

Quejas Administrativas ante el IMSS: Nuevo Instructivo

C.P. Mónica Isela Galindo Cosme

Antecedentes

El 30 de junio de 1997 fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, el Reglamento para el Trámite y Resolución de Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, mismo que estuvo en vigor hasta el 20 de septiembre de 2004; en él se contemplaba la posibilidad de presentar una queja por insatisfacciones, o violaciones a los derechos de los usuarios de servicios institucionales del IMSS.

Queda de manifiesto que el IMSS no está exento de recibir quejas por la inadecuada prestación de servicios, y resulta infértil abundar en el tema relativo a la problemática que viven a diario los derechohabientes y sus beneficiarios. No obstante, es necesario recordar que el Reglamento derogado, a su vez, derogó el similar publicado el 14 de agosto de 1995. Lo relevante al respecto es conocer que existe una posibilidad de quejarse e incluso solicitar el reembolso de gastos efectuados para cubrir las deficiencias prestadas por la institución de seguridad social.

En aquel reglamento, no se afectaba realmente al personal de la unidad de atención, en que surgió alguna queja en particular, ni a sus finanzas, es decir, bastaba con presentar la queja y el IMSS reparaba los daños.

Con fecha 20 de septiembre de 2004, es publicado en el *DOF* el Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, disposición que surge con motivo de adecuar las disposiciones

del reglamento citado, incluyendo la desventaja que representará para las unidades de atención médica, generadoras de quejas, o mejor dicho, que prestan servicios de dudosa calidad, puesto que el costo para reparar los daños, repercutirá directamente en las finanzas de dichas unidades. Además, se contempla ya la delimitación de responsabilidades y la unificación en cuanto a la recepción de las quejas. Cabe mencionar que a partir del 21 de septiembre de 2004 queda abrogado el Reglamento citado, así como todas las disposiciones emanadas del Consejo Técnico o de cualquier otra dependencia del Instituto que se opongán a las establecidas en el instructivo.

De la legalidad

Un punto sobresaliente en materia de legalidad es que corresponde al Poder Ejecutivo la expedición de Reglamentos. Tal situación se encuentra señalada en la fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en que se establece:

“Artículo 89. Las facultades y obligaciones del Presidente son las siguientes:

- I. Promulgar y ejecutar las leyes que expida el Congreso de la Unión, proveyendo en la esfera administrativa a su exacta observancia; “*

En su última parte, la fracción I citada, otorga al Presidente de la República la facultad de reglamentación, al expresar *“proveyendo en la esfera administrativa a la exacta observación de las leyes.”*

Esta facultad reglamentaria no está expresamente reconocida por la Constitución, como no está tampoco rechazada y sí admitida tácitamente, cuando en su Artículo 92 admite la existencia de los reglamentos al consignar que éstos deben estar firmados por el secretario del Despacho o Jefe de Departamento Administrativo que corresponda. Si la existencia de los reglamentos es incuestionable, lo es también la facultad otorgada tácitamente al Presidente de la República para expedirlos.

“Artículo 92. Todos los reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes del Presidente deberán estar firmados por el Secretario de Estado o Jefe de Departamento Administrativo a que el asunto corresponda, y sin este requisito no serán obedecidos.”

Proveer —expresa el doctor Tena Ramírez citando al también doctor Gabino Fraga—, *“significa poner los medios adecuados para llegar a un fin”*. *“Cuando se emplea esa palabra en la fracción I del Artículo 89, quiere decir que el Presidente tiene facultad de usar los medios apropiados para hacer que se observen las leyes expedidas por el Congreso.”* Esta facultad reglamentaria otorgada en su dudosa expresión por nuestra Carta Magna al Titular del Ejecutivo, ha sido reconocida en forma indubitable por la jurisprudencia, a punto que nadie la discute.

La reglamentación por parte del Ejecutivo debe ser referida siempre a leyes expedidas por el Congreso, a manera de que sea medio de ejecución de éstas y las desarrolle y las complemente. No podrá ni excederlas ni contradecirlas. Tienen,

como toda disposición legislativa, la característica de su impersonalidad, abstracción y sanción de la fuerza pública.

No obstante en los anteriores reglamentos como en el INSTRUCTIVO materia de mi comentario, son resultado de las sesiones de trabajo y publicación del H. Consejo Técnico Consultivo como se manifiesta en el Artículo Quinto Transitorio que señala en su último párrafo: *“Instructivo aprobado por el H. Consejo Técnico mediante acuerdos 224/2004 y 359/2004, dictados en las sesiones del 19 de mayo y 14 de julio de 2004, respectivamente.”*

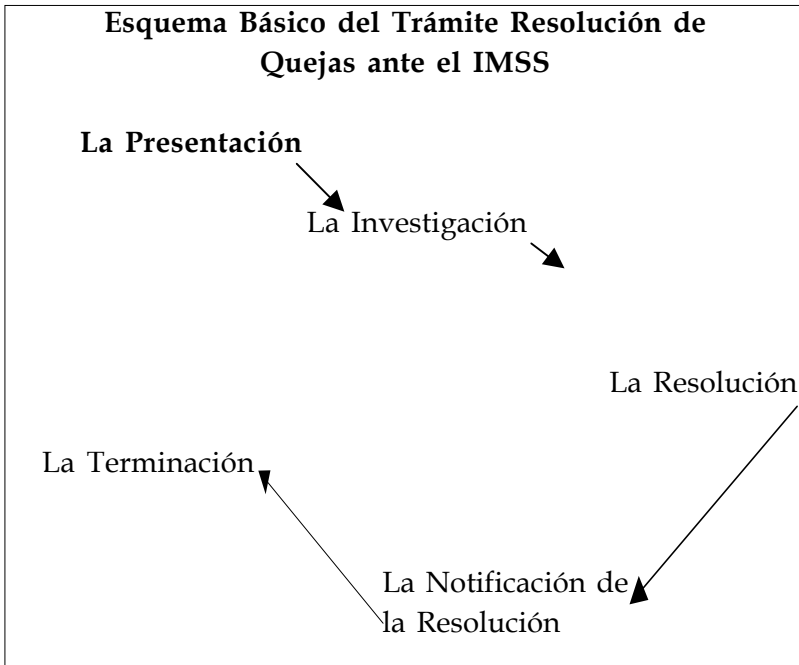
Ventajas

Una circunstancia que resulta plausible es que en el instructivo ya se contempla como finalidad, el resolver la queja. Tal situación resulta trascendente para dar a conocer a los usuarios del servicio —quienes comúnmente no asisten a solicitar el servicio por el maltrato de que son objeto— que tienen el derecho de reclamar una adecuada atención y no una caja de aspirinas con un buen deseo de que el paciente sobreviva sin periodos de incapacidad.

Objetivo de este artículo

El presente documento no pretende realizar un comparativo del reglamento frente al instructivo. Mi propósito es plasmar de manera sintética los pasos a seguir para la presentación, trámite y resolución de quejas, de tal suerte que resulte un manual práctico para cualquier persona, incluso para aquellas que no cuentan con ninguna asesoría.

Esquema Básico del Trámite Resolución de Quejas ante el IMSS



El Artículo 296 de la LSS, señala:

“Artículo 296. Los derechohabientes podrán interponer ante el Instituto queja administrativa, la cual tendrá la finalidad de conocer las insatisfacciones de los usuarios por actos u omisiones del personal institucional vinculados con la prestación de los servicios médicos, siempre que los mismos no constituyan un acto definitivo impugnado a través del recurso de inconformidad.”

Es importante señalar que este Artículo fue reformado mediante el decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el día 20 de diciembre del año 2001; en el mismo se reforma el último párrafo del Artículo en cita para señalar:

“Artículo 296.

El procedimiento administrativo de queja deberá agotarse previamente al conocimiento que deba tener otro órgano o autoridad de algún procedimiento administrativo, recurso o instancia jurisdiccional.

La resolución de la queja se hará en los términos que establece el instructivo respectivo”.

Como puede observarse, el último párrafo dicta la obligación de apegarse al instructivo, para efectos de la

resolución de la queja, no obstante que el penúltimo párrafo también obliga a que se agote el procedimiento administrativo de queja, antes de poner en conocimiento de otro órgano o autoridad de algún procedimiento administrativo, recurso o instancia jurisdiccional.

Definición de Queja Administrativa

De conformidad con el Artículo 1 del reglamento, se entiende por **queja administrativa** a toda **insatisfacción** formulada en **exposición de hechos**, por parte de los **usuarios**, por **actos u omisiones** en la **prestación** de los **servicios médicos encomendados al Instituto**, que originen **reclamación o protesta** por posibles **violaciones** a sus **derechos**, siempre que los mismos no constituyan un acto definitivo, impugnado a través del recurso de inconformidad en los términos de la Ley del Seguro Social y sus reglamentos.

Resulta importante hacer énfasis en los siguientes puntos que incluye la definición de queja administrativa:

1. Insatisfacción por parte de los usuarios.
2. Actos u omisiones en la prestación de los servicios médicos encomendados al IMSS.
3. Posibles violaciones a los derechos del usuario.
4. Siempre que los mismos no constituyan un acto definitivo.

Del punto cuatro, se desprende la necesidad de señalar lo que se

entenderá como un acto definitivo, y en nuestra legislación encontramos en el Artículo 11 de la Ley Orgánica del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa:

“Artículo 11.

Las resoluciones se considerarán definitivas cuando no admitan recurso administrativo o cuando la interposición de éste sea optativa”.

Tramitación de la Queja

Se obliga al usuario a tramitar la queja de conformidad con el instructivo, sin embargo se establece la obligación de contemplar los acuerdos emitidos por el Consejo Técnico del IMSS, relativos al tema.

Definiciones

Se usan abreviaturas, mismas que a continuación se identifican:

AAOD:	Área o Áreas de Atención y Orientación al Derechohabiente.
CGAOD:	Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente.
CNDH:	Comisión Nacional de Derechos Humanos.
CONAMED:	Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
CT:	Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social.
Instituto:	Instituto Mexicano del Seguro Social.
OIC:	Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social.
UMAE:	Unidad o Unidades Médicas de Alta Especialidad.

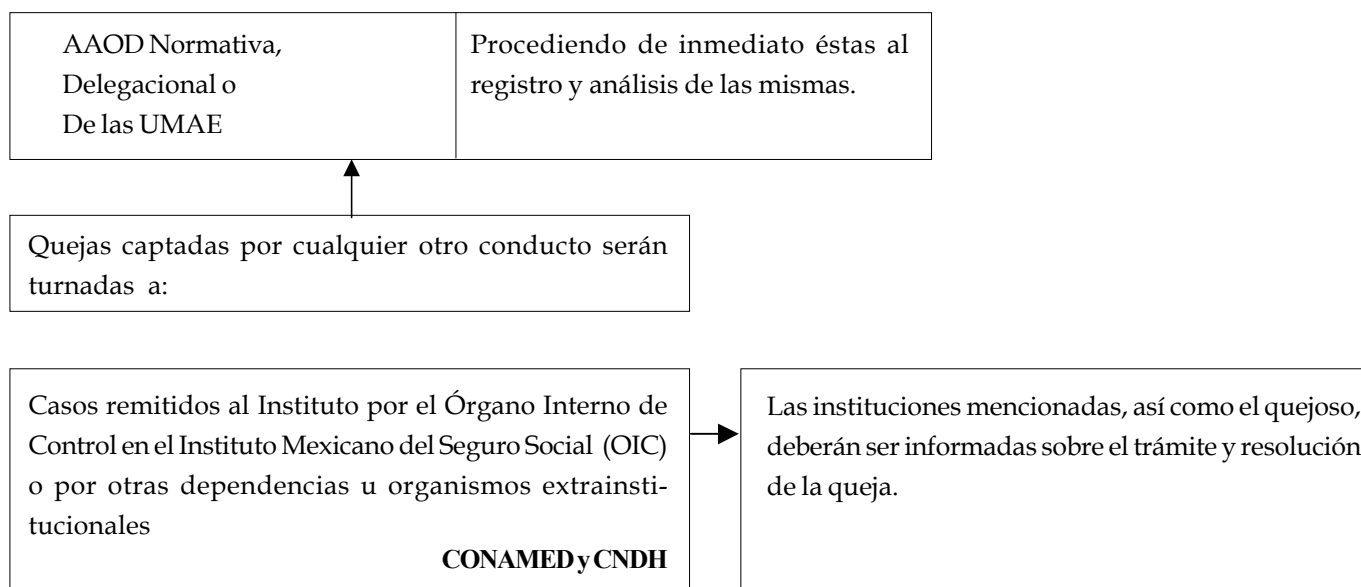
Procedimiento de Queja Administrativa

Finalidad	Su resolución.
Mediante	Investigación oportuna, objetiva e imparcial.
Fundamento principal	Pruebas documentales aportadas por el quejoso y la información contenida en el expediente clínico relacionado con los hechos.
Con el propósito de	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la actuación en la prestación de los servicios médicos a cargo del Instituto. • Realizar el análisis de los factores y causas que provocan las quejas. • Aportar información a las áreas institucionales correspondientes, para que éstas adopten las medidas preventivas y correctivas necesarias.
<ul style="list-style-type: none"> • Mediante acuerdos que emitan (según corresponda) 	<ul style="list-style-type: none"> • Las comisiones correspondientes del CT, de los consejos consultivos regionales. • Delegacionales. • Y de las juntas de Gobierno de las UMAE.
<ul style="list-style-type: none"> • Considerando 	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios de justicia y equidad. • Principios de legalidad y razonabilidad.
Lo que coadyuvará a mejorar la calidad de los servicios médicos.	

Resultado de la Investigación de la Queja Administrativa

En tratándose de:	Autoridad que la atiende	Turnándolo para su conocimiento a:
Presunción de probable existencia de negligencia médica u otros hechos.	Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente (CGAOD), la Delegación o la Dirección de la Unidad o Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE).	Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social (OIC), con copia del expediente integrado.
La deficiencia en la atención médica prestada, o los hechos motivo de la queja, se debieron a causas ajenas a la actuación del personal institucional vinculado con la prestación del servicio,.		La queja no se remitirá al Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social (OIC).

Lugar de presentación de las Quejas



Plazo máximo de atención de la Queja

Plazo máximo de cincuenta días hábiles, contados a partir de la fecha en que sea recibida. En caso de exceder el tiempo estipulado deberán asentarse las razones que justifiquen esta ampliación, dejando constancia en el expediente. Comprendiendo las etapas de:

1. Recepción,
2. Integración,
3. Investigación,
4. Elaboración de Dictamen,
5. Proyecto de Acuerdo y
6. Notificación.

Atribuciones y Obligaciones

Titulares de las delegaciones	Directores de las UMAE
<p>I. Recibir, conocer, registrar, integrar, investigar, elaborar el dictamen y enviar el proyecto de acuerdo correspondiente a la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Consultivo Delegacional, de las quejas administrativas que tengan las siguientes características:</p> <p>a) Que le sean enviadas por la CGAOD.</p> <p>b) Que se solicite reintegro de gastos médicos por un monto que no rebase 250 veces el salario mínimo mensual vigente en el Distrito Federal.</p> <p>c) Que se solicite indemnización por responsabilidad civil, ya sea por incapacidad permanente parcial, permanente total o defunción, independientemente de su monto.</p>	<p>Recibirán, conocerán, registrarán, integrarán, investigarán, elaborarán el dictamen y enviarán el proyecto de acuerdo a la Comisión de Trabajo establecida para tal fin por su Junta de Gobierno, de las quejas administrativas que tengan las siguientes características:</p> <p>a) Las generadas en la propia UMAE y que en sus hechos no involucren a otra unidad médica.</p> <p>b) En las que se solicite reintegro de gastos médicos hasta por un monto de 250 veces el salario mínimo mensual vigente en el Distrito Federal.</p> <p>c) Que se solicite indemnización por responsabilidad civil, inclusive cuando se trate de incapacidad permanente parcial, permanente total o defunción, independientemente de su monto.</p>
<p>II. Dar cumplimiento a las solicitudes y gestiones de la CGAOD, respecto del envío oportuno e integral de informes y documentos, en todos los casos que se les hayan turnado para su atención y en los que exista procedimiento instaurado ante la CONAMED y la CNDH.</p> <p>III. Enviar los informes y reportes que en forma periódica o extraordinaria le solicite la CGAOD.</p>	
<p>Las cantidades que se eroguen por los conceptos anteriores, invariablemente serán con cargo a la partida presupuestal correspondiente de la Delegación.</p>	<p>Las cantidades que se eroguen por los conceptos anteriores, invariablemente serán con cargo a la partida presupuestal correspondiente de la UMAE generadora de la queja.</p>

Atribuciones y Obligaciones

<p>Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente.</p>
<p>I. Recibir, conocer, registrar, integrar, investigar, elaborar el dictamen y enviar el proyecto de acuerdo correspondiente a la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del CT, de las quejas administrativas que tengan las siguientes características:</p> <p>a) Las que por su gravedad, trascendencia e implicaciones, sean enviadas por las direcciones regionales, delegaciones, UMAE o cualquier otra área del Instituto y aquellas en que las AAOD delegacionales o de las UMAE, se consideren incompetentes para su resolución, lo anterior, previo análisis para su atracción por la CGAOD.</p> <p>b) Las relacionadas con la CNDH.</p>

- c) Las que cuenten con solicitud de reconsideración emitida por la CONAMED, con fundamento en las “Bases de Coordinación que celebran la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y el Instituto Mexicano del Seguro Social” vigentes.
- d) Las que en sus hechos involucren a unidades médicas de dos o más delegaciones de diferentes direcciones regionales.
- e) Las que en sus hechos involucren a dos o más UMAE, o a una de éstas y a otra unidad médica.
- f) Aquellas que impliquen reintegro de gastos mayores a 250 veces el salario mínimo mensual vigente en el Distrito Federal.
- g) En las que se solicite atención médica vitalicia.
- h) Las que por su gravedad, trascendencia o implicaciones, la propia CGAOD, considere necesario atraer para su atención.

- II. Conocer, registrar, gestionar y llevar control de las quejas presentadas ante la CNDH y la CONAMED.
- III. Dar seguimiento y evaluar la actuación de las AAOD delegacionales y de las UMAE, respecto del envío oportuno e integral de informes y documentos, en que exista procedimiento instaurado ante la CONAMED, la CNDH y en todos los casos en que se les haya solicitado información.
- IV. Difundir el presente Instructivo, así como capacitar, asesorar, supervisar, evaluar y realizar las acciones necesarias para la estricta aplicación del mismo por las AAOD, en los diferentes niveles de competencia.

Las cantidades que se eroguen por los conceptos anteriores, invariablemente serán con cargo a la partida presupuestal correspondiente de la Delegación o UMAE que se determine generadora de la queja.

Como puede observarse en los cuadros anteriores, existe la posibilidad de reintegro de gastos Médicos:

- a) Mayores a 250 veces el salario mínimo mensual vigente en el Distrito Federal. Las que serán conocidas por la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente.
- b) Hasta por un monto de 250 veces el salario mínimo mensual vigente en el Distrito Federal. Las que serán conocidas por los directores de la Unidad o Unidades Médicas de Alta Especialidad.

De donde:

SMG del DF	Veces del parámetro	Monto en pesos
45.24	250	11,310.00

- c) Las que impliquen reintegro de gastos médicos por omisión o deficiencia de los servicios que debe brindar el IMSS a sus derechohabientes y dichas circunstancias queden debidamente acreditadas en el expediente, se procederá a determinar la cantidad que por este concepto le corresponda a quien acredite haber realizado la erogación; la que en ningún caso será mayor de la que resulte de aplicar los “Costos unitarios para la determinación de créditos fiscales derivados de capitales constitutivos, inscripciones improcedentes y atención a no derechohabientes”

Costos Unitarios de Atención Medica

Atención en unidades de primer nivel Tipo de servicio	Costo
Consulta de medicina familiar	\$414.00
Consulta dental (estomatología)	465.00
Atenciones de urgencias	440.00
Curaciones	414.00
Análisis clínicos practicados	58.00
Estudios de radiodiagnóstico	137.00
Ultrasonografía	137.00
Ambulancia ordinaria	1333.00

Atención en unidades de segundo nivel Tipo de servicio	Costo
Consulta de medicina familiar	\$ 414.00
Consulta dental (estomatología)	465.00
Consultas de especialidad	657.00
Atenciones de urgencias	883.00
Día paciente (hospitalización)	3,815.00
Día paciente incubadora	1,566.00
Día paciente terapia intensiva	22,460.00
Curaciones	414.00
Análisis clínicos practicados	64.00
Citología exfoliativa	44.00
Estudios de medicina nuclear	437.00
Estudios de electrodiagnóstico	195.00
Estudios de radiodiagnóstico	215.00
Ultrasonografía	215.00
Estudios de tomografía axial	6,792.00
Estudios de resonancia magnética	7,559.00
Estudios de endoscopia	4,413.00
Sesiones de medicina física y rehabilitación	78.00
Sesiones de radioterapia	201.00
Anatomía patológica (laminillas interpretadas)	204.00
Intervenciones quirúrgicas	11,891.00
Tococirugía	11,891.00
Ambulancia de urgencias	1,333.00
Sesiones de quimioterapia	153.00

Atención en unidades de tercer nivel Tipo de servicio	Costo
Consultas de especialidad	1,051.00
Atenciones de urgencias	1,333.00
Día paciente (hospitalización)	3,815.00
Día paciente incubadora	1,566.00
Día paciente terapia intensiva	22,460.00
Análisis clínicos practicados	73.00
Citología exfoliativa	51.00
Estudios de medicina nuclear	437.00
Estudios de electrodiagnóstico	195.00
Estudios de radiodiagnóstico	295.00
Ultrasonografía	295.00
Estudios de tomografía axial	6,792.00
Estudios de resonancia magnética	7,559.00
Cardiología intervencionista	8,831.00
Estudios de endoscopia	4,414.00
Sesiones de medicina física y rehabilitación	78.00
Sesiones de radioterapia	515.00
Sesiones de quimioterapia	504.00
Anatomía patológica (laminillas interpretadas)	204.00
Intervenciones quirúrgicas	19,480.00
Tococirugía	19,480.00
Ambulancia	1,333.00

Forma de presentar la Queja Administrativa

La presentación de la queja administrativa no requiere de formato alguno, y será por escrito libre.

- I. Datos específicos que debe contener el escrito:
 - a) Nombre del asegurado y, en su caso, del promovente.
 - b) Nombre del usuario receptor de los servicios médicos institucionales.
 - c) En su caso, número de seguridad social del usuario receptor de los servicios médicos institucionales.

- d) Domicilio particular del asegurado, del promovente o del usuario, señalando código postal, número telefónico y correo electrónico, en su caso.
 - e) En su caso, clínica de adscripción (Unidad de Medicina Familiar) del receptor de los servicios médicos institucionales.
 - f) Unidad y servicio en el que se proporcionó u omitió la prestación del servicio médico institucional materia de la queja.
 - g) Descripción clara y breve, en orden cronológico, de cómo sucedieron los acontecimientos, señalando las fechas, horas, lugares, personas y servicios que dan lugar a la queja administrativa.
 - h) Personal institucional que proporcionó u omitió la prestación del servicio materia de la queja, en su caso, los datos para su identificación.
 - i) En su caso, nombre, denominación o razón social, y domicilio del patrón o sujeto obligado.
 - j) La petición concreta.
 - k) Toda queja será firmada por el promovente y, en caso de no saber firmar o no poder hacerlo, lo hará otra persona a su solicitud, poniendo en todo caso el promovente o usuario su huella digital, haciéndose constar en la misma esta circunstancia.
- II. Documentos que se deben adjuntar al escrito inicial de queja:**
- a) En su caso, los documentos originales o en copias, que sustenten la queja o procedimientos supletorios que acrediten los hechos, debidamente relacionados.

- b) Identificación oficial con fotografía y firma del promovente y, en su caso, del usuario de los servicios médicos institucionales, presentando el original para efectos de cotejo.

Dictamen de la Queja

Integrado el expediente con el escrito de la queja, documentación o pruebas aportadas por el promovente, informes y documentos institucionales y con los elementos que juzguen necesarios, las AAOD que correspondan según su competencia y de acuerdo a la normatividad que establezca la CGAOD, procederán a elaborar el dictamen en el que se razonará sobre los siguientes elementos:

- I.** Datos del asegurado y unidad o unidades médicas involucradas.
- II.** Síntesis de la queja.
- III.** Resumen de la investigación, señalando, particularmente:
 - a) Desde el punto de vista médico, los aspectos técnicos realizados u omitidos, los efectos y consecuencias respecto al padecimiento en cuestión, relacionando los hechos, así como el sustento documental materia del dictamen, en el que se incluirá, de contar con él, informe rendido por el personal institucional vinculado con la prestación de la atención médica.
 - b) En su caso, síntesis de la resolución dictada por el área de Relaciones Contractuales, o estado que guarda la investigación administrativa laboral.
 - c) Desde el punto de vista legal, las consideraciones que en su caso formule el área jurídica que corresponda, vinculadas con las medidas compensatorias a las que tenga derecho el usuario o sus beneficiarios,

en términos de indemnización y los parámetros adoptados para cuantificar el monto de ésta.

IV. Análisis realizado por las AAOD correspondientes, de los informes y conclusiones que en su caso hayan sido emitidos por las áreas médica, jurídica y administrativa-laboral, producto de su estudio o investigación.

V. Conclusiones en las que se señalen en forma categórica los aspectos que dieron lugar a ellas, debiendo dar respuesta a todas y cada una de las peticiones planteadas por el quejoso, precisando la existencia o no de responsabilidad institucional y, en su caso, las medidas compensatorias y preventivas que se propone sean adoptadas.

Integración del Dictamen

Se elaborará por parte del AAOD correspondiente, el proyecto de acuerdo que deberá contener:

- a)** La motivación y fundamentación legal en que se sustente el acuerdo;
- b)** La resolución de la queja, precisando la existencia o no de responsabilidad institucional;

c) En su caso, las medidas compensatorias y la instrucción para la adopción de las acciones preventivas necesarias, y

d) La instrucción de la notificación como resultado del procedimiento.

Responsabilidad del titular de la Delegación y el Director de la UMAE

Resulta muy importante resaltar que el INSTRUCTIVO señala la responsabilidad del delegado y el director de la Unidad o Unidades Médicas de Alta Especialidad, de adoptar las acciones necesarias para dar cumplimiento a los acuerdos que resuelvan las quejas, emitidos por la Comisión bipartita del CT, las de los consejos consultivos regionales, delegacionales y las comisiones designadas por las juntas de Gobierno de la Unidad o Unidades Médicas de Alta Especialidad, en un plazo no mayor a 15 días hábiles. En caso contrario deberán asentarse las razones justificadas que impidieron su cumplimiento. Imperativamente señala que ninguna queja será archivada sin que medie acuerdo de la Comisión Bipartita del Consejo Técnico, de los consejos consultivos regionales, delegacionales o de las comisiones designadas por las juntas de Gobierno de las UMAE, o bien, oficio de autoridad institucional competente que ponga fin a las causas que originaron la queja.

Las siguientes estadísticas son de CONAMED, y nos ayudan a visualizar el curso de los asuntos turnados a través de este medio.

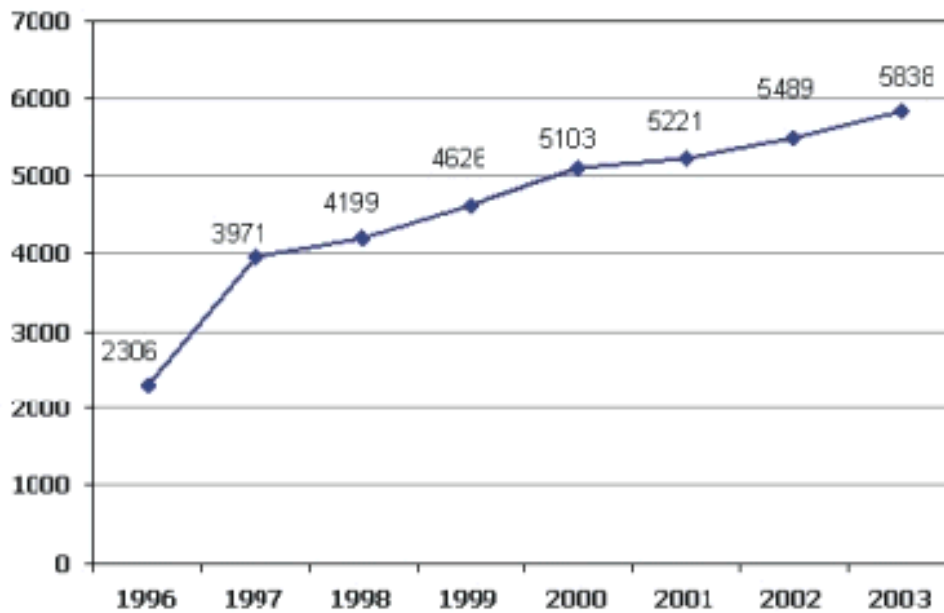
TOTAL DE ASUNTOS ATENDIDOS

Tipo de asunto		1996-2000	2001	2002	2003	ENE-AGO 2004	TOTAL
Orientaciones		35,702	7,537	9,071	17,864	10,006	80,180
Asesorías		9,071	2,464	2,849	3,145	2,039	19,568
Inconformidades	Gestiones inmediatas	2,163	738	862	941	542	5,246
	Proceso arbitral	7,218	1,546	1,114	1,309	1,014	12,201
Dictámenes		1,753	473	664	443	295	3,628
TOTAL		55,907	12,758	14,560	23,702	13,896	120,823

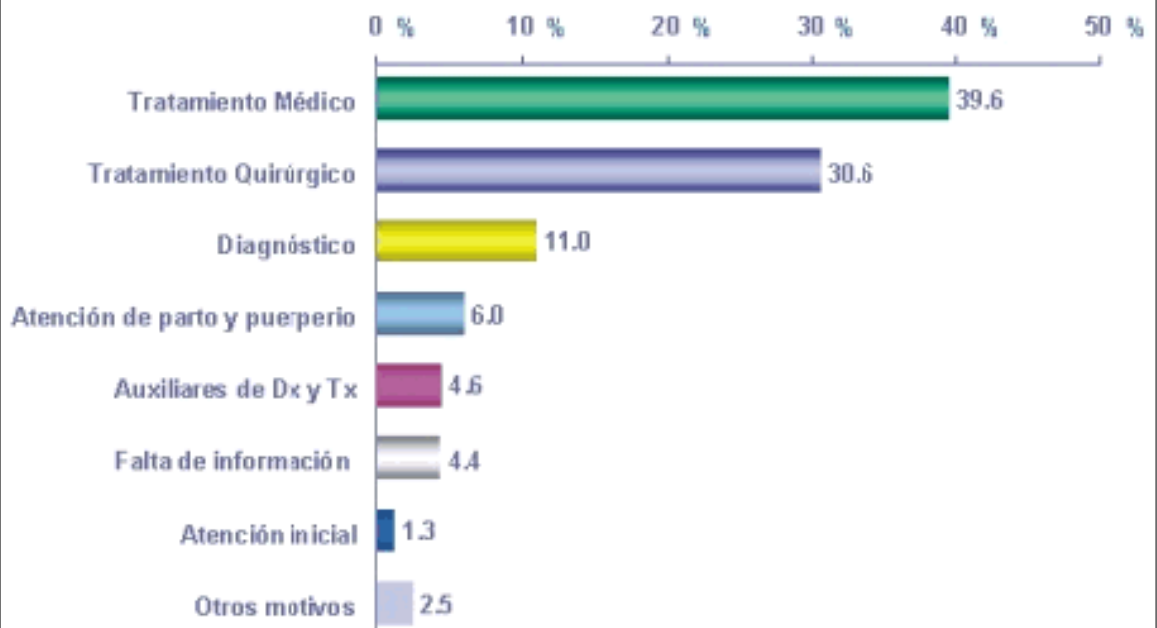
FORMA DE SOLUCIÓN DE LOS CONFLICTOS

Formas de solución	1996-2000	2001	2002	2003	ENE-AGO 2004	TOTAL
Gestiones inmediatas	2,163	738	862	941	542	5,246
Conciliaciones	3,557	763	570	704	542	6,136
Arbitrajes	113	33	19	29	20	214
TOTAL	5,833	1,534	1,451	1,674	1,104	11,596

ASESORIAS, INCONFORMIDADES Y DICTÁMENES MÉDICO INSTITUCIONALES A TENDIDOS



MOTIVO DE LAS INCONFORMIDADES A TENDIDAS ENERO - AGOSTO 2004



PRINCIPALES ESPECIALIDADES DEL CASO EN QUEJAS ATENDIDAS ENERO - AGOSTO 2004

