atención médica, quejas médicas.

#### ABSTRACT

**Introduction:** An adverse event is every non previsible incident than generate any injury or complication to patients, and is a consequence of the health care, non related to their illness. Objective: To develop a new data collection instrument for improve knowledge about adverse incidents and another characteristics about medical complaints.

**Material and Methods:** 177 arbitral awards emitted between 2007 to 2011 were analyzed. A classificatory instrument was developed; it classifies by one or two digits the variables related to sociodemographic data, type of healthcare units, involved medical specialties, type and severity of adverse incidents.

**Results:** 919 adverse incidents were detected, average: 5.2 incidents per case, equal to an incidents rate of 519.2 per 100. Incidents were more common in women (60%). Incidents rate was higher in public and private healthcare units (448.5 vs 613.2). By subcategories, medical procedure related incidents (352), medication-related (255) and nurse care-related (118) were most frequent reports.

**Conclusions:** To develop new databases enforces the National Healthcare System for increase our knowledge about medical complaints.

**Keywords:** Patient safety, adverse event, international classification for patient safety (ICSP), health care, medical complaints.



<sup>1</sup> Dirección General de Difusión e Investigación. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México

Correspondencia: Dra. Sonia Beatriz Fernández Cantón. Dirección General de Difusión e Investigación, CONAMED. Mitla 250 (piso 8), colonia Vértiz Narvarte. Deleg. Benito Juárez. México D.F. C. P. 03020. Correo electrónico: sfernandez@conamed.gob.mx .

## INTRODUCCIÓN

La preocupación sobre el tema de la seguridad del paciente es por demás vigente en la agenda de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, en la medida que surge como reflexión sobre el tipo de atención médica que se proporciona en los establecimientos médicos del sector y en la cual se ven involucrados los diferentes actores del sistema de salud.

En dicho contexto, cobra particular relevancia el conocimiento de los incidentes o eventos adversos, los cuales constituyen un problema grave de salud pública al ocasionar daños de diversos grados al paciente y su familia, incrementando el costo del proceso de atención y la estancia hospitalaria<sup>2</sup>; para fines de este trabajo se entenderá como evento adverso todo incidente imprevisto e inesperado que causa algún daño o complicación al paciente y que es consecuencia directa de la atención médica que recibe y no de la enfermedad que padece.

Por otra parte, la OPS hace referencia a la importancia de los sistemas de información y evaluación sobre el funcionamiento de los servicios de salud y la conveniencia de contar con sistemas de registro sobre eventos adversos que permitan al personal de salud reportar los incidentes y errores cometidos en el quehacer cotidiano de la atención médica, y que a través de su análisis se contribuya al mejoramiento de la calidad de la atención y la seguridad del paciente.<sup>3</sup> En forma complementaria, la OMS ha hecho énfasis en la importancia en conocer el punto de vista del paciente respecto al trato que recibió durante su paso por los establecimientos de salud, es decir, dar voz a los usuarios de los servicios médicos para descubrir el otro punto de vista de las situaciones vividas por ellos.<sup>4</sup>

En respuesta a lo anterior y como parte de la necesidad y la responsabilidad surgida respecto a trabajar en la identificación, notificación y registro de los incidentes adversos como pasos fundamentales en la gestión de la mejora de la atención, es que la CONAMED se da a la tarea de contribuir al conocimiento de dicha problemática, desde su ámbito de competencias que es el análisis de la queja médica. En efecto, la actividad que realiza ésta institución es de gran relevancia en el sector salud, en la medida que atiende alrededor de 18 mil inconformidades anualmente. De ellas, más de dos mil llegan a conformarse estrictamente como quejas médicas. El proceso de conciliación se inicia con la apertura del expediente, a partir de los documentos y relatos correspondientes a cada una de las situaciones descritas por la población usuaria inconforme con los servicios otorgados, y que acude en busca de solución a sus

problemas de carácter médico-legal. Durante el proceso de conciliación se resuelven la gran mayoría de los casos, no obstante, en aquellos en los cuales no fue satisfecha su demanda (y que representan aproximadamente el 5% de las quejas) es decir, en las cuales no aceptan las alternativas de solución que se le proponen, deciden dar el paso adicional y optar por el seguimiento de un laudo,<sup>5</sup> que se define como el pronunciamiento por medio del cual la CONAMED resuelve, en estricto derecho, las cuestiones sometidas a su conocimiento por las partes.

Es a partir de dichos documentos, incluidos en el expediente respectivo, que se pueden obtener variables de carácter estadístico que nos permiten describir y conocer cada caso con detalle. En este contexto se pretende describir los hallazgos respecto a la problemática particular en concreto de los Incidentes Adversos detectados en la descripción de hechos que hace el paciente, en el relato inicial que presenta en su demanda ante CONAMED.

De esta forma, a partir de la utilización de los datos estadísticos considerados en la documentación contenida en los expedientes de los asuntos concluidos como laudos, la CONAMED se propone contar con un nuevo instrumento para el conocimiento de los incidentes adversos así como de otras características de la queja médica. Con ello surge la propuesta de una nueva fuente de información a partir de registros preexistentes, de los cuales pueden proponerse nuevos métodos de análisis y seguimiento que a su vez permitan promover estrategias de evaluación emergentes, hasta ahora poco utilizadas, así como diferentes líneas de investigación, entre otras sobre vulnerabilidad y género.

Con lo anterior, la CONAMED verá enriquecido su acervo estadístico, que complementará en forma importante los datos obtenidos a través de otros sistemas vigentes (SAQMED, SIRAI). Por otra parte y no menos importante, debe considerarse también que dicha información, al estar enmarcada dentro de los servicios que presta el Sistema Nacional de Salud, aportará datos relevantes al sistema estadístico nacional, en la medida que la utilización de catálogos y clasificaciones oficiales, establecidos por la normatividad correspondiente, así lo permite.

Finalmente, en cuanto al contenido del presente artículo, si bien se pretende que la parte modular del trabajo sean los incidentes adversos, resulta importante mostrar, por un lado y a manera de contexto los principales padecimientos y las especialidades en las que se encuentran inmersos; y por otro, el tipo y la gravedad de los daños sufridos a consecuencia de la inadecuada atención recibida.



## MATERIAL Y MÉTODOS

Se conformó una base de datos con la información estadística obtenida de una muestra de expedientes de 177 laudos cuyo proceso estaba concluido. Todas las variables de carácter estadístico fueron revisadas, y codificadas en un formato específico para su posterior captura y análisis. En particular, para fines de este artículo, se trabajó en la recolección, clasificación y codificación de la información utilizando dos Clasificaciones Internacionales: la de Enfermedades (CIE-10) y la de Seguridad en el Paciente (CISP), y dos de carácter nacional: la Clasificación de Especialidades Médicas propuestas por la Dirección General de Profesiones (SEP), y la Clasificación de Discapacidades utilizada por INEGI.

En particular, en lo referente a los eventos adversos, estos fueron codificados a partir de la Clasificación Internacional de Seguridad en el Paciente, utilizando para ello una Lista Abreviada conformada a partir de las recomendaciones del Protocolo de Londres.<sup>6</sup> La información así obtenida tiene la característica fundamental que proviene directamente del relato de hechos que describe el usuario en la primera parte del expediente, complementada con lo que se define en el apartado formal de la emisión del laudo en la parte final del mismo expediente.

La información recabada se presenta inicialmente a partir de una lista abreviada por grandes categorías (a un dígito) y posteriormente se desagrega en subcategorías (a dos dígitos), en forma más detallada.

Se presentan un análisis estadístico, de carácter descriptivo, considerando las frecuencias simples, los pesos relativos de cada subcategoría tomando en cuenta el total de incidentes adversos encontrados, calculándose también las tasas de incidencias a partir de las frecuencias por categoría y subcategoría y el número de casos analizados.

Es importante destacar que a diferencia de otros análisis presentados previamente en esta misma revista sobre eventos o incidentes adversos (por ejemplo a partir del SIRAS), en los cuales los incidentes fueron reportados directamente por el personal de salud y por ende sujetos a un gran nivel de subregistro debido al temor natural que sienten por ser sujetos de acciones punitivas; en este caso, el uso de los expedientes como fuente de información, permite que sean directamente los propios pacientes quienes, sin saber necesariamente que serán sujetos a clasificación dichos eventos, relatan los diferentes momentos de la atención a la salud que vivieron en forma adversa, según su propia percepción y expectativas no satisfechas de la atención a la salud que recibieron. Debe señalarse que ésto no exenta de omisiones, es decir, no implica que la descripción que se hace sea exhaustiva

pues generalmente se omiten aquellos aspectos, problemas u errores en los cuales el usuario no se da cuenta de su ocurrencia, o bien simplemente se consideran hechos poco importantes para su mención.

### Limitaciones del estudio

Para el presente estudio mencionamos algunas limitaciones que deben ser tomadas en cuenta al momento de interpretar la información. Algunas de ellas (las dos últimas) constituyen ventanas de oportunidad para complementar la información incluida en los laudos y que en futuros análisis sean considerados. Estos son los siguientes:

- ◆ El número y tipo de los incidentes adversos que ahora se reportan son aquellos percibidos por los usuarios inconformes con la calidad de la atención recibida y que fueron reportados como parte del relato de hechos y otra documentación incluida en los laudos, lo que implica que pudieran haber ocurrido otros, y que por desconocimiento o porque no les causaron daños evidentes, fueron omitidos en su descripción del evento.
- ◆ Si bien la muestra tiene representación sectorial, debe señalarse que ésta no incluye dentro de las instituciones de seguridad social los casos provenientes del IMSS, debido a que esta institución ha decidido no someterse al arbitraje médico, argumentando que cuenta con un procedimiento interno para atender sus propias quejas.
- ◆ A partir de los datos existentes, no ha sido posible establecer alguna vinculación entre eventos adversos y nivel de vulnerabilidad de los usuarios inconformes, a fin de establecer posibles relaciones entre nivel educativo, ocupación principal y/o nivel de ingresos y percepción del usuario sobre la calidad de la atención que podría inferirse mediante el número y tipo de incidentes adversos mencionados en el laudo.
- ◆ En los casos de fallecimiento del usuario, debido a la ausencia de los certificados de defunción, no ha sido posible establecer la cadena de acontecimientos que llevaron a la muerte, es decir cuál fue la causa básica y las causas intervinientes que produjeron el desenlace fatal, así como la vinculación de éstas con el incidente que originó la queja por parte del usuario.

**RESULTADOS**

La parte central de nuestro análisis la constituye la población usuaria que ha manifestado su inconformidad con la prestación de la atención médica recibida. La estructura por edad y sexo de quien promueve el proceso arbitral permite afirmar, como era presumible, que es muy distinta a la que se observa respecto al total de la población. Clasificando a la población en tres grandes grupos etáreos, se observa que los menores de 15 años (11 casos) agrupan el 6.2% del total; los de 15 a 59 años (124 casos) representan el 70% y la población de 60 años y más (42 casos) constituye el 24% de los usuarios. La distribución por sexo denota que 62 de cada cien usuarios son mujeres y el 38 restante son hombres.

Que el porcentaje de población de la tercera edad, inconforme con los servicios médicos prestados sea casi tres veces superior al de la población total no es sorprendente, si consideramos que se trata de un segmento de población que sufre con frecuencia de más de un padecimiento crónico, y que eso lo hace más vulnerable ante los cuidados, la medicación y los procedimientos entre otros aspectos.

Por otra parte, la interpretación de las cifras mencionadas debe hacerse con cuidado, particularmente sobre la distribución por sexo, en la medida que no es simple suponer que la frecuencia mayor de mujeres se debe a que ellas tienen una morbilidad mayor que la de los hombres (que en parte es cierto), o que ellas son mayoritarias como usuarias de los servicios de salud (que también lo es). Si bien es un aspecto que debe ser analizado con mayor profundidad, podría suponerse que la diferencia apunta hacia niveles de vulnerabilidad que valdría la pena conocer con mayor detalle.

**Principales causas de morbilidad reportada**

Del análisis de las causas de morbilidad que originaron el incidente que motivó la queja, se detecta que según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (a nivel de capítulo, a dos dígitos) más de la cuarta parte de los casos (28.9%) corresponden a problemas referentes a enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, siendo más notorio los casos en mujeres (31.8%) que de hombres (23.9%). (Cuadro 1). En este capítulo se incluyen principalmente las artropatías, las dorsopatías, los trastornos sistémicos del tejido conjuntivo y los trastornos de los tejidos.

**Cuadro 1. Principales padecimientos involucrados en las quejas presentadas por laudos (capítulos de la CIE-10).**

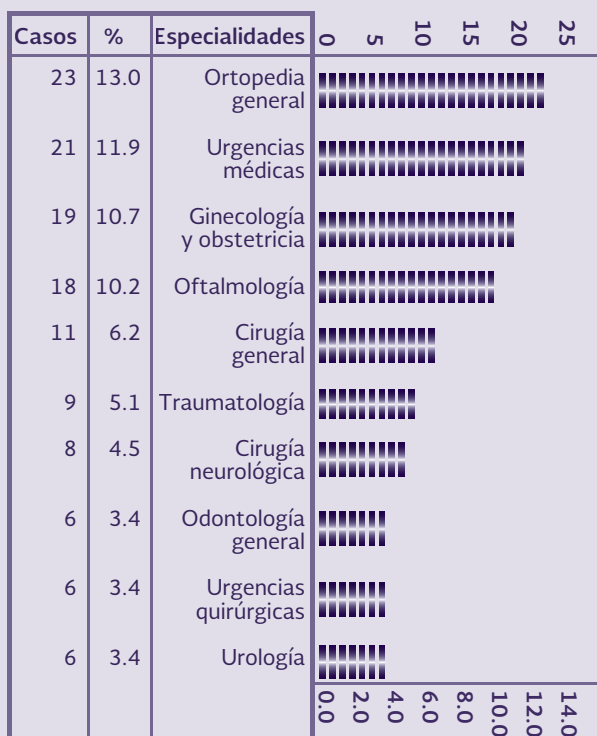
Padecimientos involucrados		Casos (total)	Distribución porcentual
Enfermedades	Infecciosas y parasitarias (sólo ciertas)	3	1.7
	De la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	2	1.1
	Endocrinas, nutricionales y metabólicas	14	7.9
	Del sistema circulatorio	5	2.8
	Del sistema nervioso	19	10.7
	Del ojo y sus anexos	18	10.2
	Del oído y de la apófisis mastoides	2	1.1
	Del sistema respiratorio	4	2.3
	Del sistema digestivo	9	5.1
	Del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	51	28.8
Del sistema genitourinario		2	1.1
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas		1	0.6
Embarazo, parto y puerperio		19	10.7
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte		2	1.1
Causas externas de morbilidad y de mortalidad		26	14.7
<b>Total</b>		<b>177</b>	<b>100</b>

En segundo lugar con 14.7% de los casos aparecen las causas externas, que incluye lo relativo a traumatismos, envenenamientos, y otros eventos, entre los cuales se encuentran las complicaciones de la atención médica y quirúrgica. La distribución por sexo es casi homogénea (ligeramente superior para el sexo masculino). En tercer lugar, prácticamente con el mismo peso relativo (un poco más del 10% de los casos) se encuentran tres capítulos: las enfermedades del sistema nervioso, con una frecuencia de 10.7%; los problemas del embarazo, parto o puerperio que afectan al 17.3 % de las mujeres de la muestra y por último, las enfermedades del ojo y sus anexos, con 10.2% de los casos, los cuales muestran un gran diferencial entre los sexos: 4.5% en mujeres y 19.4% en hombres.

### Especialidades médicas involucradas

En cuanto a la principal especialidad vinculada con la atención que motivó la queja (según el primer servicio médico involucrado al que recurrió el usuario), se registran 39 especialidades dentro de la muestra objeto de nuestro análisis. Sin embargo, no todas ellas tienen el mismo peso relativo, de tal forma que las diez primeras concentran casi el 72% de los casos. En particular destacan los servicios de Ortopedia general, Urgencias médicas, Gineco-Obstetricia y Oftalmología en los cuatro primeros lugares, alcanzando entre ellas el 45.8% de los casos, lo cual es congruente con el análisis de los padecimientos clasificados según la CIE-10 que presentados previamente. Figura 1.

**Figura 1. Principales especialidades médicas involucradas en el incidente que motivó la queja según lo reportado en el laudo concluido**



### Frecuencia de Incidentes Adversos según grandes categorías

Del análisis de los 177 expedientes de laudos concluidos se detectaron 919 incidentes adversos, lo que implica que en promedio se observaron 5.2 incidentes adversos en cada caso, equivalente a una tasa de incidencias de 519.2 por cien. Como ya se señaló, la definición de evento adverso empleado en este trabajo es: Evento Adverso es todo Incidente que produce daño al paciente. Es un daño imprevisto ocasionado al paciente, como consecuencia del proceso de atención médica.

En el Cuadro 2 se observan la frecuencia de casos, el peso relativo y las tasas de incidencia referentes a los ocho grandes apartados (categorías a un dígito) considerados por la lista abreviada\* utilizada, con base en la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente. Entre los principales resultados destacan los siguientes:

- ◆ La mayor proporción de incidentes adversos corresponden a los relacionados con los procedimientos (38.3%) y con la medicación (27.7%).
- ◆ El peso relativo de los problemas relacionados con el diagnóstico y con los cuidados es muy semejante, con una cifra ligeramente superior al 12%, abarcando entre ambos, uno de cada cuatro incidentes.
- ◆ Con proporciones menores, pero no menos importantes, aparecen los incidentes adversos relacionados con la Gestión y con las Infecciones Nosocomiales. Entre las dos categorías suman el 5.2% de los casos.

En el Cuadro 2 se observan la frecuencia de casos, el peso relativo y las tasas de incidencia referentes a los ocho grandes apartados (categorías a un dígito) considerados por la lista abreviada\* utilizada, con base en la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente. Entre los principales resultados destacan los siguientes:

**Cuadro 2. Incidentes adversos reportados en los 177 laudos analizados, según tipo**

Tipo de incidente		Casos frecuencia	Distribución porcentual	Tasa de incidencia *
Incidentes adversos relacionados	IAG Con la gestión	26	2.8	14.7
	IACo Con la comunicación	1	0.1	0.6
	IADi Con el diagnóstico	114	12.4	64.4
	IAPr Con un procedimiento	352	38.3	198.9
	IACu Con los cuidados	118	12.8	66.7
	IAMe Con la medicación	255	27.8	144.1
	IAn Con infecciones nosocomiales	22	2.4	12.4
	OIA Otros	31	3.4	17.5
Total		919	100.0	519.2

\* El denominador de las tasas de incidencia son los 177 casos analizados, multiplicados por cien



En el análisis del comportamiento por sexo, encontramos que 60% de los efectos adversos reportados corresponden al sexo femenino y 40% al masculino, congruente por una parte, con la distribución por sexo de los usuarios inconformes, y con la asistencia a los servicios de salud en general. No obstante se observan algunas diferencias al interior de las distintas categorías: las tasas de incidencia de eventos adversos relacionados con el diagnóstico son más elevados para el caso de las mujeres que de los hombres (67.3 vs 59.7); de igual manera, los eventos adversos vinculados con los procedimientos también afectan más a las mujeres (210 vs 180) que a los hombres. Por el contrario, en el caso de los incidentes adversos vinculados a la gestión de la atención (11.8 vs 19.4), las infecciones nosocomiales (9.1 vs 17.9) y los otros efectos adversos (14.5 vs 22.4) son los hombres los que presentan las tasas de incidencia más elevadas.

Igualmente interesante resulta analizar el comportamiento de los eventos adversos según el sector al que pertenecen los establecimientos que otorgaron la atención médica que originó la queja, y que se clasifican como sector público y sector privado. Debe señalarse que de los 177 laudos de la muestra analizada, 101 corresponden a usuarios que fueron atendidos en establecimientos públicos y 76 en establecimientos privados.

En el Cuadro 3 se observan diferenciales importantes entre ambos sectores, los cuales parecen confirmar lo que con frecuencia se menciona en la literatura sobre la seguridad del paciente, en el sentido de que la queja médica no puede interpretarse directamente como un indicador de la calidad de la atención (supuestamente considerada mejor en el sector privado), sino que refleja más bien el nivel de percepción del paciente, es decir sus expectativas no cumplidas en cuanto al servicio que desearían tener.

Esta situación se correlaciona con ciertos esquemas culturales que a su vez están vinculados con mejores niveles educativos o mayor poder adquisitivo de los usuarios, quienes sienten que al pagar un servicio privado tienen más derecho de exigir o esperar una mejor atención; y en ese sentido manifiestan una mayor exigencia respecto al mismo.

Lo anterior permite interpretar mejor las cifras del cuadro 3 que muestran que mientras en el sector público ocurren 448.5 incidentes adversos por cada mil usuarios (4.5 por caso), en el sector público el número es mayor: 613.2 por mil pacientes (6.1 por caso), a pesar de que las frecuencias absolutas de cada caso son relativamente parecidas.

Mencionemos sólo los principales diferenciales. Respecto a los incidentes adversos relacionados

relacionados con los cuidados durante la atención hospitalaria, los cuales presentan una tasa de incidencia de 73 vs 58 respectivamente para los establecimientos públicos y privados, debido seguramente a la mayor disponibilidad de personal de salud en estos últimos, así como menor demanda de pacientes.

**Cuadro 3. Incidentes Adversos reportados según sector que prestó la atención médica**

Tipo de incidente		Casos frecuencia		Distribución porcentual		Tasa de incidencia *		
		Púb	Priv	Púb	Priv	Púb	Priv	
IAG	Incidentes adversos relacionados	Con la gestión	21	5	4.6	1.1	20.8	6.6
IACo		Con la comunicación	0	1	0.0	0.2	0.0	1.3
IADi		Con el diagnóstico	56	58	12.4	12.4	55.4	76.3
IAPr		Con un procedimiento	149	203	32.9	43.6	147.5	267.1
IACu		Con los cuidados	74	44	16.3	9.4	73.3	57.9
IAMe		Con la medicación	123	132	27.2	28.3	121.8	173.7
IAln		Con infecciones nosocomiales	10	12	2.2	2.6	9.9	15.8
OIA		Otros	20	11	4.4	2.4	19.8	14.5
		Total	453	466	100	100	448.5	613.2

\* El denominador de las tasas de incidencia corresponde al número de laudos concluidos por sector, multiplicados por cien. Estos son 101 para el público y 76 para el privado. Púb = Sector público. Priv = Sector privado.

Con un comportamiento contrario, es decir con valores mayores en las tasas de incidencia en los establecimientos privados encontramos lo relativo a los eventos adversos relacionados con el diagnóstico, las infecciones nosocomiales y los procedimientos. En el primer caso, las cifras son respectivamente de 55 y 76 casos por cada cien, para los establecimientos públicos y privados; en tanto que respecto a las infecciones nosocomiales, éstas (con valores absolutos aproximados) se reportan en valores cercanos a 10 y 16 por cada cien casos; finalmente, en relación al tercer caso, sobre problemas relacionados con procedimientos médicos o quirúrgicos, y en ese mismo orden según tipo de sector, los valores son de 147.5 y 267.1 respectivamente, lo que consideramos se explica probablemente, por un mayor nivel de exigencia por parte de los pacientes.

### Desagregación de los eventos adversos según subcategorías

Para efectos del siguiente apartado, que complementa el análisis en el cual se describe el comportamiento de las grandes categorías, se presenta

en el Cuadro 4 la lista de eventos adversos con una mayor desagregación, a nivel de subcategorías (a dos dígitos de la lista abreviada). Para el análisis se tomaron en cuenta las cifras globales, resultado del reporte de los 177 laudos, sin mención de los diferenciales público y privado. Se sugiere remitirse al cuadro mencionado para tener la precisión y el detalle de las cifras que se comentan.

### Incidentes Adversos relacionados con la gestión

El peso relativo de esta subcategoría respecto al total de incidentes adversos encontrados es de 2.8%, con una tasa de incidencias de 14.7 por cien, es decir 26 casos mencionados; del Cuadro 2 destaca en particular que el 85% de los incidentes adversos relacionados con la gestión corresponden a una prolongada lista de espera (22 casos); aunque también aparecen situación de pérdida de documentación y problemas con la historia informatizada.

### Incidentes adversos relacionados con los procedimientos

Una de las categorías con mayores incidentes registrados es la vinculada con los procedimientos, la cual con 352 casos presenta un peso relativo de 38.3% respecto al total de eventos detectados y una tasa de incidencia de 198.9%, es decir casi 2 incidentes en promedio por cada caso analizado. La frecuencia al interior del grupo señala que los problemas que afectan mayormente a los pacientes son, en orden decreciente, problemas relacionados con una intervención quirúrgica ineficaz o incompleta, así como algunas complicaciones resultantes tanto de cirugías como de procedimientos, representando en conjunto estos dos rubros la mitad de los casos; sigue en importancia el tratamiento médico ineficiente o ineficaz, que comprende el 33.8% de los casos reportados. La proporción faltante está constituida por problemas tales como lesiones de algún órgano durante un procedimiento, hemorragias o hematomas relacionados con algún procedimiento, y otros aspectos detallados en el cuadro anexo.

### Incidentes adversos relacionados con la medicación

Como ya se mencionó previamente, por su frecuencia los eventos adversos relacionados con la medicación representan el 27.8% del total de los 919 eventos incidentes identificados. Según el Cuadro 4 que muestra la desagregación de dicha categoría, cerca de la mitad (44.7%) de esos eventos se relacionan con una insuficiente monitorización al paciente; otro 25% está vinculado con una

preparación inadecuada o con errores en su manipulación; y 21.6% más se refiere a retrasos en el tratamiento o a una duración incorrecta de éste.

### Incidentes adversos relacionados con las infecciones nosocomiales

Esta categoría representa el 2.4% de todos los eventos detectados, lo que podría interpretarse como una cifra baja o un dato subestimado en cuanto a su reporte.

Considerando el origen de los datos, es altamente probable que el paciente o usuario que presentó la queja no necesariamente se percate del tipo de infección (63.7%) de otros y no especificados, o bien de la presencia de ésta. Prueba de ello es que cuando la infección es altamente visible el reporte se da con una frecuencia de 22.7%, la más alta de los casos bien definidos.

### Otros Incidentes adversos relacionados con la atención

Existen otras categorías de la lista abreviada cuyos componentes, los incidentes adversos fueron mencionados con menor frecuencia y/o con un menor nivel de desagregación: éstos se refieren a los relacionados con la comunicación, con los problemas de diagnóstico y con aquellos los vinculados con los cuidados a los pacientes.

En el caso de la comunicación, resulta difícil de aceptar la existencia de un solo caso entre los 177 que fueron analizados, cuando en realidad se sabe que detrás de origen de toda queja existe un problema de comunicación con el médico tratante, que de haberse resuelto hubiera sin duda evitado la queja.

Es probable, no obstante, que el usuario no lo mencione, ya que no percibe hasta donde ese hecho en sí mismo constituye un incidente adverso, cuando en realidad incluso podría ser clasificado como el origen de muchos otros eventos contrarios a la atención de la salud.

Respecto al diagnóstico, el 93% de los casos de esa categoría se refieren a error en el diagnóstico, en tanto que 6% complementario hace referencia a retrasos en el diagnóstico. Situación semejante sucede con los eventos adversos vinculados a los cuidados, cuya categoría muestra también una alta concentración en un solo rubro, que es el manejo inadecuado del paciente (98.4%).

### Tipo de daño y severidad

Decíamos anteriormente que un evento adverso es un incidente que causa daño al paciente, aun cuando algunos no llegan a hacerlo y entonces se

llaman cuasierros (que en el caso de nuestro estudio no se consideraron pues los pacientes no relatan en su queja lo que no les llegó a ocurrir). Sin embargo, hay incidentes que por su severidad son causa en no pocos casos de daños graves tales como discapacidades e incluso la muerte.<sup>7</sup>

De los 177 laudos analizados, se encontraron 82 expedientes donde se hace mención a algún tipo de discapacidad, lo que implica una tasa de incidencia de 46.3%, correspondiendo la mayor frecuencia (36) a las discapacidades motrices (4 de cada diez afectados).

**Cuadro 4. Lista Abreviada de Incidentes Adversos a nivel de categorías y subcategorías**

Códigos	Incidentes adversos según tipo a uno y dos dígitos según lista abreviada de la CISP	Frecuencia (no. de casos)	Peso relativo por categoría	Tasa de incidencia
<b>IAG</b>	<b>Con la gestión</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>14.7</b>
Ge1	Lista de espera prolongada	22	84.7	12.4
Ge2	Pérdida de documentos	1	3.8	0.6
G2 6	Problemas con la historia informatizada	1	3.8	0.6
Ge 7	Otros	2	7.7	1.1
<b>IACo</b>	<b>Con la comunicación</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>0.6</b>
Co1	Comunicación médico-paciente	1	100	0.6
<b>IADi</b>	<b>Con el diagnóstico</b>	<b>114</b>	<b>100</b>	<b>64.4</b>
Di1	Retraso en el diagnóstico	7	6.1	4.0
Di2	Error en el diagnóstico	106	93	59.9
Di3	Otro	1	0.9	0.6
<b>IAPr</b>	<b>Con un procedimiento</b>	<b>352</b>	<b>100.0</b>	<b>198.9</b>
Pr1	Tratamiento médico ineficiente o ineficaz	119	33.8	67.2
Pr2	Hemorragia o hematoma relacionado con intervención quirúrgica o procedimiento	6	1.7	3.4
Pr3	Lesión en un órgano durante un procedimiento	11	3.1	6.2
Pr4	Otras complicaciones tras intervención quirúrgica o procedimiento	92	26.1	52.0
Pr5	Intervención quirúrgica ineficaz o incompleta	82	23.3	46.3
Pr6	Sangrado	2	0.6	1.1
Pr7	Perforación (especifique región)	4	1.1	2.3
Pr8	Desgarro uterino	1	0.3	0.6
Pr9	Neumotórax	3	0.9	1.7
Pr14	Hematuria	1	0.3	0.6
Pr15	Manipulación de fractura	3	0.9	1.7
Pr17	Seroma	3	0.9	1.7
Pr18	Adherencias y alteraciones funcionales tras intervención quirúrgica	4	1.1	2.3
Pr19	Complicaciones neonatales por parto	4	1.1	2.3
Pr22	Otros	17	4.8	9.6
<b>IAMe</b>	<b>Con la medicación</b>	<b>255</b>	<b>100</b>	<b>144.1</b>
Me1	Retraso en el tratamiento	44	17.3	24.9
Me2	Preparación inadecuada antes del procedimiento	33	12.9	18.6
Me3	Náuseas, vómito ó diarrea secundarios a la medicación	1	0.4	0.6
Me5	Mal control de la glucemia	1	0.4	0.6
Me7	Agravamiento de la función renal	1	0.4	0.6
Me10	Infarto agudo del miocardio (IAM), accidente vascular cerebral (AVC)	1	0.4	0.6
Me18	Reacciones adversas a medicamentos (RAM)	2	0.8	1.1
Me19	Errores de medicación	9	3.5	5.1
Me20	Dosis incorrecta	1	0.4	0.6
Me22	Frecuencia de administración incorrecta	1	0.4	0.6
Me23	Error de preparación o manipulación	32	12.5	18.1
Me24	Monitorización insuficiente	114	44.7	64.4
Me25	Paciente equivocado	1	0.4	0.6
Me26	Duración del tratamiento incorrecta	11	4.3	6.2
Me27	Interacción de fármacos	1	0.4	0.6
Me28	Otros	2	0.8	1.1
<b>IACu</b>	<b>Con los cuidados</b>	<b>118</b>	<b>100</b>	<b>66.7</b>
Cu3	Edema agudo de pulmón (EAP) e insuficiencia respiratoria	1	0.8	0.6
Cu5	Manejo inadecuado del paciente	116	98.4	65.5
Cu6	Otros	1	0.8	0.6
<b>IAIn</b>	<b>Con infecciones nosocomiales</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>12.4</b>
In1	Infección de herida quirúrgica	5	22.7	2.8
In2	Infección de tracto urinario (ITU) nosocomial	1	4.5	0.6
In3	Otro tipo de infección nosocomial o infección nosocomial sin especificar	6	27.3	3.4
In4	Sepsis y shock séptico	1	4.5	0.6
In5	Neumonía nosocomial	1	4.5	0.6
In7	Otros	8	36.4	4.5
<b>OIA</b>	<b>Otros incidentes adversos</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>17.5</b>
Ot1	Pendiente de especificar	3	6.5	1.1
Ot1	Otros	29	93.5	16.4
<b>Cifras totales de la muestra</b>		<b>919 ladv</b> <b>177 laudos</b>	<b>100</b>	<b>519.2</b>



Una situación similar se tiene para los casos de discapacidad múltiple (32 casos). Cuadro 5.

De esos 82 casos reportados de discapacidad, se distinguen diferentes grados en los daños mencionados. En 39 de los casos se hace mención expresa en relación a que se trata de un daño grave y permanente, lo que nos ubicaría en un porcentaje de discapacidad permanente de 22%, superior al mencionado por Andrew (17.5%) que tuvieron al menos un “evento serio”, lo que se explica por tratarse de casos presentados ante una instancia como CONAMED y haber sido tratados mediante un proceso de Arbitraje Médico, por lo que implican una mayor gravedad que el conjunto de casos hospitalizados.

**Cuadro 5. Presencia y tipo de discapacidad reportada en los laudos concluidos.**

	Presencia y tipo de discapacidad	Frecuencia	Distribución porcentual	Tasa de incidencia
DISCAPACIDADES	Sensoriales y de la comunicación	11	13.4	6.2
	Motrices	36	43.9	20.3
	Mentales	3	3.7	1.7
	Múltiples	32	39.0	18.1
	TOTAL	82	100.0	46.3

En cuanto a la afectación de estos eventos hasta alcanzar el daño máximo, que es la muerte, encontramos en nuestro análisis 13 casos, en los cuales el usuario falleció como resultado de la atención médica que originó la queja; de ellos 6 del sexo femenino y 7 del masculino. Lamentablemente no es posible conocer puntualmente las causas básicas de la muerte, ni las causas asociadas, debido a que si bien en el expediente se menciona el fallecimiento de los usuarios, no se incluyen los certificados de defunción que nos permitirían la codificación y el conocimiento preciso de las condiciones de la muerte.

Las 13 defunciones ocurridas implican una tasa de mortalidad de 73 muertes por cada 1000 usuarios, indicador que como referencia podría ser comparado con la tasa de mortalidad hospitalaria ajustada para las instituciones públicas que nos da un valor de 17.7 defunciones por cada mil egresos hospitalarios (dato 2012). La explicación del porqué la mortalidad sea 4 veces superior en el caso de los laudos es clara, dado la alta complejidad de las situaciones médicas y los problemas de calidad de la atención que enfrentaron durante su internamiento hospitalario.

## DISCUSIÓN

El estudio de los eventos adversos es un tema de más en más estudiado, para cuyo análisis se toma frecuentemente como fuente de información los reportes hospitalarios, en su mayoría del ámbito público, obtenidos de sistemas automatizados con mayor o menor nivel de desarrollo como el SIRAIS<sup>8</sup> o el VENCER<sup>9</sup>, pero que tienen como una de sus limitantes principales que la notificación y el registro es de carácter voluntario, eventual y con pocas posibilidades de seguimiento, siendo que cada hospital realiza el envío de información según sus posibilidades y cargas de trabajo.

Con el propósito de tener una visión complementaria sobre este mismo tema, la CONAMED analiza en este trabajo una muestra de 177 laudos, cuyo contenido ha sido revisado y de alguna manera, en los casos factibles, transformado a variables de tipo estadístico, mismas que han sido debidamente codificadas con base en catálogos y clasificaciones sectoriales, nacionales e internacionales, a fin de que los documentos que forman parte del expediente médico-legal que conforman el laudo, se constituyan en fuente de información válida y oficial para estos fines.

En particular, debe destacarse que del expediente de laudos se obtiene y analiza el apartado del relato de hechos del usuario, del cual puede generarse una información muy valiosa proveniente directamente de la percepción del paciente respecto a la calidad de la atención recibida y la descripción de los problemas a los que se enfrentó durante el proceso médico (relación de incidentes adversos reportados). Es evidente que los incidentes relatados no son exhaustivos ni totalmente objetivos, en la medida que están sujetos a la percepción individual, es decir al contexto cultural del usuario de los servicios y la particular vivencia respecto a la atención recibida; sin embargo presenta la valiosísima ventaja de que es el usuario el que tiene la visión integradora del continuo de la atención médica<sup>10</sup> frente a la del prestador de los servicios, que entra sólo en determinados momentos del proceso de atención. En cuanto al nivel de confiabilidad que se le otorga al relato del paciente, ésta es similar a la que debe tenerse con los reportes que el personal médico realiza en los sistemas automatizados, con sus respectivas limitaciones.

Sobre lo antes dicho, es importante destacar que el acercamiento a los eventos adversos a través de la percepción declarada por los pacientes, es una de las recomendaciones que realiza la Organización Mundial de la Salud, como contraparte a la visión obtenida del reporte del personal

de salud, de tal forma que se sugiere integrar con ello una visión más objetiva respecto al conocimiento de aquellos incidentes adversos que más afectan a la población y a las instituciones, pues es indudable que tanto los pacientes como los médicos involucrados salen afectados en las problemáticas inherentes al proceso de una queja médica.

Las cifras mostradas en el apartado anterior, entre ellas las referentes a los eventos adversos reportados en los ámbitos público y privado abren espacios interesantes para continuar con investigaciones relacionadas con la perspectiva socio cultural y epidemiológica de la queja médica, y proponer un método para evaluar y ponderar el peso de las percepciones y expectativas de los usuarios respecto a lo que podría ser una medición más objetiva de los incidentes adversos.

En ese mismo sentido, una línea interesante de trabajo lo constituye el crear más conciencia respecto a lo que debe ser una buena comunicación médico-paciente, ya que es notable la gran omisión en el reporte que se muestra en este trabajo (un solo evento entre los 199 reportados), cuando en realidad se sabe que detrás de los problemas de calidad y más aún, detrás de todo un proceso como el que se describe en un laudo, sin duda existe un gran problema de falta de comunicación o de comunicaciones equívocas entre médico y paciente, entre médico-médicos y entre médico y otro personal de salud, todo ello sin que necesariamente el usuario identifique dichas situaciones como eventos adversos a su salud.

Como parte final de este apartado debe subrayarse el hecho de que abrir nuevas fuentes de información a partir de registros ya constituidos para otros fines, fortalece sin duda, en general, al Sistema Nacional de Información en Salud, y en particular a los sistemas que pretenden la medición de la calidad de la atención médica en México. Queda como tarea pendiente la formalización e institucionalización de los resultados así generados así como la implementación de su seguimiento para el logro de los impactos tan necesarios en la salud de la población.

## REFERENCIAS

1. Delgado BM, Márquez VH, Santacruz VJ. La seguridad del Paciente: eje toral de la calidad de la atención. La Calidad de la Atención a la Salud en México a través de sus instituciones. México: SSA/DGCE; 2012.
2. OMS. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.0 for use in Field Testing 2007-2008. [acceso: 18-01-2011.] Disponible en: [http://www.who.int/patient\\_safety/taxonomy/icps\\_form/en/index.html](http://www.who.int/patient_safety/taxonomy/icps_form/en/index.html).
3. Taylor-Adams S. Systems analysis of clinical incidents. The London Protocol. AVMA Med & Legal J. 2004; 10:211-220. doi: 10.1258/1356262042368255.
4. Ruelas Barajas E. "Queja Médica y calidad en las instituciones del Sistema nacional de salud". Memorias del Simposio CONAMED 2007. Disponible en: [http://conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/memorias\\_simposio\\_2007.pdf](http://conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/memorias_simposio_2007.pdf).
5. Rodríguez SJ, Santacruz VJ, Fajardo DG, Hernández F. Sistemas de notificación y registro de incidentes en México: Aprendizajes. Revista CONAMED 2012; 17(2):81-6.
6. Santacruz J, Rodríguez J, Fajardo G, Hernández F. Historia de los sistemas de notificación y registro de incidentes. Rev CONAMED 2012; 17(2):77-80.
7. Adams RJ, Tucker G, Price K, Hill CL, Appleton SL, Wilson DH. Organización Mundial de la Salud. "Pacientes en defensa de su seguridad". Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/statement/es/oms](http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/oms).
8. Rodríguez SJ, Lamy P, Fajardo G, Santacruz VJ, Hernández TF. Incidentes de Seguridad del paciente notificados por 22 hospitales mexicanos, mediante el sistema SIRAS. Rev CONAMED 2012; 17(2): 52-8.
9. Dubón Peniche MCA, Romero Vilchis ME. Análisis de controversias en Arbitraje Médico. Rev CONAMED 2012; 17(3): 100-8.
10. Bustamante Leija LE, Maldonado Camargo VM, González Anaya C, Gutiérrez Vega R. Mecanismos alternativos de solución de controversias en la prestación de servicios de salud. Rev CONAMED 2012; 17(3): 126-9.
11. Vázquez Curiel E, Esperato A, Klavano D. Red de pacientes por la seguridad del Paciente: un rayo de esperanza. RDU 2012; 13 (8): 3-8.
12. Andrews LB, Stocking C, Krizek T, Gottlieb L, Krizek C, Vargish T, Siegler M. An alternative strategy for studying adverse events in medical care, Lancet 1997; 349(9048):309-13.
13. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Mejorando la seguridad del paciente en los hospitales: de las ideas a la acción. Versión Española de University of Michigan Health System Patient Safety Toolkit. Improving Patient Safety in Hospitals: Turning Ideas into Action. Disponible en: <http://www.med.umich.edu/patientsafety/toolkit/>.
14. Aguirre Gas H, Campos Castolo EM, Carrillo-James A, Zavala-Suárez E, Fajardo-Dolci G. Análisis crítico de quejas CONAMED, 1996-2007. Rev CONAMED 2008; 13(2): 5-16.
15. Sistema de Notificación de Incidentes en América Latina. Proyecto de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud. Washington DC: OPS; 2013. 80p.
16. Documentación técnica del proyecto: Automatización de Registros de Información Estadística sobre Laudos Concluidos. CONAMED/Dirección General de Difusión e Investigación. Documento Interno; 2014.