

El arbitraje médico
en México a través
de sus Comisiones
15 años de experiencia

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Germán Fajardo Dolci
Comisionado Nacional

Germán Fajardo Dolci
Francisco Hernández Torres
Coeditores

El arbitraje médico
en México a través
de sus Comisiones
15 años de experiencia



Coeditores:

Germán Fajardo Dolci
Francisco Hernández Torres

Coordinación:

Martha Alicia Alcántara Balderas

Edición:

Ansberto Horacio Contreras Colín

Colaboradores:

María Teresa Aguilar Romero
Ricardo Martínez Molina
Miriam Raquel Carreño de la Vega
Enrique Camarena Robles
Jorge Ricardo Llanas Escobedo

Diseño de portada:

Nuria Díaz San Juan
Mónica Sánchez Blanco

El arbitraje médico en México a través de sus Comisiones. 15 años de experiencia.

Primera edición:

Mayo, 2011

D. R. © Secretaría de Salud
Lieja núm. 7
Col. Juárez, C. P. 0660
Delegación Cuauhtémoc,
MÉXICO, D. F.

COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO
CONAMED
Mítila 250, esq. Eugenia
Col. Vértiz Narvarte, C. P. 03020
Delegación Benito Juárez
MÉXICO, D. F.

Atención y asesoría CONAMED:

Tels. 5420 7094 / 5420 7134
Lada sin costo: 01 800 711 0658

Se permite la reproducción parcial del contenido de la presente obra, para fines académicos, de enseñanza e investigación, citando la fuente.

Impreso y hecho en México/*Printed and made in Mexico*

ISBN 978-607-460-211-1

Siglas

CMAM	Consejo Mexicano de Arbitraje Médico
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
<i>DOF</i>	Diario Oficial de la Federación
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
IPN	Instituto Politécnico Nacional
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud

PEMEX	Petróleos Mexicanos
PGR	Procuraduría General de la República
SAQMED	Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes
SECODAM	Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEMAR	Secretaría de Marina
SFP	Secretaría de la Función Pública
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SINAREQ	Sistema Nacional de Registro de la Queja Médica
SNTE	Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación
SSA	Secretaría de Salud Federal
UMAЕ	Unidad Médica de Atención Especializada
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México

Presentación

ESTA OBRA ABORDA UN TEMA toral de la Medicina en México: el comportamiento de la queja médica en el país, particularmente, en las instituciones dedicadas a la atención de las inconformidades que se originan por insatisfacción ante la prestación de servicios de salud: las Comisiones de arbitraje médico.



Sin duda, la queja médica es el reflejo fiel de la insatisfacción por un servicio recibido y siempre existe detrás de ello una posible causa que la origina: información deficiente, expectativas incumplidas, exceso de burocracia, falta de calidez, débil relación médico-paciente, inadecuada comunicación, preparación deficiente, inexperiencia, mala práctica médica e incluso dolo o daño al paciente. Todo esto obliga a preguntarnos: ¿Qué clase de servicios estamos otorgando?, ¿qué hemos hecho mal o que hemos dejado de hacer? y ¿qué clase de médicos estamos formando y cuáles necesita nuestra sociedad?

Para el primer interrogante se esperaría responder: que brindamos servicios médicos de calidad, apegados a los principios científicos y humanistas de la Medicina; sin embargo, no siempre es así. Es un error considerar que el binomio ciencia-humanismo puede separarse y en consecuencia, omitir alguno de ellos. Es indispensable atender ambos principios si aspiramos a ser los profesionales que prestan atención de la más alta calidad.

Por otro lado, la Medicina presenta hoy día avances importantes reflejados a través de una expectativa de vida más larga y con tratamientos y herramientas más eficaces en beneficio de la población. No obstante ello y el

reconocimiento Constitucional del derecho a la protección de la salud, nos enfrentamos a una sociedad receptora de los servicios médicos más y mejor informada y con mayor participación en su proceso de atención, por lo que se ha mostrado más exigente en cuanto a la demanda de mejores resultados, y en consecuencia, el reclamo de aquellos servicios que desde la percepción del usuario pudieren resultar adversos y posiblemente generen algún daño.

Para brindar atención médica de calidad, de acuerdo con el profesor Avedis Donabedian (1966), hay dos dimensiones directamente vinculadas al prestador de servicios de salud: la dimensión técnica y la interpersonal. En la actualidad, y desde hace varias décadas, se ha privilegiado la preparación académica y el desarrollo de habilidades, destrezas y competencias necesarias para brindar atención médica de calidad. Ello ha creado un falso paradigma donde el mejor médico es aquel que ha recibido una mejor y más completa formación académica, o quien ha publicado el mayor número de artículos en revistas médicas, pertenece a múltiples sociedades científicas y ostenta una posición económica privilegiada. Esto es falso ya que un médico con formación académica sólida, pero sin una conducta humanista —que se fundamenta en una concepción integradora de los valores humanos—, se podrá considerar un gran técnico o un gran sabio, pero de ninguna manera será un buen médico. Sería deseable comprometernos y anteponer el Juramento Hipocrático en el ejercicio diario.

Los profesionales de la salud deben ser capaces de comprender que con el enfermo, se enferma también su familia y se modifica de manera importante no sólo la dinámica familiar sino los ingresos y gastos de la misma, así como su ánimo y aspectos emocionales en general. El compromiso radica en proteger la salud, tomando como fin último el bienestar humano y social.

Históricamente, la sociedad ha otorgado a quienes ejercen la Medicina, y en general a las profesiones vinculadas con la salud humana, un sitio de honor. En la actualidad, este privilegio ha sido impugnado y se debe estar consciente de nuestra responsabilidad como prestadores de servicios de salud (de nosotros depende mantener el sitio que históricamente se ha ocupado).

A pesar de los avances mencionados en la Medicina, el sistema de atención a la salud mexicana es complejo, debido a la fragmentación que impide articular los programas y que, sobre todo, entorpece el uso eficiente de los recursos financieros y de los propios recursos humanos.

Si pretendemos evaluar la calidad de la atención médica, podríamos calificarla al menos como *heterogénea*. Contamos con instituciones en materia de atención a la salud, que proporcionan servicios de clase mundial; al

mismo tiempo, existen otras en donde el servicio (por razones multifactoriales) no satisface las expectativas de sus usuarios.

El libro que aquí presentamos retrata un momento histórico de la atención de las inconformidades derivadas de la prestación de la atención médica, en el lapso comprendido entre junio de 1996 y diciembre de 2010. Tras 15 años de servicio del arbitraje médico, se han atendido quejas derivadas de la relación médico-paciente mediante la consolidación del modelo de arbitraje médico como medio alterno en la solución de dichas controversias. Los servicios se brindan a partir de la orientación, la asesoría especializada, la gestión inmediata, la conciliación, el arbitraje y la elaboración de dictámenes o peritajes médicos solicitados por órganos de procuración e impartición de justicia.

Los resultados que se presentan constituyen la suma de esfuerzos de médicos, abogados y personal administrativo, que han aplicado y promovido en la sociedad mexicana el modelo de arbitraje médico, lo que confirma una necesidad de servicio como instituciones de apoyo a los usuarios o receptores de los servicios médicos y los prestadores de esos servicios.

Lo anterior se convierte en punto de encuentro entre la CONAMED y las 26 Comisiones estatales que operan a lo largo de la República Mexicana, y busca reflejar los avances y experiencia en el tema.

Germán Fajardo Dolci
Ciudad de México, abril de 2011

Prólogo

SE ABRE AQUÍ LA OPORTUNIDAD de dejar constancia de un merecido reconocimiento al trabajo de las Comisiones de arbitraje médico nacionales y a todos los que en ellas participan, sin olvidar al paciente y al médico, sujetos primarios de las acciones de la Institución.

El camino de las Comisiones en 15 años, se ha fortalecido con las experiencias que se dan día a día y con la importante aportación de los Consejeros, de las que dejamos testimonio en los párrafos siguientes.

Las Comisiones de arbitraje médico tienen un valor estratégico dirigido a mejorar la seguridad de los pacientes, la efectividad de los servicios de salud, y lograr un trato digno hacia los usuarios y sus familiares.

El sistema de salud entrega a diario un número importante de acciones. Cada una de ellas, en su mayor parte, significa contactos entre el galeno y el paciente o entre los ciudadanos y los sistemas de salud. Se caracterizan porque en su mayoría son exitosos, los pacientes mejoran en su salud y en general se obtiene un panorama de satisfacción por parte de los usuarios.

Todas las esferas de la actividad humana poseen resultados de diferente índole y en el caso de los médicos, en ocasiones surge la duda de si la intervención o asistencia en los servicios de salud fue suficiente o si acaso hubo algún tipo de omisión que no permitió el éxito. Para estos casos se requieren instancias sensibles y eficaces, con atribuciones y competencias necesarias, que al aplicar procesos claros determinen lo mejor para las partes y de preferencia, que logren conciliaciones que garanticen una vida armónica en el medio social al que corresponden.

Las Comisiones de arbitraje médico reflejan una naturaleza humana en la que se requiere talento, creatividad, capacidad de operación y comunicación. Quienes participan de este compromiso social se distinguen por su gran devoción al quehacer diario, por poseer una avidez por conocer más

cada día, por un alto compromiso ético y un comportamiento equitativo hacia las partes en conflicto.

No se detiene la expectativa de una Comisión en tratar de lograr conciliaciones o llegar a juicios arbitrales, sino que se dispone el ánimo a la sensibilización y concientización en materia de responsabilidad compartida, de acompañar los actos con la disciplina que la ética exige y aplicarla entre quienes participan en el acto médico.

La relación que se establece entre el facultativo y el paciente implica una buena comunicación, que permita la confianza mutua en la que los interrogantes sean resueltos hasta la total satisfacción de ambos bandos. No más falta de confianza del enfermo en su médico o de éste en su paciente. No más interpretaciones erróneas por parte del enfermo ante términos científicos y técnicos: bienvenido el lenguaje de entendimiento mutuo, accesible, que asegure la adherencia al manejo terapéutico y a compartir responsabilidades. Es menester que lleguemos a la época de médicos y pacientes satisfechos.

Las Comisiones tienen toda esta gran tarea como misión; son encauzadoras de acuerdos entre las partes, facilitadoras del conocimiento, tienen claro el deber de ser monitores del acto médico.

Esta es una muestra de trabajo y entrega por la que han pasado y continúan las Comisiones en el país. Si bien las realidades para configurarse han variado en las Comisiones estatales, todas ellas lo han logrado en mayor o menor grado, con gran responsabilidad y dedicación, con entrega diaria que se ha transportado más allá de los cambios institucionales, porque el espíritu y las definiciones están así dadas.

No hay improvisaciones, las certificaciones de calidad van dejando cuenta de ello y así también los casos que se reciben año con año y los que se resuelven.

Habrà necesidad de convocar y apoyar el empeño con que esto se ha producido, implantar una mayor comunicación con otras entidades del propio sector y el de la educación, en especial con el del nivel superior, para hacer el surco cada vez de mayor significado en bien de la relación médico-paciente y en el de la efectividad de los servicios.

Este libro deja constancia del antecedente y camino recorrido por las Comisiones de Arbitraje en México. No es un compendio, es una historia trabajada con sentido humano, llena de vocación, profesionalidad y servicio.

Dr. Edgardo Jesús Martínez Menéndez
Mérida, Yucatán, a 5 de mayo de 2011

Introducción

LA CONCILIACIÓN Y EL ARBITRAJE SON una alternativa a las cortes nacionales establecidas por el Estado para dirimir cualquier tipo de controversia, por lo que su existencia y aplicabilidad deben contenerse en un marco regulatorio que controle y brinde efectividad en el plano nacional e internacional.

En el Sector Salud en México, contar con esta herramienta como mecanismo alternativo a la solución de controversias, ha resultado de gran utilidad tanto para los contendientes, como para el sistema de salud y los medios judiciales de resolución de conflictos. Su contribución al resolver el conflicto que nace de la ruptura de la relación médico-paciente, es de suma importancia para identificar la génesis del problema, los elementos que participan o intervienen y la información utilizada para beneficio de la calidad en la prestación del servicio médico, la seguridad del paciente y la generación de políticas que permitan prevenirlo y disminuirlo, en beneficio de la sociedad.

Este libro se inicia con un tema de actualidad para la salud de nuestro país: la protección social en salud como componente de la protección social. Ese capítulo aborda un problema histórico y, sin duda, un desafío del siglo XXI: la ampliación de cobertura de servicios de salud de los mexicanos como meta permanente en todos los programas de salud generados a partir de la reforma a la *Ley General de Salud*. Para su desarrollo, considera tres componentes: la protección financiera, la protección contra riesgos y daños a la salud y la protección al usuario de servicios de salud. Es en este componente donde se incluyen los trabajos del arbitraje médico en México, al brindar herramientas y procedimientos que permitan mejorar la equidad en el trato digno y de calidad en la prestación de servicios de salud.

Por *práctica médica* entendemos el conjunto de actos y servicios que se proporcionan a un individuo por profesionales de distintas disciplinas, en general, encabezados por el médico, respaldados por una infraestructura de

acuerdo al nivel de que se trate, orientados a proteger, promover y restaurar la salud, en donde cada uno de los miembros de este equipo tiene responsabilidades específicas para ofrecer el mejor resultado. Se acepta, en general, que la práctica médica debe ejercerse de acuerdo con principios científicos; un conjunto de reglas para el ejercicio médico, contenidas en la literatura universalmente aceptada en las que se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo¹.

Para determinar si un acto médico se realizó con una práctica adecuada se requiere de una metodología estricta. En primer lugar, será necesario establecer su legitimidad, esto es, si la o las personas que intervinieron estaban facultadas para ello, si contaban con los requisitos profesionales y si el acto se realizó en un establecimiento que cumplía con las disposiciones legales. En el mismo sentido, es necesario analizar si la o las decisiones del acto médico estaban justificadas; si había consentimiento para ello, si se cumplió con las obligaciones de medios y de seguridad y, en su caso, de resultados obtenidos.

La distinción entre la causalidad médica y la jurídica es imprescindible para la correcta apreciación de las consecuencias legales de un hecho. Para que se considere que existe causalidad jurídica, el daño debe ser consecuencia inmediata y directa del incumplimiento de una obligación, o bien, de negligencia, impericia o dolo. La causalidad médica se considera dentro de aquellos hechos que son producto de su propia naturaleza, como es el caso de los fenómenos físicos, químicos o biológicos que se desencadenan en el organismo de la persona y que condicionan un estado mórbido. El mismo principio se aplica a las complicaciones inevitables de una patología, que no dependen de la voluntad, sino de la naturaleza de la propia enfermedad; así mismo, los eventos adversos inherentes a un tratamiento médico legítimo, sin que medien negligencia, impericia o dolo, no imponen necesaria ni exclusivamente una relación de causalidad.

Por ello, se subraya que el modelo de arbitraje médico contribuye a la resolución de controversias derivadas de la relación médico-paciente, presenta objetivos específicos en el marco del Sistema Nacional de Salud (SNS): por un lado, ha evitado que los conflictos sean canalizados hacia las autoridades de procuración de justicia en donde el simbolismo de ganar/perder es preponderante. Por otro lado, el hecho de que el conocimiento de un experto en la materia sea el conciliador, mediador o árbitro, ha sido un aspecto

¹ José Meljem Moctezuma, "Presentación sobre evaluación y dictamen de la práctica médica", versión estenográfica inédita, ponencia presentada en la Academia Nacional de Medicina, México, 2008.

clave para las partes, ya que con apego a valores técnicos, imparciales, de integridad, honradez, justicia y transparencia², se ha contribuido a la resolución del conflicto con un valor agregado: que la información obtenida en la aceptación y tratamiento de la queja sean analizados como factor de la mejora continua en la prestación de los servicios médicos, repercutiendo en la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Se refiere que en el proceso arbitral médico, la conciliación desempeña un papel preponderante como procedimiento por medio del cual un tercero conoce de la controversia y la postura de las partes en la misma, emite una opinión carente de fuerza vinculatoria sobre la solución más justa o adecuada de la misma³. Este procedimiento es aplicado en el modelo de arbitraje médico, donde el medio alternativo de solución de controversias conoce la queja y con un sentido totalmente imparcial, brinda herramientas de conciliación e invita a las partes a llegar a un acuerdo que inhíba la queja, sin que esto implique una imposición para la resolución. Precisamente, en el capítulo 2 se refiere y profundiza el modelo de atención de controversias.

El modelo de arbitraje médico es una propuesta original de y para las instituciones de salud públicas y privadas. Fundamentado plenamente en el Decreto de creación de la CONAMED, al decidir mutuamente los contendientes su voluntad conciliatoria. Sin acuerdo, deciden someter la controversia al arbitraje, que con bases jurídicas resolverá por heterocomposición⁴ el conflicto presente, ya sea *en estricto derecho* o *en conciencia*, con la consecuente emisión del laudo, emitido por árbitros y que resuelve un punto controversial.

En el capítulo 3 se presenta una reseña de la estadística que incluye los resultados sobresalientes de más de 200 mil asuntos atendidos en la CONAMED, en sus 15 años de trabajo. En este apartado, se habla cualitativa y cuantitativamente del volumen de asuntos recibidos, concluidos, y los resultados obtenidos una vez aplicado el modelo de atención de inconformidades a cada uno de éstos; por ende, su efecto resolutorio dentro de cada una de las etapas que lo conforman. Su intención fundamental es mostrar su comportamiento en el tiempo de gestión.

El capítulo 4 está íntimamente ligado al anterior, ya que da soporte cuantitativo a la formulación de una de las aspiraciones de registro de la queja médica: un sistema de información estandarizado, oportuno, válido y, sobre

² DOF, México, "Código de ética de los servidores públicos", 31 de julio, 2002.

³ Francisco González de Cossío, *Arbitraje*, México, Edit. Porrúa, 2004.

⁴ Instituto de Investigaciones Jurídicas/UNAM, *Diccionario Jurídico Mexicano, tomo A-CH*, México, UNAM, 10ª edición, 1997, pp. 198-206.

todo, útil para generar información a los tomadores de decisiones. Con esta base, se propone el Sistema Nacional de Registro de Información de la Queja Médica (SINAREQ), con carácter sectorial y cuyo diseño se encuentra en armonía con los sistemas de información del INEGI.

El Consejo Mexicano de Arbitraje México (CMAM) representa la unión de todas las Comisiones del país. Ahí se discuten temas de interés común, así como los problemas y desafíos a los que se enfrenta el arbitraje médico. El Consejo permite la reflexión sobre su integración, futuro y programas de arbitraje en el contexto de los programas nacionales y estatales de salud, de manera que el trabajo conjunto y sinérgico contribuya para que la población tenga acceso a una atención médica de mayor calidad. En el capítulo 5 se hace referencia a los temas centrales de discusión en el CMAM, entre los que destacan: homologación de la denominación, naturaleza jurídica y estructura orgánica de las Comisiones estatales, interacción y convenios de colaboración entre ellas, importancia de la participación de estas organizaciones en la calidad de la atención médica, su papel en la retroalimentación al sistema de salud y la trascendencia de la enseñanza e investigación en los casos que atendemos.

Después, el libro dedica todo un apartado significativo a las Comisiones de Arbitraje Médico en 26 entidades federativas, responsables de caracterizar los distintos aspectos que ocurren en una queja médico-paciente y por medio de una acción conciliadora, aproximar a las partes en conflicto. Se consigna que su intención no sólo es analizar y discutir los intereses del usuario sino también los del prestador, pues el ejercicio pone en evidencia demandas injustificadas. La vocación de las Comisiones es la búsqueda de la verdad ante la presentación de inconformidades entre los pacientes, sus familiares y los profesionales de la atención médica.

Las Comisiones tienen la voluntad y el potencial para contribuir a tener una sociedad mejor informada, consciente de sus derechos y sus posibilidades de ejercerlos y obtener resultados satisfactorios. A las Comisiones de Arbitraje Médico se les ha conferido la misión de fungir como metaevaluadores de los servicios y un tercero imparcial, para que a partir de la conciliación y el arbitraje se solucionen las controversias y se contribuya a la mejora de la calidad de la atención médica.

Esta obra surge con motivo de la conmemoración del aniversario XV de la CONAMED. Centra su idea en difundir los avances durante este periodo del arbitraje médico en México y publicar los resultados obtenidos. Su integración se llevó a cabo mediante la convocatoria de las 26 Comisiones estatales a compartir sus experiencias más relevantes en el tema de su misión.

Se construye con el propósito de acercar al lector al panorama pasado, presente y futuro de la atención de las inconformidades que emanan de la prestación de los servicios de salud, así como facilitar un resumen integral de lo que ha sido la actuación de las Comisiones y proporciona los elementos que utilizan para llevar a cabo su ejercicio, así como las estrategias y reflexiones sobre sus capacidades y los recursos que deben tomarse en cuenta para continuar su labor y garantizar sus resultados futuros.

Este esfuerzo está dirigido al personal que labora en los diferentes servicios: Médicos, Enfermeras, Enfermeros, y en general al equipo de salud, así como aquellas otras profesiones afines (Abogados, Investigadores, por citar algunos), estudiantes y público en general, que tengan interés en el tema y cuya aspiración esté encaminada a mejorar la práctica médica, prevenir inconformidades derivadas de la prestación de servicios médicos y contribuir e impulsar la mejora de la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Dr. Francisco Hernández Torres
Ciudad de México a 2 de mayo de 2011

Agradecimientos

El grupo de trabajo que integró esta obra, expresa su agradecimiento a los representantes de las siguientes Áreas Administrativas de la CONAMED: Subcomisiones Médica y Jurídica, las áreas de Orientación y Gestión, Conciliación, Arbitraje, Difusión e Investigación, Administración y Comunicación Social; quienes aportaron datos, opiniones, sugerencias y propuestas de contenidos que hicieron posible este trabajo.

De igual forma, agradece de manera particular a aquellas personas que fungieron como enlace en el intercambio de información con las 26 Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, quienes ofrecieron desinteresadamente tiempo y esfuerzo para la composición de este libro.

Finalmente, a los miembros de la Dirección General de Calidad e Informática, que colaboraron constantemente al logro de este objetivo.

La protección al usuario de servicios de salud en el marco de los Derechos Humanos de última generación¹

*Francisco Hernández Torres,
Clicerio Coello Garcés,
Javier Santacruz Varela y
Horacio Contreras Colín*

INTRODUCCIÓN

Esta primera aproximación al tema es el insumo básico para continuar con mayor amplitud, la revisión y análisis de la protección de usuarios de servicios de salud. Para la elaboración del presente estudio, hay que reconocer el apoyo recibido por la Comisión Nacional de Bioética (CNB), el Instituto de Investigaciones Jurídicas (IIJ) de la UNAM, la CONAMED y el material de estudio de la Maestría en Administración Pública del Instituto Nacional de Administración Pública (INAP)². Sin duda, el acercamiento iniciado con estas instituciones y la definición consensuada del mapa conceptual tiene el potencial de abrir líneas de trabajo que beneficien el quehacer del servicio público en salud.

Para esta etapa, se proponen como hilos conductores de la revisión y análisis del tema, los siguientes objetivos:

- Identificar históricamente los derechos humanos y sus principios determinantes.
- Analizar las características principales que presentan actualmente los derechos humanos.
- Identificar los derechos humanos de última generación y su repercusión en términos de preservación de la salud.
- Definir los desafíos que plantean los derechos humanos con relación a la protección social en salud.

¹ Esta es una versión autorizada, actualizada y ampliada del artículo “La protección al usuario de servicios de salud en el marco de los derechos humanos de última generación”, publicado en *Revista CONAMED*, vol. 13, enero-marzo, 2008, pp. 35-46.

² En particular, a la Dra. Dafna Feinholz, Directora General de la CNB; al Lic. José Ramón Ramírez, de la CNB; la Dra. Ingrid Brena Sesma, investigadora del IIJ/UNAM; la Dra. Eréndira Salgado, de la Universidad Anáhuac; y al Lic. Fernando Ugalde, profesor del INAP.

APROXIMACIÓN A LOS DERECHOS HUMANOS

La evolución del hombre a lo largo de la historia y el impulso de la filosofía en todas sus vertientes, han generado múltiples nociones sobre los derechos humanos y sus implicaciones en la sociedad. El desarrollo de los derechos humanos ha sido producto del devenir histórico y se los ha reconocido paulatinamente por parte del Estado, en concordancia con el progreso de las sociedades y por las diversas reivindicaciones de protección social.

El modelo de Constitución que caracteriza al constitucionalismo occidental a partir de la Segunda Guerra Mundial, se distingue por su marcada tendencia a tener declaraciones de derechos humanos cada vez más amplias, e incorporar en su texto, principios y valores Constitucionales propios del Estado democrático de derecho [1].

A lo largo de la historia, han venido emergiendo derechos humanos en la medida en la que surgen ámbitos del individuo que requieren de protección estatal, colmándose con ello los vacíos que se generan por los nuevos supuestos derivados de la evolución social. El contenido amplio y creciente de las declaraciones de derechos y libertades en la segunda mitad del siglo xx, nos indica que los derechos no siempre han estado ahí y que requieren de la acción del Estado para su reconocimiento, para su incorporación al Derecho Positivo.

Las nuevas necesidades, los avances de la ciencia y la tecnología, así como las nuevas circunstancias sociales y culturales, hacen que se plantee la posibilidad de reconocer nuevos derechos humanos no contemplados expresamente en la Constitución. La ciencia y la tecnología tienen un desarrollo más ágil que el Derecho, y éste difícilmente puede prever todos los supuestos que van surgiendo como resultado del progreso de las sociedades y de sus factores³ [2]. Otras veces, el cambio de las circunstancias sociales hace que las sociedades consideren que deben protegerse jurídicamente determinadas exigencias, que antes no merecían tal protección, como es el caso de los derechos ambientales.

Para responder a las nuevas necesidades que se generan por el desarrollo de la ciencia, los avances de la tecnología y la transformación de las circunstancias sociales, el Estado (a través del orden jurídico) debe llenar los vacíos que tales aspectos conllevan, a fin de evitar la incertidumbre entre los indi-

³ Si partimos de la base de que es imposible que un sistema jurídico pueda prever todos los supuestos con necesidad de regulación, habrá que concluir que es innegable la existencia de casos no contemplados por el mundo del Derecho.

viduos y las instituciones, propia de la ausencia de protección ante los supuestos emergentes.

En este sentido, Espín [3] considera que la Constitución ha de conciliar la necesaria estabilidad con la posibilidad de adaptación a todas esas nuevas circunstancias y necesidades. Por su parte, Prieto [4] afirma que la realización más adecuada del concepto de derechos humanos será aquella que en cada momento satisfaga mejor los valores morales que están detrás de este concepto, y que lo preocupante de los nuevos derechos humanos, no es que obtengan un reconocimiento jurídico, sino que permanezcan en la nebulosa de la retórica política.

La sociedad es un ente dinámico, y a medida que evoluciona, debe hacerlo también el Derecho, en la búsqueda constante de la sincronía entre el orden jurídico y la comunidad objeto de su regulación. En materia de derechos humanos, es indispensable que el Estado reconozca derechos y libertades en aquellos supuestos que requieran de protección, preservando al individuo que interactúa en una sociedad cambiante, y en la que la libertad, igualdad y dignidad humana deben constituir los principios rectores [5].

Por otra parte, el desarrollo de las estructuras estatales para atender de manera eficaz las necesidades imperantes de la sociedad, conlleva a la vez a una redefinición del *zoon politikon* respecto de la *res pública*⁴ [6] y desde luego, a la evolución de los mecanismos de participación de los individuos frente al Estado [7].

DESARROLLO DE LOS DERECHOS HUMANOS A TRAVÉS DE LAS GENERACIONES

Cuando Nikken aborda el concepto de derechos humanos, hace una síntesis notable para diferenciar las aportaciones históricas de las sociedades, con anterioridad a la formalización de los derechos en la Constitución Política (véase figura 1). A pesar de que

[...] en las culturas griega y romana es posible encontrar manifestaciones que reconocen derechos a la persona más allá de toda ley y aunque el pensamiento cristiano por su parte, expresa el reconocimiento de la dignidad radical del ser humano, considerado como una creación a la imagen y semejanza de Dios, y de la igualdad entre todos los hombres derivada de

⁴ Méndez considera que en virtud de la crisis fiscal de los Estados en las últimas décadas del siglo xx, el individuo y la cosa pública “han entrado al tercer milenio con muchos retos y pocas certidumbres” [6].

unidad de filiación del mismo Padre, la verdad es que ninguna de las ideas puede vincularse con las instituciones políticas o el Derecho de la Antigüedad o de la Baja Edad Media [8].

FIGURA 1
EVOLUCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS



Por su lado, en un análisis sobre el Estado Liberal, Vallespín reconoce la génesis del liberalismo como uno de los factores históricos relevantes para el impulso de los derechos humanos, atribuido directamente a las revoluciones público-sociales de la era Moderna; se refiere sobre todo a las inglesas de 1648 y 1688, la americana de 1776, y la francesa de 1789, donde:

[...] el liberalismo nace como una nueva ideología capaz de dar cabida y de racionalizar las necesidades de una nueva época. Su fuerza responde a su mismo carácter de novedad, de ruptura con una determinada concepción del mundo; a la plena conciencia del protagonismo de una nueva clase en expansión [9].

Es sintomática la influencia de la corriente del Liberalismo como filosofía predominante del siglo XVIII y su contribución al surgimiento de las primeras Constituciones en sentido estricto, a partir de las cuales se reco-

noció el tema de los derechos humanos como el límite a las competencias del poder público.

Aun cuando es complejo abordar el tema de los derechos humanos a través de las generaciones (en virtud de lo difícil que resulta determinar de manera detallada qué derechos corresponden a cada una de ellas, o por la falta de consenso en la doctrina sobre cuántas generaciones de derechos han transcurrido hasta nuestros días), es necesario reconocer la gran utilidad que representan, ya que reflejan de manera esquemática el devenir de los derechos humanos y facilitan al lector la comprensión de la evolución que éstos han tenido a lo largo del tiempo.

Primera generación de derechos humanos

Nikken refiere que en el estudio de la evolución de los derechos humanos, “[...] destaca sobremanera Karen Vasak, quien en su texto *Pour une troisième génération des droits de l’homme*, de 1984, propuso una clasificación en la cual dividió a los derechos humanos en tres generaciones” [8].

En particular, refiere que las contribuciones de las revoluciones burguesas y el marco revolucionario que proporcionaron, dio origen a que estos derechos sean reconocidos como los de “primera generación”: derechos a la libertad, a la seguridad y a la integridad física y moral de la persona, así como su inherente derecho a participar en la vida pública. Generalmente, también se les considera como los *derechos humanos básicos*.

Ángel Rivero reconoce que se habla de varios tipos de Liberalismo porque las ideologías políticas son conjuntos de creencias, valores y conceptos políticos que forman constelaciones heterogéneas y no coherentes, en función de que surgen de distintos contextos históricos, culturales o geográficos. No obstante, confirma que el propósito de todo liberalismo es “*asegurar las condiciones políticas necesarias para el ejercicio de la libertad personal*” [10].

Segunda generación de derechos humanos

La situación anterior se mantiene hasta finales del siglo XIX y la primera mitad del XX, cuando se inicia “la segunda generación” de los derechos: económicos, sociales, culturales y de acceso a los bienes materiales; todos, reconocidos como *derechos para el desarrollo humano*. Los factores determinantes son los avances importantes sobre el contenido y concepción de los derechos humanos. Una característica singular de esta generación de derechos es el desarrollo de la protección de los derechos humanos, y sobre

todo, su internacionalización mediante acuerdos para generarlos en el ámbito internacional.

En este periodo, los países europeos —ante las crisis en que estuvieron inmersos— identifican como prioridad para el desarrollo humano, la “protección social”; es decir, el derecho de los ciudadanos a contar con salud, trabajo y vivienda, creando para ello políticas y sistemas de gobierno dirigidos a proteger esos derechos básicos. Esto también se identifica con el impulso de la Socialdemocracia Europea, por lo que en el apartado de protección social, se amplía el marco de referencia que delimita el origen e impulso de la política pública en salud.

Tercera generación de derechos humanos

Durante el siglo xx, tras el desastre y los excesos de la Segunda Guerra Mundial, se fundan instituciones transnacionales que preocupadas por el nivel de destrucción del armamento atómico, priorizan la preservación de la raza humana y proponen lo que se conoce como “la tercera generación de derechos humanos”, también llamados *derechos colectivos de la humanidad entera*. Dentro de ellos se impulsa el derecho al desarrollo, el derecho a un medio ambiente sano y el derecho a la paz; todos, dirigidos a preservar la vida, la dignidad humana y la convivencia⁵. Sin importar el origen o la propuesta teórica, los estudiosos de los derechos fundamentales refieren que sin duda, en primer lugar, esos derechos responden a un momento histórico de la humanidad, identificado en un contexto y entorno determinados. A esos componentes se suma el ambiente natural y social en que se desarrollan los distintos grupos humanos y en donde surgen las necesidades y demandas por reconocimiento de sus derechos. Junto a esto, se añade la tríada clave que busca relacionar armónicamente los elementos para el desarrollo humano; y sobre todo, que resalta la interdependencia de cada uno de esos valores, dando cuenta de lo trascendente que resulta el impulso de: los derechos humanos, la paz y el desarrollo humano (véase figura 2).

Cuarta generación de derechos humanos

Ortega reconoce que Robert Gelman es el autor de la propuesta de una “Declaración de Derechos Humanos para el Ciberespacio”, por medio de la cual propone avanzar jurídicamente hacia la “cuarta generación” de derechos.

⁵ Cuando Albert Einstein conoció el potencial de las bombas atómicas y, sobre todo, el poder destructivo de lo que podrían hacer las bombas de hidrógeno, llegó a firmar que “si los seres humanos decidían llevar a cabo la Tercera Guerra Mundial, la Cuarta sería a base de palos y piedras”.

FIGURA 2
INTERDEPENDENCIA



Se fundamenta en la repercusión y alcance logrados en tecnologías de información y comunicación (TIC), que cuentan con el potencial suficiente para modificar la sociedad y las estructuras que la conforman [11].

Llama la atención que esta propuesta no se acompañe de otros tópicos torales de enorme actualidad, y que permanentemente son referidos como desafíos del Estado en pleno siglo XXI; nos referimos concretamente a lo que se conoce como migración y seguridad internacional. Sin duda, en su conjunto, las TIC y los temas sociales y económicos podrían constituirse como la nueva generación de derechos, dirigidos a proteger a los seres humanos frente a la mundialización y a la globalización de las economías de los distintos Estados-nación.

Habría que llamarlos *derechos humanos de última generación*, referidos a la búsqueda social de legislar las reivindicaciones humanas del siglo XXI, su relación con la tecnología y los factores mundializadores, así como de las repercusiones de éstos en la dignidad e integridad de los individuos.

La evolución de los derechos humanos ha incorporado progresivamente valores éticos y morales que en su conjunto forman la guía general para su implantación y cumplimiento. Técnicamente, se podrían denominar “principios rectores” de los derechos humanos. Su precisión conceptual ha sido de suma utilidad para los organismos creados *ex profeso* para su vigilancia.

Estos valores son (como anota Vallespín [9]) producto de un desarrollo histórico y sostenido, donde las ideas, la lucha de los pueblos, la movilización

social y el empuje de la opinión pública, implican un impulso internacional para universalizar la lucha por la dignidad humana. En estos límites impuestos al poder y la subordinación de éste a los derechos humanos, se configura el Estado de Derecho como requisito para su consolidación en favor de los individuos. Dentro de estos valores, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), en su *Declaración de Comprensión Colectiva*, emitida en mayo de 2003 [12], refiere los siguientes principios de derechos humanos (véase cuadro 1):

CUADRO 1

Principios rectores de los derechos humanos
<input type="checkbox"/> Universalidad
<input type="checkbox"/> Indivisibilidad
<input type="checkbox"/> Interdependencia
<input type="checkbox"/> Igualdad e inclusión
<input type="checkbox"/> Irreversibilidad
<input type="checkbox"/> Progresividad

- a) *Universalidad e inalienabilidad.* Los derechos humanos son universales e inalienables. Todos los seres humanos en todas partes del mundo poseen estos derechos. No se puede renunciar voluntariamente a ellos, ni tampoco pueden ser usurpados por otras personas. Según se establece en el primer artículo de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”.
- b) *Indivisibilidad.* Los derechos humanos son indivisibles. Ya sean de naturaleza civil, cultural, económica, política o social, son todos ellos inherentes a la dignidad de todo ser humano. Por consiguiente, todos los derechos poseen el mismo rango y condición: no pueden ser clasificados en orden jerárquico.

- c) *Interdependencia e interrelación.* La realización de un derecho, a menudo depende (total o parcialmente) de la consolidación de otros derechos. Por ejemplo, el ejercicio del derecho a la salud puede depender (en ciertos casos) del derecho a la educación o a la información.
- d) *Igualdad y no discriminación.* Todos los individuos son iguales en virtud de la dignidad inherente al ser humano. Todos tienen los mismos derechos, sin discriminación de ninguna clase, sin distinción alguna de raza, color, sexo, etnia, edad, idioma, religión, opinión política, origen nacional o social, discapacidad, propiedad, nacimiento u otra condición.
- f) *Participación e inclusión.* Toda persona y todos los pueblos tienen derecho a una participación activa, libre y significativa en el desarrollo, así como a contribuir y disfrutar del desarrollo económico, social y político.
- g) *Responsabilidad e imperio de la ley.* Los Estados y otros titulares de deberes habrán de responder por el cumplimiento de los derechos humanos. En este sentido, tienen que cumplir con las normas legales y estándares contenidos en los instrumentos jurídicos. En caso de no cumplir con sus deberes, los titulares de derechos, agraviados, están facultados para iniciar procesos judiciales para la reparación apropiada de daños ante un tribunal o juzgado competente, según las reglas y procedimientos legales.

LA PROTECCIÓN SOCIAL

Hoy día, en los sistemas de salud de América Latina se reconoce nuevamente la necesidad de impulsar la protección social, rescatando sus funciones principales: ofrecer seguridad de ingresos, acceso a la asistencia médica, a la educación y a otros servicios sociales básicos. No obstante, su finalidad no es la mera supervivencia, sino preservar la dignidad humana y el fomento a la inclusión social para salvaguardar y proteger a los individuos en contra de la exclusión social. Si bien en el desarrollo de la protección social participan diversos actores, desde las personas, familias, organizaciones de apoyo mutuo, hasta las asociaciones de empleadores y sindicatos, es el Estado quien tiene la responsabilidad y atribución jurídica de garantizar la fiabilidad del entorno institucional y el suministro de protección social a los ciudadanos [13].

Se atribuye a Bismark el haber dotado a Alemania de un sistema moderno de protección social, a fines del siglo XIX. Tras un lapso de prohibición

inicial, se retomaron varias ideas socialdemócratas para cubrir y satisfacer necesidades inaplazables de la clase obrera alemana, y prevenir el retorno de adversarios a la escena política. Con ello, Bismark creó en 1883, la primera garantía médica obligatoria para los obreros de la industria. Al conjunto de estas medidas se las definió como *protección social*, entendida como los derechos a la sanidad, vivienda, educación, servicios sociales, pensiones de jubilación y la protección del empleo.

Por su parte, con la transformación social, política y económica generada por la Revolución Industrial en el siglo XIX, se rompieron los moldes de relaciones tradicionales de autoridad; la pobreza queda liberada de la tutela de la clase superior y pasa a ser vista como un problema político, institucional y conceptual. Con ello, emerge el problema social y se hace pública la lucha por disminuir desigualdades socioeconómicas bajo un contexto de democracia. Ello generó un conjunto de políticas e instituciones como respuestas a los problemas de pobreza y desigualdad, que en conjunto recibieron el nombre de *Welfare State* (Estado de Bienestar Social), incluyendo bajo este enfoque las políticas e instituciones, así como los derechos sociales de la ciudadanía.

El *Estado de Bienestar* alteró profundamente las relaciones entre los ciudadanos, el mercado y el Estado, así como la naturaleza misma de los Estados vigentes, con miras a una regulación estatal de las condiciones de los trabajadores.

El Estado de Bienestar fue producto de una situación histórica concreta, y sobre todo, de hechos que lo llevaron a constituirse. Entre ellos tenemos: la industrialización, el cambio poblacional en la dirección campo/ciudad, la ruptura de lazos y redes tradicionales de solidaridad e integración, movilización y organización de la nueva clase trabajadora, evolución de la democracia con la creación de partidos obreros y socialistas, aumento de la productividad del trabajo y de la riqueza acumulada, consolidación de un cuerpo burocrático estatal y dominio de las técnicas administrativas, aumento de la intervención del Estado y creación de mecanismos redistributivos por la vía de las políticas sociales. Por otro lado, y al término de la Primera Guerra Mundial, se creó la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la cual reconoce el hecho de que existen condiciones laborales que entrañan tal grado de injusticia, miseria y privaciones para un gran número de seres humanos, al punto que el descontento causado constituye una amenaza para la paz y armonía mundiales. Se observó una relación directa entre la expansión de la autoridad del gobierno en áreas como la educación, la legislación del bienestar social y la salud, con los resultados de la Primera Guerra Mundial.

En el mundo desarrollado, la conformación de los Estados de Bienestar ocurrió en los años treinta del siglo XX y de la posguerra, cuando al final de

la Segunda Guerra Mundial, la economía europea estaba casi en ruinas y no era posible salir de la situación si no se intervenía en la economía desde los Estados. Así se nacionalizan ciertos sectores que se consideran estratégicos, se mejoran las condiciones de trabajo, se genera la seguridad social y las prestaciones por desempleo, la educación se vuelve obligatoria y se obtiene acceso a medios de justicia gratuitos. Los determinantes descritos llevan a la redacción de nuevas Constituciones con una base de inspiración democrática, y los derechos humanos devienen una cuestión fundamental⁶.

En la búsqueda de protección social ante los riesgos propios de la época (ligados al papel central del trabajo en la definición y satisfacción de los derechos de las personas), se impulsa el bienestar social para permitir: la expansión del empleo y la incorporación a los sueldos de los incrementos en productividad, el crecimiento del consumo de masa y el crecimiento de la capacidad administrativa del Estado.

Para el rubro de la salud, es relevante que en 1944, la Conferencia General de la OIT presentó la Declaración de los fines y objetivos de la OIT y los principios que debieran inspirar la política de sus miembros, estableciendo la

[...] obligación solemne de fomentar entre todas las naciones del mundo, programas que permitan extender medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes lo necesiten y prestar asistencia médica completa.

En la década de los setenta surgen muchas críticas al Estado de Bienestar, asociadas con el escaso crecimiento de la economía europea y una mayor presencia del pensamiento denominado “neoliberal” (es decir, muy vinculado a la privatización de las instituciones), apoyado en el reconocimiento de ineficiencia y poca eficacia de las instituciones de bienestar, con críticas a la politización de las decisiones y argumentos de haber generado un incremento de los costos y engrosamiento burocrático de las intervenciones. Ello abrió un debate sobre el alcance de las instituciones del Estado de Bienestar para responder a la cuestión de la desigualdad social. Las críticas acerca de que la cohesión social se ha debilitado se basan en argumentos de exclusión social e inequidad en la distribución de los bienes, lo que dio pie a la expresión de la violencia, inestabilidad política y conflicto social.

Con todo, todavía hoy existen argumentos a favor del Estado de Bienestar. Destaca el enfoque humanitario, donde persiste la idea de que nadie debe

⁶ Todos los derechos humanos (con la posguerra) llevan a propuestas que privilegian la supervivencia de la especie humana, por lo que la paz y el desarrollo se convierten en ejes centrales de la discusión legislativa de orden Constitucional.

sufrir innecesariamente. Le sigue una visión democrática donde los ciudadanos en la mayoría de los países favorecen la extensión gradual de la protección social. Se suman los valores éticos, donde la reciprocidad es casi universal como principio moral y la mayoría de los sistemas del bienestar se basan en patrones del intercambio generalizado. En su manejo económico, los programas sociales realizan una gama de funciones económicas, incluyendo la regulación de la demanda frente a posibles fallas del mercado y estructurando el mercado laboral. El campo de lo social es utilizado para promover objetivos comunes en torno a la educación, la familia y el trabajo. Finalmente, los partidarios del Estado de Bienestar afirman que el sector privado por sí solo no puede solucionar objetivos sociales u organizar la producción eficientemente sin el concurso del sector público.

Aún hoy el concepto de Bienestar sigue siendo polémico y continúa discutiéndose la responsabilidad de los gobiernos sobre las condiciones de bienestar de sus ciudadanos. Parecería contradictorio que en pleno siglo XXI, algunos gobiernos de América Latina estén iniciando la implantación de sistemas de protección social, cuando en otras latitudes los procesos de liberalización económica han eliminado (o restringido) esa protección [14].

A propósito, Medina Peña señala que:

[...] el rasgo más importante de la transformación en México apunta al surgimiento del Tercer Estado; superado el modelo estatista de crecimiento (referido a la búsqueda de un Estado de Bienestar), se ha iniciado la puesta en marcha de un nuevo modelo para avenir el libre mercado con la vocación social del Estado Mexicano, pero que supone adelgazar a éste y redefinir sus compromisos y relaciones con la sociedad. El nuevo modelo al que se ha llamado liberalismo social⁷, se echó a andar con la idea de continuar la modernización y el crecimiento del País aunque por medios diferentes, pero sin dejar de lado la atención a rezagos y desigualdades sociales [14].

PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

La protección social en salud forma parte de la protección social universal, referida específicamente al hecho de tener acceso a la asistencia médica. La

⁷ El liberalismo social surge en Europa a finales del siglo XIX en respuesta a la visión individualista del liberalismo clásico y se contraponen a los movimientos socialistas surgidos de la Revolución Industrial. Supone dos cambios fundamentales respecto al liberalismo clásico: primero, intenta superar el individualismo egocentrista mediante una concepción orgánica que abona en favor de la sociedad; y por otro lado, propugna una intervención del Estado en el campo de lo social (n. del e.).

protección social es un fenómeno antagónico a la exclusión social en salud, ya que esto último significa simple y llanamente la “ausencia de membresía [pertenencia] o el no formar parte de una red social para la atención de la salud” [15].

El indicador usado para identificar a la población con protección social en salud, es el de *cobertura de acceso a los servicios*. De acuerdo con un estudio de 2004 publicado por la OIT, esa cobertura varía de un país a otro; sin embargo, en términos generales, suele ser mayor en los países industrializados que en los países en vías de desarrollo. En los primeros (con excepción de los Estados Unidos de América), prácticamente la cobertura es de 100%, lo cual se logra a partir de diversos mecanismos de aseguramiento. En México, la cobertura de servicios de salud por medio de instituciones de seguridad social, llega a 58% de la población, sin contar a la población que recibe dichos servicios por medio de la Secretaría de Salud Federal [16]. En un estudio del año 2004 ideado para caracterizar la exclusión social en salud, se revela que incluso en la capital de la República Mexicana, había aproximadamente 3.3 millones de pobres, mientras que unas dos millones de personas (casi 20% del total de habitantes) se encontraban excluidas de la protección social en salud [17].

Se reconoce que el Estado es responsable de proveer a los ciudadanos de los medios necesarios para la atención al estado de su salud, toda vez que además de ser un bien primario consagrado en la Carta Magna, permite a los individuos y a las familias el logro de otros bienes sociales como la educación y el trabajo. En la propuesta del Estado de Bienestar, los mecanismos de protección social tienen una importancia crítica para garantizar que las personas mantengan su capacidad de trabajar y de hacerlo productivamente (en condiciones óptimas).

Desde mediados del siglo xx, en México se inició la promulgación de acciones que buscaban integrar la protección social en o para la salud, y ese esfuerzo se reflejó en tres modalidades básicas de acción: asistencia social, seguro social y seguridad social. En 1943 se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (cuyo nombre tenía implícita una concepción asistencialista), para atender principalmente a los mexicanos con menores ingresos o en situación de pobreza. En ese mismo año surge el IMSS, que ofrece servicios de pensiones y de salud a los trabajadores de la economía formal. Esto dividió a la población en dos grupos: los que tenían derechos sociales perfectamente definidos (llamados “derechohabientes”) y aquellos que eran sujetos de la acción asistencialista del Estado (a quienes más tarde se les denominó

“población abierta”⁸). Posteriormente se creó el ISSSTE, para atender a los trabajadores del sector público. A esta integración institucional le denominamos en este texto como “*la primera etapa de las instituciones de protección social en salud mexicanas*”. Estas tres instituciones gradualmente fueron ampliando su cobertura, para atender las necesidades surgidas como efecto de la “explosión demográfica” observada en la segunda mitad del siglo xx.

En 1997, el Gobierno Federal creó el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), luego identificado como Oportunidades, el cual fue concebido como un medio de acceso a los derechos a la salud, educación básica y alimentación adecuada. El Programa suponía brindar igualdad de oportunidades y el establecimiento de mejores condiciones para los individuos y sus familias. En mayo de 2003 se publicó oficialmente el Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, mediante el cual se creó el Sistema de Protección Social en Salud, que pretendía ser una

FIGURA 3
EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL POPULAR (SISSP), 2006



⁸ Esta población es conocida popularmente en México como “no derechohabiente”, pues carece de trabajo formal, de servicios públicos y, sobre todo, de servicios para preservar su salud. Actualmente, los trabajadores de la “economía informal” continúan viviendo en su mayoría sin seguridad social.

innovación en el Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual busca extender a toda la población un sistema integrado por tres seguros públicos de salud [18, 19].

En 2006, el Gobierno Federal propone la creación de un Sistema de Seguridad Social Popular (SISSP), con el respaldo de las instituciones de seguridad social preexistentes (IMSS, ISSSTE) más tres instituciones para impulsar dicho sistema: vivienda (CONAFI), alimentación (Oportunidades) y salud (Seguro Popular), tomando como punto de encuentro, de coordinación y racionalización de sus acciones, al Consejo Nacional de Protección Social (véase figura 3). Existe poca información respecto a dicho Consejo; al parecer, tan sólo cumplió su momento de instalación y coordinación efímera, durante el año de su creación.

Sin embargo, el Decreto por el que se reformó y adicionó la Ley General de Salud, permitió que el SNS contara con tres tipos de seguro público de salud, según el segmento de población que se atendía y las fuentes de financiamiento o aportaciones. A esta nueva creación la definimos en este trabajo como “segunda etapa de las instituciones de protección social en salud mexicanas” (véase figura 4).

FIGURA 4
TIPOS DE SEGURO PÚBLICO DE SALUD

Seguros públicos	Aportantes		
Seguro de enfermedades y maternidad del IMSS	Obrero	Patrón	Estado Nacional (cuota social)
Seguro médico del ISSSTE	Empleado	Gobierno Federal	Estado Nacional (cuota social)
Seguro Popular de Salud	Familia	Gobierno Estatal Gobierno Federal	Estado Nacional (cuota social)

PROTECCIÓN AL USUARIO DE SERVICIOS DE SALUD

El Sistema de Protección Social en Salud en México (SPSS) abre una ventana de oportunidad para impulsar la protección de los usuarios del SNS, en el sentido más amplio posible (véase figura 4). México sustenta el principio básico de universalidad de los servicios de salud desde tres dimensiones: Protección financiera, Protección de daños y riesgos, y Protección del usuario. La expresión organizacional de estas tres responsabilidades recae en igual número de Comisiones nacionales: la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), respectivamente [20].

Tanto la CNPSS como la COFEPRIS tienen su apoyo estatal en unidades homólogas que han sido creadas y respaldadas financieramente para impulsar su campo de acción; así mismo, la armonización del trabajo de atención a las controversias médicas se apoya en las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, a partir de la operación desconcentrada del Modelo Único de Arbitraje Médico, y como un mecanismo para fortalecer la universalización



CUADRO 2
OPERACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

	<i>Campo de acción</i>	<i>Nivel federal</i>	<i>Nivel estatal</i>	<i>Instrumento financiero</i>
<i>Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)</i>	Protección financiera	CNPSS	Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPS)	Acuerdo de Coordinación para la ejecución del SPSS
	Protección contra daños y riesgos	COFEPRIS	Comisiones Estatales de Protección contra Riesgos a la Salud	Programa Anual de Trabajo (PAT)
	Protección al usuario	CONAMED	Comisiones Estatales de Arbitraje Médico (CEAM)	Heterogéneo/diversificado

de la calidad de los servicios de salud y seguridad del paciente, así como para el impulso de un posible Sistema Nacional de Atención de Controversias. En este sentido, se identifica que existen instrumentos estatales que soportan el desarrollo de la CNPSS, así como de la COFEPRIS y la CONAMED (véase cuadro 2).

La orientación al usuario agrega una nueva perspectiva con relación a los derechos que de ella derivan, lo cual incluye —por supuesto— a los usuarios, pero también debemos atender las necesidades de los miembros del personal o proveedores de servicios, a quienes se les puede considerar como “usuarios internos”⁹.

Otorgar prioridad máxima al usuario y gestionar los servicios con un enfoque centrado en el paciente, son agentes claves para mejorar la calidad en materia de servicios de salud. Los planificadores, administradores y prestadores de servicios pueden crear y ofrecer aquellos que cumplan con estándares de calidad, y que además traten a los usuarios como ellos desean ser tratados. El hecho de adoptar un enfoque centrado en el usuario suele requerir (e implicar)

⁹ Entre 2000 y 2006, frecuentemente se les llamó “clientes internos y externos” por la influencia en la implantación de sistemas de gestión de calidad que exigen la aplicación de la norma con esas denominaciones. El proceso de atención a la salud es *sui generis*: En su lógica interna, los productos que genera un acto médico se consumen *in situ*, es decir, en el lugar mismo de la atención, por lo que no existe la posibilidad de generar la consulta e implantarla en otro momento. Aquí radica su complejidad, en la interacción humana de prestador-usuario (médico-paciente, respectivamente) bajo un contexto determinado.

un cambio de actitud. Aun cuando tratan de prestar servicios de buena calidad, la mayoría de los médicos y demás miembros del personal de salud han dado por sentado que ellos, en tanto expertos en ese campo, saben lo que más le conviene al paciente o usuario. Al orientarse hacia el usuario, se reconoce que sus inquietudes y preferencias también son válidas e importantes.

Las organizaciones públicas de salud en México, así como las clínicas privadas, históricamente observan al usuario como destinatario pasivo de los servicios o productos. Los directivos se colocan en la cima de la jerarquía de su organización, mientras que el usuario figura en el fondo. Los servicios de salud centrados en el usuario son el tema principal en todo momento de la planeación, implantación y evaluación de la prestación de servicios. Es aquí justamente donde se aplican los derechos humanos expresados en nuestra Constitución. La provisión de servicios no debe ser concebida como una dádiva, sino como un derecho fundamental e inalienable establecido en nuestra Carta Magna.

Por su parte, el usuario es el verdadero experto con respecto a sus propias circunstancias y necesidades durante el proceso salud-enfermedad. El personal de salud debe reunir información sobre los requerimientos de atención para poder crear y ofrecer servicios adecuados a ellas. En este sentido, las preferencias del usuario deben guiar todo aspecto de la prestación de servicios, desde la apertura de servicios clínicos hasta las técnicas de orientación y la toma de decisiones sobre su salud.

No es casual que se hayan establecido los derechos de los pacientes, entre los cuales figuran:

- a) *Recibir atención adecuada.* El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su condición de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando necesita ser referido a otro médico [21, 22].
- b) *Recibir trato digno y respetuoso.* Es el derecho del paciente a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato honorable, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y que ese trato se haga extensivo a los familiares o acompañantes.
- c) *Recibir información* suficiente, clara, oportuna y veraz, referida a que el paciente o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante le brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y com-

previsible; se brinde con oportunidad con el propósito de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente, y que además de ser veraz, se ajuste a la realidad.

- d) *Decidir libremente sobre su atención.* El paciente o en su caso el responsable o tutor, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico/terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales [19, 23].
- e) *Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.* El paciente o en su caso el responsable o tutor, en los supuestos que así lo señale la normativa, tienen el derecho de expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las posibles complicaciones o eventos indeseables que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en que el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de alguna donación de órganos.
- f) *Ser tratado con confidencialidad.* El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.
- g) *Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.* El paciente tiene el derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.
- h) *Recibir atención médica en caso de urgencia.* Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a ser atendido urgentemente por un médico, en cualquier establecimiento de salud, ya sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.
- i) *Contar con un expediente clínico.* El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba, sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa, en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable; y cuan-

do así lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

- j) *Ser atendido cuando se inconforme* por la atención médica recibida. El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de los servidores públicos o privados. Así mismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

Lo anterior le da poder de decisión a los usuarios de servicios de salud y con información pueden evaluar las habilidades y conocimientos especializados para tomar decisiones informadas y garantizar, en la medida de sus posibilidades, su seguridad ante los procesos de atención a la salud. Esto es lo que podríamos llamar el *empowerment* o “empoderamiento” del paciente, que es una forma de aproximarse a una simetría en la relación médico-paciente y además está considerado como una estrategia de salud pública, útil para reducir la inequidad en esta materia [24].

La expresión específica de ese empoderamiento se presenta, por ejemplo, cuando una usuaria debe elegir su propio método anticonceptivo, basándose en sus planes para procrear, en su situación personal y en sus preferencias individuales (edad, ideología, religión, costumbres, entre otras). Esto podrá realizarlo sólo después de que un profesional de la salud le haya proporcionado información sobre la gama de métodos disponibles y las ventajas y desventajas del método seleccionado por ella. Es hasta entonces que esa mujer estará en posibilidad de tomar una decisión correctamente informada.

Enfocarse en el usuario significa que los prestadores de servicios (en palabras de una enfermera) “[...] nos pongamos en el lugar del usuario y lo atendamos como si se tratara de uno mismo”. De hecho, en los servicios de salud mexicanos, una de las formas más eficaces para el cambio de actitudes de los prestadores de servicios consiste en pedirles que reflexionen sobre sus propias experiencias al recurrir a los servicios de salud.

No obstante, el enfoque al usuario no está libre de los riesgos que ha mantenido de forma intrínseca el Sistema de Salud Mexicano. En ese proceso, los diseñadores del proyecto han reconocido imprevistos que los han obligado a realizar ajustes en la organización y funcionamiento del Sistema de Protección Social en Salud, sobre todo en la fase de implantación del proyecto en estados y municipios. Por otra parte, hay una creciente conciencia del personal de salud en el sentido de que los gremios pueden ser un factor decisivo y una fuerza muy importante para revertir el proceso, y apostar a una reforma que resuelva estos asuntos con un sentido distinto.

Si bien el enfoque al usuario fue impulsado primero en el sector privado y luego en el sector público (para así obtener mayor espacio en el mercado y generar más riqueza como consecuencia de una mayor venta de servicios y productos), lo cierto es que hoy, dicho enfoque es muy útil como estrategia para mejorar la protección del usuario de servicios públicos sin fines de lucro. Nadie puede negar que las instituciones públicas tienen como responsabilidad y prioridad, proporcionar servicios de calidad a la ciudadanía, que es quien finalmente paga de manera directa o indirecta por estos servicios. Hoy día, el enfoque al usuario es uno de los requisitos de todo sistema de gestión de calidad, y especialmente debe serlo para los sistemas de gestión de calidad en salud.

REFLEXIONES FINALES

Al igual que la humanidad en su travesía histórica y en sus formas de crecimiento y organización, la lucha por los derechos humanos ha tenido una clara determinación e impulso de los movimientos sociales que cambian el rumbo de la historia (revoluciones independentistas y guerras mundiales). Es rescatable el hecho de que en las civilizaciones antiguas, en códigos y códigos que delimitaban las organizaciones al servicio de los hombres, ya se hacía referencia al respeto a los seres humanos por el simple hecho de pertenecer a esta especie (como ejemplos clásicos podemos citar el Código de Hammurabi, la Biblia y el Código Vadiano en México). Sin embargo, los autores y estudiosos del tema reconocen que es en la Constitución de los Estados Unidos de América donde se habla claramente de los derechos humanos, convirtiéndose este documento en la primera referencia jurídica que reconoce esos derechos.

La evolución de estos derechos ha dependido de dos factores clave: La presión que la sociedad ha ejercido en la defensa de su dignidad y de los derechos inalienables, y el papel del Estado ante estos procesos. Si bien la taxonomía de primera, segunda y tercera generaciones de los derechos humanos es una propuesta que busca ordenar y sistematizar los determinantes y condicionantes históricos y sociales sobre los derechos humanos, también es cierto que puede ser útil para identificar/evaluar el grado de desarrollo de los países a partir del tipo de derechos humanos legislados e implementados.

En México, el respeto a los derechos humanos de última generación y a la salud se manifiesta como política pública en la creación de un Sistema de Protección Social en 2004; sin embargo, su desarrollo aún es insuficiente, ya que los actores políticos y las instancias involucradas se han orientado prin-

principalmente a estructurar y concertar la propuesta política, lo cual (aunque es necesario) no resulta suficiente para avanzar realmente en la protección del usuario de los servicios de salud, para protegerlo de los efectos de la globalización y las repercusiones de la tendencia al libre mercado en los servicios de salud, en los que se involucran voluntaria o involuntariamente los proveedores o prestadores de servicios de salud¹⁰.

No obstante, la iniciativa del SPSS es sin duda una ventana de oportunidad para abordar e impulsar la protección al usuario del sistema de salud en el sentido más amplio posible [24]. Este abordaje ha quedado expresado en la propuesta de avance del SNS para el 2007-2012, donde la protección a la salud de la población se sustenta en el principio básico de universalidad desde tres dimensiones: Protección financiera, Protección de daños y riesgos, y Protección del usuario. En la operacionalización del sistema, sin duda tendrán un papel relevante las Comisiones Nacionales de Protección Social en Salud (CNPSS), la COFEPRIS y la CONAMED. Su papel e influencia deberán ser analizados más adelante en otros trabajos.

El enfoque de protección social en salud y específicamente el referido al usuario de estos servicios, es crucial para la orientación orgánica-funcional del SNS porque provee la base para la toma de decisiones informadas; ello resulta esencial en la prestación de servicios de buena calidad. Muchos médicos o prestadores de servicios creen saber lo que más les conviene a sus usuarios sólo porque tienen más pericia y mayor grado de educación formal, o por pertenecer a un estrato socioeconómico más alto que sus usuarios/pacientes (posiblemente hasta dudan de la capacidad del usuario para tomar decisiones). Por ello, muchos médicos controlan las sesiones de orientación; hacen preguntas y dan instrucciones. Como resultado, los prestadores de servicios no aprenden mucho sobre la situación real de sus pacientes y pueden tomar decisiones inadecuadas o equívocas.

En cambio, la orientación centrada en el usuario exige que los prestadores de servicios respeten el conocimiento acerca de su propia situación y que usen su pericia profesional para ayudar a los pacientes a tomar decisiones bien informadas. El desafío de estos derechos radica en que tanto los prestadores de servicios como los usuarios, cuenten con toda la información y las instrucciones, en forma horizontal en vez de vertical o jerárquica, de manera que cada uno contribuya al fortalecimiento de estos derechos.

¹⁰ El conocido Programa para el Desarrollo del Sistema de Protección Social en México incluía al INFONAVIT para el asunto de la vivienda, a la Secretaría de Desarrollo Social para apoyar la alimentación, y a la Secretaría de Salud para impulsar la aceptación del Seguro Popular. La Secretaría de Salud logró llevarlo al rango de Ley al crear en 2004 lo que ahora conocemos (y ya referimos) como SPSS.

REFERENCIAS

1. Díaz Revorio, F. J., “Tribunal constitucional y derechos constitucionales no escritos”, en E. Espín Templado y F. J. Díaz Revorio (coords.), *La justicia constitucional en el Estado democrático*, Valencia, Edit. Tirant lo Blanch, 2000, p. 231.
2. Ezquiaga Ganuzas, F. J., *La argumentación en la Justicia Constitucional y otros problemas de aplicación e interpretación del Derecho*, México, Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, 2006, p. 526.
3. Espín Templado, E., *Lecciones de Derecho Político*, Valencia, Edit. Tirant lo Blanch, 1994.
4. Prieto Sanchís, L., *Justicia constitucional y derechos fundamentales*, Madrid, Edit. Trotta, 2003.
5. Coello Garcés, C., *Justicia constitucional y derechos humanos no escritos. Anuario de ponencias de la Suprema Corte de Justicia de la Nación*, México, SCJN (en prensa).
6. “Evaluación del desempeño en Instituciones Electorales: el caso del Servicio Profesional Electoral”, en J. L. Méndez Martínez y U. Raich Portman (coords.), *Evaluación del desempeño y Servicio Civil de Carrera en la administración pública y los organismos electorales*, México, IFE-INAP, 2000, p. 41.
7. Coello Garcés, C., “Derechos humanos y acciones afirmativas en el Servicio Profesional de Carrera”, *Revista Servicio Profesional de Carrera*, México, 2007, vol. IV, p. 114.
8. Nikken, P., “El concepto de derechos humanos”, en *Estudio de Derechos Humanos*, t. I, San José de Costa Rica, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 1996, pp. 15-27.
9. Vallespín, F., “El Estado liberal”, en *Manual de ciencia política*, Madrid, Edit. Trotta, 2006, pp. 53-80.
10. Rivero, A., “Más allá del pensamiento único: los liberalismos”, en *Las ideas políticas en el siglo XXI*, Barcelona, Edit. Ariel, col. Ciencia Política, 2002, pp. 103-14.
11. Ortega Martínez, J., “Sociedad de la información y derechos humanos de la cuarta generación. Un desafío inmediato para el derecho constitucional”, en *Derecho Constitucional. Memoria del Congreso de Culturas y Sistemas Jurídicos Comparados*, México, 2004, pp. 663-84.
12. Documento electrónico disponible en el sitio de Internet <http://www.fao.org/righttofood/kc>
13. Schulte, B., *Iniciativas de la AISS. Investigaciones y puntos de vista*, Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), Max Plank Institute for Foreign and International Social Law, 2004, núm. 16, agosto.

14. Medina Peña, L., *Hacia el nuevo estado. México, 1920-1994*, México, FCE, 2ª edición, 1995, pp. 301-3.
15. OPS/OMS, *La exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*, Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2003.
16. Roberts, S. *et al.*, “La evaluación de la falta de cobertura”, *Iniciativas de la AISS. Investigaciones y puntos de vista*, núm. 1, abril, 2004.
17. Gobierno del Distrito Federal y OPS/OMS, *La exclusión social en salud en el Distrito Federal. Caracterización. Informe final*, México, GDF, 2004.
18. DOF, “Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, mediante el cual se crea el Sistema de Protección Social en Salud”, 15 de mayo, 2003.
19. SSA, *Ley General de Salud*, México, Edit. Porrúa, 2004.
20. SSA, *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, México, SSA, 2007.
21. *Ley General de Salud*, arts. 51 y 89.
22. “Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica”, arts. 21 y 48.
23. “Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente”, 9 de enero de 1995, apartado C del punto núm. 10.
24. OMS, Oficina Regional para Europa, *Health Evidence Network. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*, Ginebra, OMS, febrero, 2006.
25. Salgado Ledesma, E., *Defensa de usuarios y consumidores*, México, Edit. Porrúa, 2007, pp. 169-70.

Modelo de atención de inconformidades por la atención médica

Germán E. Fajardo Dolci
José Meljem Moctezuma
Francisco Hernández Torres
Javier Santacruz Varela
María Teresa Aguilar Romero
Ricardo Martínez Molina
Álvaro Luis Vázquez Palomares
Arturo Valdés Álvarez

INTRODUCCIÓN

La queja médica es un proceso que se ha suscitado desde que aparece en las culturas la relación médico-paciente; desde que existen enfermos y personajes que se dedican a tratarlos y quizás (lo más importante para el proceso que vamos a exponer) desde que se da la oportunidad de que el paciente externe sus dudas y reclamos por aquello que interpreta o percibe como maltrato o como resultado inadecuado, inapropiado, errático o negligente del acto médico, lo cual puede estar fundado y motivado.

Este proceso ha tenido profundas transformaciones en el transcurso del tiempo, dependiendo de variables como: usos y costumbres que privaban en el manejo de la enfermedad y los enfermos, nivel de información de los pacientes sobre el proceso salud-enfermedad, y el papel del médico o curandero que le es adjudicado por la comunidad. Entre otras, de ahí emana el poder relativo o absoluto que se le infiere.

La manifestación de la insatisfacción de los pacientes por la atención médica recibida y el producto de ello, mostrado a partir de las quejas y demandas, se ha hecho más evidente a raíz de la concepción de los Derechos Humanos y la generación y difusión de cartas sobre derechos de los pacientes. Entre los antecedentes internacionales se encontró que en 1973 se pu-

blicó la *Carta de Derechos de los Enfermos* por la Asociación Americana de Hospitales¹ y en México, en 2001 se presentó a la sociedad la *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes*².

De acuerdo con Ribera y Caneparo³, cualquier resultado negativo en el ejercicio médico puede constituir una mala praxis. Parece que la expresión de quejas e interposición de demandas, es cada vez más común en todos los campos de la Medicina. En sólo pocos años, se ha pasado de la «fe ciega» que el paciente depositaba en el médico al que respetaba y casi veneraba, al «cuestionamiento» frecuente del quehacer médico. Quizá esto tenga alguna relación con el cambio producido en la sociedad y la atención que en ella se presta a la enfermedad.

En el contexto internacional se iniciaba, en los países desarrollados, un movimiento moderno de calidad en salud y seguridad del paciente con investigaciones serias sobre los eventos adversos en Medicina, y se planteaban aspectos tales como:

- La falta de conciencia de los profesionales de la salud acerca del error, matizada por una parte con una aceptación implícita del mismo, y por la otra, con una incapacidad para reconocerlo y tratarlo abiertamente, motivada en parte por el temor a los litigios, en contra de una postura más benéfica de lograr aprendizajes y mejoras significativas a partir de esos errores en beneficio de los pacientes y de los mismos profesionales de la salud.
- La necesidad de enfocar los esfuerzos no sólo en mantener altos estándares de desempeño, sino en mejorar los sistemas y el medio ambiente de los servicios de salud.
- La necesidad de que los gobiernos apoyaran, política y financieramente, las mejoras en la seguridad del paciente como el elemento más importante de la calidad de la atención⁴.
- En 1983, McIntyre y Popper plantearon la necesidad de una nueva ética de los profesionales de la salud que impulsara una actitud auto-

¹ Trejo M., Carlos, “Los derechos humanos y sus vinculaciones con los derechos del paciente”, *Revista Médica de Chile*, 2000, vol. 128, núm. 12, Santiago, diciembre.

² CONAMED, “Carta de los Derechos Generales de los pacientes”, <http://www.conamed.gob.mx>.

³ Ribera, G. y R. Caneparo, “Mala Praxis Médica”, ponencia presentada en el Primer Congreso Latinoamericano de Derecho a la Salud, México, 2001.

⁴ DOF, “Decreto de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)”, México, publicado el 3 de junio, 1996.

crítica para reconocer, registrar, analizar y prevenir los errores, con un enfoque educativo y práctico hacia la mejora y no al castigo⁵.

- Los estadounidenses estudiaban el crecimiento acelerado de la Medicina defensiva, entendida como la ejecución de procedimientos o la evasión de aquellos que implican alto riesgo, con el fin de reducir la responsabilidad civil por mala práctica⁶.

En México, desde mediados del decenio de 1990-1999, se inicia en el Sector Salud una etapa de consolidación de estructuras e instituciones relacionadas con la calidad de los servicios de salud, como una consecuencia de los esfuerzos permanentes del Estado para garantizar el derecho a la salud.

En el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, se hacía referencia a la necesidad de “mejorar la calidad de los servicios médicos a través de la reestructuración de las instituciones, así como atender las legítimas demandas de los usuarios para que los servicios operen con mayor calidad y eficiencia”⁷.

En particular, dentro de la Secretaría de Salud (SSA), en esa época se destaca:

- La reorganización del Consejo Nacional de Salud con la participación de los titulares federal y estatales de los servicios de salud para orientar, dirigir y evaluar las políticas sanitarias, en particular las dirigidas a la población sin seguridad social. Dicho cuerpo colegiado retoma, entre otras líneas iniciales de trabajo, un tema de especial importancia como es el de la calidad de la atención médica.
- El esfuerzo del Consejo de Salubridad General, dirigido a la certificación de hospitales.
- La creación en 1997, de la Dirección de Calidad de la Atención Médica en el seno de la entonces Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, como un área específica para impulsar la calidad en los servicios estatales.

⁵ Smallwood, R. A., “Learning from adverse events”, *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, vol. 12, núm. 5, pp. 359-361.

⁶ McIntyre McIntyre, Neil y Karl Popper, “The critical attitude in medicine: the need for a new ethics”, *British Medical Journal*, 1983, vol. 287, pp. 1919-23.

⁷ SSA, *Programa de Acción: Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud*, México, SSA, 2002.

En el ámbito sectorial, el IMSS desarrolló su Plan Integral de Calidad (PIC) y el *Premio IMSS de Calidad*⁸.

Es en este escenario que surge por Decreto Presidencial publicado en el *Diario Oficial de la Federación (DOF)* el 3 de junio de 1996, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), como organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud de México y con plena autonomía técnica para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos, con el objeto de contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios con mecanismos que, sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales en la solución de conflictos, contribuyan a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos; garantizando a los usuarios y prestadores de servicios médicos, la imparcialidad en el análisis, dictamen y resolución en las controversias⁹.

La materia prima del proceso de arbitraje médico es la *queja médica*, que se define como la: “petición a través de la cual una persona física por su propio interés o en defensa del derecho de un tercero, solicita la intermediación en razón de impugnar la negativa de servicio médico o la irregularidad en su prestación”¹⁰.

Cuando se gesta una queja médica, los usuarios tienen la posibilidad de interponerla en la vía administrativa (órganos internos de control, oficinas de atención al derechohabiente), civil (tribunales civiles) o penal (Ministerios Públicos, procuradurías de justicia); o por la vía alterna de carácter administrativo —equiparable a la vía civil— en donde se ubican las Comisiones de Derechos Humanos, y las Comisiones de Arbitraje Médico, como instituciones especializadas para atender la queja médica en México.

¿Qué papel desempeña el análisis de las quejas médicas, como insumo para la mejora continua de los servicios de salud? Este análisis se constituye como elemento fundamental para orientar las acciones de calidad de la atención y de seguridad de los pacientes, en un entorno en el que las tendencias mundiales del comportamiento social influyen en la relación médico-paciente hacia la Medicina defensiva y el aumento de costos.

⁸ Ruelas, B., “La seguridad de los pacientes”, *Revista CONAMED*, 2005, vol. 11, núm. 4, octubre-diciembre.

⁹ CONAMED, *op. cit.*

¹⁰ *DOF*, “Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la CONAMED”, México, publicado el 25 de julio, 2007.

El análisis de la queja médica por la vía alterna se puede abordar en tres modelos: *a)* un modelo de arbitraje médico; *b)* un modelo de atención a la salud; y *c)* un modelo epidemiológico.

El modelo del arbitraje médico, que será tratado en este capítulo, debe cumplir requisitos como:¹¹

- La aceptación expresa de las partes involucradas.
- Que el quejoso no tenga, como única pretensión, la sanción penal hacia el médico.
- Que no sea materia laboral.
- En caso de existir averiguación previa o procedimiento civil, por derecho de petición puede aceptarse la queja (probablemente se le solicite renunciar a esa vía, en beneficio de la conciliación o el arbitraje).
- Si tienen pretensión(es) conciliable(s) y cuenta con procedimiento en la vía penal, se acepta la queja y se sustancia en ese sentido la inconformidad por la atención médica.

Lo anterior se debe a que la acción de las Comisiones de arbitraje médico se limita al ámbito civil y cuando se demuestra mala práctica médica, la reparación del daño puede ser económica.

NATURALEZA

Las controversias entre proveedores de servicios y quienes los utilizan, son un aspecto común en diferentes campos de la actividad humana. Las partes en conflicto y principalmente los consumidores o usuarios de los servicios, tienen como ya se mencionó, alternativas administrativas, civiles o penales para resolverlas. La solución de controversias por mecanismos alternos, es una práctica tradicional en los procesos mercantiles y en general, en los procesos relacionados con la compraventa de bienes y servicios. Existen tres mecanismos alternos de solución de controversias por las vías no penales, uno de ellos es la mediación, otro la conciliación y por último, el arbitraje.

La mediación, es un procedimiento en el que un tercero neutral actúa como mediador y ayuda a las partes a solucionar su controversia de manera mutuamente satisfactoria, lo que se formaliza mediante un contrato. Entre sus características principales se encuentra que es un procedimiento eficaz

¹¹ CONAMED, *op. cit.*

y económico para lograr la solución de una controversia y en ocasiones, incluso mejora la relación entre las partes en conflicto. Otra de ellas es que no es un procedimiento obligatorio y que es controlado por las partes, es decir, en una mediación no se puede imponer una decisión a las partes. A diferencia del árbitro o juez del arbitraje, el mediador no toma decisiones ni decide por las partes en conflicto, ya que su función consiste en ayudar a que las partes lleguen a un acuerdo sobre la solución de la controversia.

Aún cuando las partes hayan decidido someter una controversia a la mediación, no están obligadas a continuar con el procedimiento si consideran que éste va en contra de sus intereses. El carácter confidencial de la mediación permite a las partes a negociar de manera más libre y productiva, sin temor a la publicidad. Otra de las características de la mediación es que se trata de un procedimiento basado en los intereses de las partes, pues éstas se guían por sus intereses y deciden libremente el resultado, pensando en el futuro de su relación y no sólo en la conducta que previamente hayan tenido.

Un procedimiento similar a la mediación, es la conciliación. En derecho, se le identifica como un medio alternativo de resolución de conflictos legales, a través del cual las partes resuelven directamente una controversia con la intervención o colaboración de un tercero, es decir, en esencia se trata de un procedimiento de negociación asistida por un tercero. Desde el punto de vista del Derecho, existen dos modalidades de conciliación: la conciliación prejudicial, que es un medio alternativo al proceso judicial en el que las partes resuelven su conflicto mediante un acuerdo de tipo transaccional, es decir, homologable a una transacción, sin tener que recurrir a un juicio y con la ayuda de un tercero que puede ser cualquier persona. La otra modalidad es la conciliación judicial, cuando la controversia se resuelve mediante una sentencia y a través de un proceso judicial con la intervención de un tercero que es un juez.

El arbitraje es un procedimiento mediante el cual se somete una controversia, por acuerdo de las partes, ante un árbitro o ante un tribunal formado por varios árbitros, el cual dicta una decisión sobre la controversia, que es inapelable y obligatoria para las partes, dado que antes de iniciar el arbitraje las partes aceptaron por consenso un compromiso arbitral.

Desde la perspectiva jurídica, el arbitraje (del latín *arbitratus*) es una forma heterocompositiva de solucionar un litigio, con la intervención de un tercero imparcial, un juez privado o varios, generalmente designado por las partes en conflicto, siguiendo un procedimiento que aunque regulado por

una Ley adjetiva, tiene un ritual menos severo que el proceso judicial. La resolución por la que se manifiesta el arreglo se denomina laudo¹².

En términos generales, el arbitraje tiene tres atributos que lo caracterizan, uno de ellos es del consenso y los otros dos son la neutralidad y la confidencialidad. El arbitraje es consensual toda vez que únicamente puede tener lugar si las partes en conflicto lo aceptan, pero una vez aceptado, ninguna de las partes se puede retirar de manera unilateral. El arbitraje es neutral ya que garantiza que ninguna de las partes en conflicto tenga ventajas respecto de la otra. Finalmente, el arbitraje es confidencial ya que se restringe el acceso a la información así como a la divulgación del proceso y el laudo.

Algunas áreas específicas de la actividad humana cuentan con organismos especializados para resolver sus controversias, tal es el caso del Centro de Mediación y Arbitraje (*Arbitration and Mediation Center*) del Organismo Mundial de la Propiedad Intelectual. En este caso, cada una de las partes en conflicto selecciona a un árbitro y posteriormente, los dos árbitros seleccionados escogen a un tercero, que por lo general actúa como Presidente del tribunal. En otras ocasiones, es el Centro de Mediación y Arbitraje quien elige directamente a los miembros del tribunal que dictaminarán sobre la controversia.

Así, la mediación, la conciliación y el arbitraje, son mecanismos para la resolución alternativa de los conflictos que la sociedad ha desarrollado, sin recurrir a la fuerza, a la justicia institucional tradicional u ordinaria, o a que los resuelva un juez. Estos mecanismos en general poseen las características siguientes:

- Hacen posible la solución de conflictos al margen de los tribunales.
- Reducen el costo y la dilación con relación al proceso judicial.
- Previenen conflictos jurídicos que de otra forma serían llevados a los tribunales.
- Incrementan la calidad del resultado final de la resolución del conflicto.
- Contribuyen con el Estado a la solución de conflictos.
- Propugnan una cultura de paz, neutralizando el litigio y la secuela de violencia.
- Fortalecen la democracia participativa, como medio para solucionar controversias.

¹² Instituto de Investigaciones Jurídicas/UNAM, *Diccionario Jurídico Mexicano*, tomo A-CH, 10ª edición, México, 1997, pp. 198-206.

Dentro de su esencia, es indispensable determinar los conceptos de: *a)* Cláusula compromisoria y *b)* Compromiso Arbitral; por ello, entenderemos a la primera como el apartado de un contrato en virtud del que las partes estipulan que en caso de surgir una contienda, su arreglo será mediante el arbitraje, sin embargo existe otro punto de vista en el que se señala que esta es la cláusula a partir de la cual se identifica el compromiso en el arbitraje futuro; la segunda es el acuerdo pactado entre las partes.

Otros elementos importantes que deben distinguirse en el proceso arbitral conforme a las disposiciones legales, son los árbitros particulares designados por las partes contendientes, o bien, el juez público ante la falta de acuerdos. También se distinguen entre árbitros de derecho y los arbitradores o amigables componedores que emiten su resolución en conciencia (el de los primeros se denomina laudo, el de los segundos, veredicto o dictamen).

El procedimiento del arbitraje reviste ciertas ritualidades; así, partes y árbitro seguirán plazos y formas establecidas para los tribunales; los árbitros siempre estarán obligados a recibir pruebas y oír alegatos, si cualquiera de las partes lo pidiere, o no hubieran convenido otra cosa¹³.

PROPÓSITO

Dado que la naturaleza y principios del arbitraje y la mediación antes descritos, son aplicables a prácticamente todos los campos de la actividad humana, éstos se han transportado de manera oficial desde 1996 en el Sistema Nacional de Salud Mexicano, al crearse la CONAMED y con el fin de contribuir a resolver las controversias que surgen como resultado de irregularidades en la atención médica, percibidas por los pacientes o sus familiares, como una medida de protección al usuario. Desde esa perspectiva, el arbitraje médico es un procedimiento que contribuye a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de los mismos y con esto, a tutelar el derecho a la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en el territorio nacional; y forma parte de uno de los tres pilares en los que se sustenta el Sistema Nacional de Protección Social en Salud, siendo los otros dos el de la protección contra riesgos sanitarios (operado por la Comisión Federal contra Riesgos Sanitarios, COFEPRIS) y el de la protección financiera (operado por el Seguro Popular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, CNPSS).

¹³ *Op. cit.*

La necesidad de contar con un medio alternativo de solución de controversias en el ámbito médico es de suma importancia, ya que su propósito principal se realiza en una forma amistosa y sin que la relación médico-paciente se deteriore todavía más, como ocurre con frecuencia con los medios judiciales y el litigio.

Tal como lo establece el Reglamento de Procedimientos de la CONAMED, el modelo del proceso arbitral se inicia con la presentación y admisión de una queja presentada por el paciente, un familiar o un representante o apoderado y tiene dos etapas, la conciliatoria y la decisoria. En la primera, se estimula a las partes a llegar a una solución pacífica mediante un acuerdo de conciliación; en la segunda etapa, las partes aceptan que sea la CONAMED la que emita un laudo que resuelva la controversia.

La construcción y aplicación de un modelo de arbitraje médico es de vital importancia no sólo para las partes en conflicto, sino para la sociedad en general, ya que permite recopilar información sobre el origen y solución de las controversias, con el fin de analizarlas, medir su impacto y sugerir cambios en el sistema de salud, así como en la formación y educación continua de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud. Por otra parte, los contendientes pueden resolver sus diferencias en forma amistosa y sin la necesidad de tener que recurrir a procedimientos como el arbitraje o el litigio¹⁴.



¹⁴ González de Cossío, Francisco, *Arbitraje*, México, Edit. Porrúa, 2004, pp. 25-53.

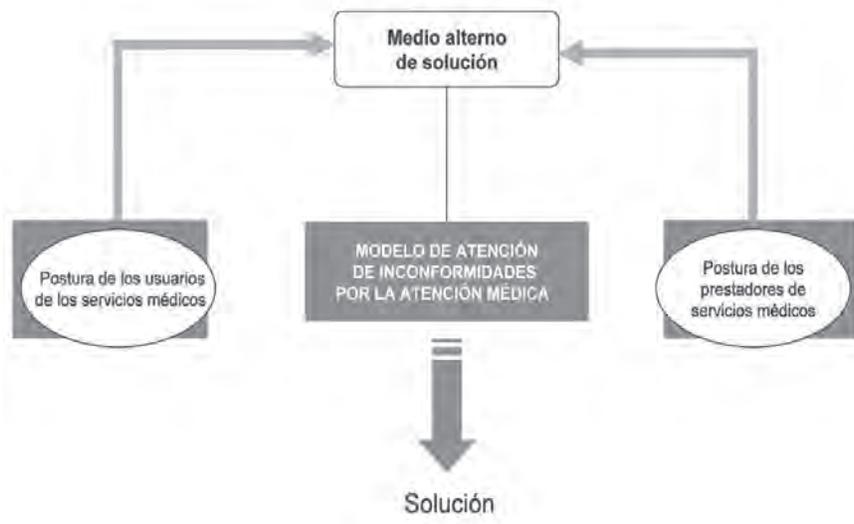


Figura 1. Solución de conflictos a través de medios alternos.

Mediante la Conciliación, se buscará la avenencia y de no ocurrir ésta, se propondrá la resolución mediante el arbitraje. En la Mediación se buscará generar circunstancias para que las partes lleguen a un resultado que convenga a ambas¹⁵ y además muy probablemente en un tiempo muy corto y bajo la postura de ganar-ganar.

MISIÓN

La misión del arbitraje médico debe estar encaminada a solucionar las controversias entre usuarios y prestadores de servicios de salud a través de los procedimientos que tenga instrumentados y en estricto apego a derecho, así como a promover la prestación de los servicios médicos con calidad y seguridad para el paciente.

VISIÓN

Ser un mecanismo eficaz para resolver controversias en el campo de la atención médica que contribuya además de garantizar la seguridad de los usua-

¹⁵ *Op. cit.*

rios de los servicios públicos y privados, a generar también políticas y lineamientos que fortalezcan el arbitraje médico como medio alternativo y sea reconocido en el ámbito nacional e internacional por la sociedad.

OBJETIVOS

Contribuir a la resolución de controversias derivadas de la relación médico-paciente en un ambiente amigable y de buena fe.

Garantizar a los usuarios y prestadores de servicios médicos, la imparcialidad en el análisis, dictamen y resolución de las controversias que conozca, y la seguridad de los datos manejados.

Recibir quejas, investigar las presuntas irregularidades en la prestación o negativa de prestación de servicios médicos y emitir opiniones, acuerdos y laudos para responder a los legítimos reclamos de los actores de la relación que genera la prestación de servicios médicos.

POLÍTICAS

El modelo de arbitraje médico es una propuesta teórico-práctica que se pone a disposición de la sociedad mexicana, como mecanismo alternativo para contribuir a resolver las controversias en el campo de la atención médica de instituciones públicas o privadas, sin detrimento de que se pueda recurrir a las instancias judiciales.

En su operación, debe reunir y analizar el conocimiento que permita elaborar recomendaciones y opiniones técnicas para coadyuvar en la mejora continua de los servicios de salud y promover la seguridad del paciente.

Debe guardar reserva de los asuntos que se tramiten. Por igual, respetar los documentos públicos o privados que formen parte de los expedientes formados, derivado de los servicios otorgados.

Las partes deberán guardar confidencialidad durante el proceso arbitral. Al efecto, se otorgarán los instrumentos y cláusulas correspondientes.

En caso de no ser entregada la documentación por parte del prestador de servicios, el hecho facultará a la organización para emitir una opinión técnica cuando lo estime pertinente.

ESTRATEGIAS

Crear un plan de difusión de los objetivos, atribuciones, alcances, servicios y bondades del procedimiento arbitral médico.

Contar con un programa de medición y análisis de la información captada en los servicios, que permita la emisión de recomendaciones de mejora en la atención médica y coadyuve a la seguridad del paciente, así como la emisión de opiniones técnicas.

Difundir el conocimiento de la organización mediante la utilización de los medios especializados que permitan a los prestadores de servicio, mejorar sus procesos de atención médica y a las instituciones, reconocer mediante instrumentos administrativos las mejoras pertinentes encaminadas a optimizar la atención y cobertura del servicio.

FUNCIONES Y ATRIBUCIONES¹⁶

1. Recibir toda la información y pruebas que aporten los prestadores de servicios médicos y los usuarios, en relación con las quejas planteadas y, en su caso, requerir aquellas otras que sean necesarias para dilucidar tales quejas, así como practicar las diligencias que correspondan, sin perjuicio de las instancias judiciales.
2. Garantizar el derecho a la protección de los datos y respetar los documentos públicos o privados que formen parte de los expedientes de quejas formados, para lo cual deberá establecer los instrumentos y cláusulas correspondientes que aseguren la confidencialidad de la información durante el proceso arbitral.
3. Resolver de manera pacífica (en conciliación) los conflictos derivados de la prestación de servicios médicos por alguna de las siguientes causas:
 - a) Probables actos u omisiones derivadas de la prestación del servicio;
 - b) Probables casos de irregularidades en la atención médica con consecuencia sobre la salud del usuario.

¹⁶ DOF, "Decreto de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)", México, publicado el 3 de junio, 1996.

4. Fungir como árbitro y pronunciar los laudos que correspondan cuando las partes no se concilien y se sometan expresamente al arbitraje.
5. Emitir opiniones sobre las quejas de que conozca, así como intervenir de oficio en cualquier otra cuestión que se considere de interés general en la esfera de su competencia, que generen conocimiento estratégico que permita la elaboración de opiniones técnicas y recomendaciones para coadyuvar en la mejora continua de los servicios de salud
6. Hacer del conocimiento de las autoridades competentes, y de los Colegios, Academias, Asociaciones y Consejos de médicos, así como de los Comités de Ética u otros similares, la negativa expresa o tácita de los prestadores de servicios, de proporcionar la información que le hubiere solicitado el árbitro. Así mismo, informar del incumplimiento por parte de los citados prestadores de servicios, de sus resoluciones, de cualquier irregularidad que se detecte y de hechos que, en su caso, pudieran llegar a constituir la comisión de algún ilícito.
7. Elaborar dictámenes o peritajes médicos que le sean solicitados por las autoridades encargadas de la procuración y administración de justicia.
8. Convenir con instituciones, organismos y organizaciones públicas y privadas, acciones de coordinación y concertación que le permitan cumplir con sus funciones.

VALORES QUE DEBE OBSERVAR EL ÁRBITRO MÉDICO

Dado el concepto jurídico y los alcances del arbitraje y sus manifestaciones, es importante que quien se encargue de la atención de las inconformidades derivadas de la atención médica, observe principios loables basados en la teoría de valores (axiología) que permitan depurar su conducta. Entre los principios sugeridos se encuentran: la Autonomía, el Bien común, la Integridad, Honradez, Imparcialidad, Legalidad, Justicia, Confidencialidad, Respeto, Igualdad, Transparencia y Rendición de cuentas.

OPERACIÓN DEL MODELO DE ARBITRAJE MÉDICO

Aspectos generales

Desde su origen, la CONAMED decidió implementar un modelo de atención basado en varias etapas, con el propósito de atender eficazmente las consultas planteadas por la ciudadanía. Ha sido objeto de revisión permanente en busca de nuevas y mejores formas de atención a los usuarios. En 2001 se presentó el “Programa de Acción: Consolidación del Arbitraje Médico”, en el que se establecieron los objetivos y estrategias para fijar un modelo único y homologado de atención de inconformidades¹⁷. En 2007-2008 se lleva a cabo la reingeniería de los procesos establecidos, y se define un nuevo esquema de atención compuesto por elementos de: calidez, respeto a la dignidad y confidencialidad, lo que genera un valor agregado a la función¹⁸.

En la práctica, tanto en la CONAMED como en sus homólogas en los estados, el modelo de atención de inconformidades por la atención médica está compuesto por etapas dinámicas en las que dependiendo de la naturaleza de la problemática planteada por el usuario, se decide el servicio que permita plantear la solución o recepción de la inconformidad.

El modelo está centrado en el usuario, pero sin perder de vista que en realidad, a partir del modelo se atiende a dos tipos de clientes; el usuario de los servicios de salud y el prestador de los mismos, cuya participación es fundamental para que el modelo funcione. La sola presencia de uno de ellos lo hace inoperante, ya que rompe la esencia misma del modelo que es contribuir a resolver controversias entre partes en conflicto.

Si bien es el usuario de los servicios quien desencadena el proceso de atención del modelo, los servicios comprendidos en dicho modelo se deben prestar de acuerdo a los valores que lo sustentan. Ello significa que el modelo de atención de la CONAMED no puede desempeñarse como si fuera un abogado de quien presenta la queja, sino que el personal a cargo de la operación del modelo tiene que actuar con la imparcialidad y autonomía suficientes para facilitar sin prejuicios ni sesgos la conciliación entre las partes, y en su caso, actuar como árbitro dictaminador, con estricto apego a

¹⁷ SSA, *Programa de Acción: Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud*, México, SSA, 2002. Destacan dos líneas de acción:

a) Unificar criterios operativos, normalizar y documentar todos los procedimientos, y

b) Asegurar una atención estandarizada e integral.

¹⁸ CONAMED, *Informe anual de actividades 2008*, México, CONAMED, 2009.

los principios que rigen el ejercicio de la práctica médica y tomando como referencia los marcos que la regulan (ordenamientos legales).

El modelo ha permitido ofrecer servicios distintos para la atención de las inconformidades por la prestación de servicios: entre junio de 1996 y diciembre de 2010, la CONAMED brindó 136,381 orientaciones y 46,584 asesorías especializadas, así como también realizó 8,876 gestiones inmediatas con instituciones médicas y concluyó 22,667 quejas y 5,848 asuntos relacionados con la petición de un dictamen¹⁹. Producto del análisis de las quejas, principalmente han favorecido la elaboración y difusión de recomendaciones generales y específicas para la mejora de la práctica médica en diversas disciplinas.

El ejercicio del modelo de arbitraje médico en México, debe observar los siguientes ordenamientos legales²⁰:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley General de Salud
- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos
- Ley Reglamentaria del artículo 5º Constitucional en materia de profesiones para el Distrito Federal
- Ley Federal del Trabajo
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental
- Código Civil para el Distrito Federal (y su correlativo en los estados de la república)
- Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal
- Código Federal Civil
- Acuerdos emitidos por el Consejo de Salubridad General de la república
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud
- Normas Oficiales Mexicanas

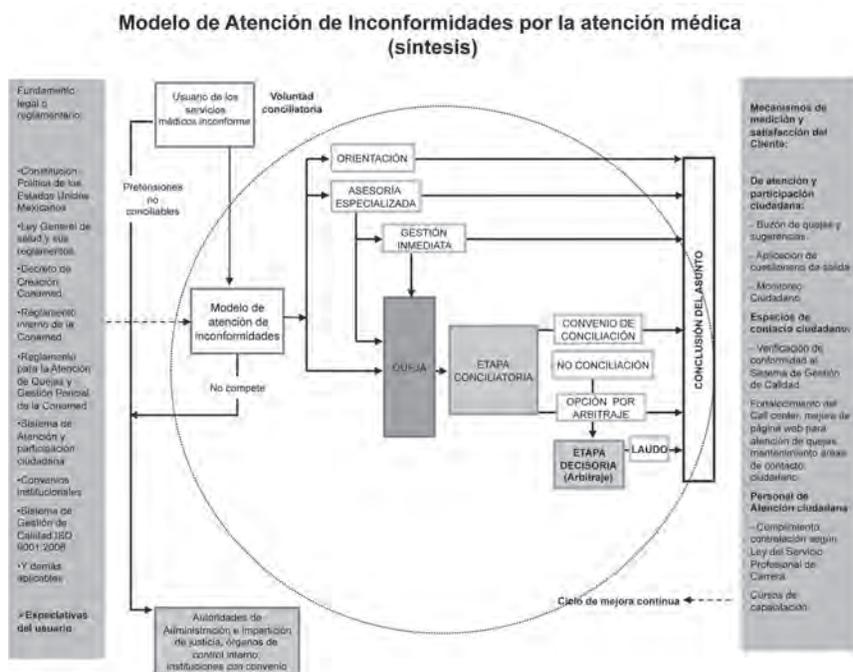
¹⁹ CONAMED/ Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

²⁰ SSA, *Programa de Acción: Consolidación del Arbitraje Médico*, México, SSA, 2001.

- Decretos relacionados con la atención médica emitidos por el Ejecutivo Federal (certificados de defunción y de muerte fetal)
- Las demás disposiciones aplicables a la materia.

OPERACIÓN DEL MODELO

La operación del modelo se sustenta en un conjunto de procedimientos operativos, cuyo diseño, funcionamiento, monitoreo y evaluación se realizan de acuerdo a los principios de calidad total propuestos por Deming²¹ y que se refieren a: planear, hacer, analizar y actuar. El procedimiento para la atención de inconformidades en particular, se muestra en la figura 2:



²¹ Gutiérrez Pulido, Humberto, *Calidad total y productividad*, México, Mc Graw-Hill, 2005, 2ª. edición, pp. 35-54.

Etapa de orientación, asesoría y gestión

La etapa de orientación y gestión está basada en los procesos de recepción, consultoría médica y consultoría jurídica²². Esta etapa tiene por objeto recibir al usuario, escuchar su narrativa de hechos asociados a la presunta irregularidad en materia de prestación de servicios médicos y brindarle la información general y/o asesoría especializada que le permita aclarar sus dudas y tomar la decisión que convenga de acuerdo a sus pretensiones e intereses, e incluso resolver su caso en forma inmediata mediante una gestión con el proveedor del servicio cuando el caso así lo requiera; de ahí la necesidad de contar con personal especializado que permita conducir las actividades del usuario.

El proceso de recepción de inconformidades se caracteriza por los siguientes aspectos:

- Atención personalizada mediante la presentación de la persona que atenderá al usuario, la explicación del procedimiento y la escucha atenta a la problemática planteada por el usuario.
- Identificación de los usuarios, a partir del conocimiento de sus características para definir la forma en que debe dirigirse el personal que le atiende.
- Exploración de la postura del usuario para conocer sus pretensiones, dado el contexto emocional con el que puede acudir a la Comisión a presentar su inconformidad.
- Conocimiento del conflicto derivado de la prestación del servicio e incluso del tipo de enfermedad para determinar el curso adecuado de la queja.
- Utilización de lenguaje adecuado para transmitir la información correspondiente.

El proceso de consultoría médica se apoya en una guía uniforme que permite identificar lo siguiente:

- El o los motivos de la queja

²² CONAMED, *Informe anual de actividades 2008*.

- Prestadores de servicios médicos involucrados
- Origen del conflicto derivado de la atención médica
- Normatividad aplicable.

El proceso de consultoría jurídica, por consecuencia, descansa en esta guía para el análisis de la documentación aportada por el usuario y que sea integrada al expediente respectivo.

- a) La **orientación** involucra información que se proporciona al usuario, principalmente sobre requisitos para presentar una queja en tiempo y forma adecuados, así como de trámites y servicios que proporcionan otras instancias competentes para resolver los conflictos derivados de servicios médicos prestados por quienes carecen de título o cédula profesionales.

Derivado de la actuación médica y su relación con los pacientes, pueden presentarse dudas o inconformidades sobre el actuar de los prestadores de servicios médicos, técnicos o auxiliares que ejerzan libre pero legalmente (legitimación del acto)²³ cualquier actividad relacionada con la práctica médica, para lo cual el ciudadano y los órganos de procuración o administración de justicia cuentan con un organismo especializado donde pueden presentar sus inconformidades o solicitud de dictámenes o peritajes médicos respectivamente.

Cabe mencionar que el usuario de los servicios puede presentar queja en contra del prestador de servicios médicos, la cual puede ser sentida, percibida, fundada o motivada, por lo que la comunicación en la relación cobra un peso fundamental y puede en su momento ser el detonante de muchas inconformidades que pudieran haber sido evitadas.

Por cualquier medio de comunicación o personalmente, el usuario manifiesta sus dudas, inquietudes y quejas derivadas del acto médico o de cualquier otra índole que ellos consideren dentro del ámbito de competencia, y deben ser atendidos preferentemente por consultores médico, jurídico o ambos, de ser necesario. Derivado de esta atención, deberá establecer la conducta a seguir que corresponda, pudiendo ser el conocimiento de la queja, la generación de una gestión

²³ Casa Madrid Mata, Octavio R., *La atención médica y el derecho sanitario. Ciencia y cultura Latinoamericana*, México, JGH editores, 1999.

inmediata o bien, indicarle al usuario la vía, tiempo y forma en que podrá hacer del conocimiento su inconformidad.

El hecho de que un usuario haya recibido una orientación, no extingue su derecho de poder recibir otros servicios por esta vía o cualquier otra que le sea accesible y necesaria. Incluso si por ese momento la o las pretensiones no eran susceptibles de conciliación y cambiaran, se brindará la atención correspondiente.

b) La **asesoría especializada** consiste en brindar información a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones. Además, implica otorgar información de carácter médico y/o legal con el fin de que tenga conocimiento de las ventajas del modelo arbitral médico, conozca sus derechos y obligaciones y, cuando de acuerdo a la naturaleza del caso y/o pretensiones del usuario, la solución de su asunto sea por medio de otras instancias, ya sean de carácter administrativo o penal.

c) **Gestión inmediata.** Las inconformidades son múltiples y variadas, las expectativas y motivos que dan pie a su nacimiento tienen la posibilidad de afectar la salud, integridad, seguridad, vida y hasta el patrimonio de los usuarios y/o de sus familiares.

Por lo tanto, cuando la petición del usuario o su representante se refiera a demora, negativa de los servicios, urgencia o cualquier otra que pueda ser atendida mediante gestión inmediata, el consultor médico, propone al usuario y/o representante, atender su pretensión bajo esta modalidad.

d) **Recepción de queja.** Resultado de escuchar activamente el relato de los hechos y las pretensiones del usuario, así como de verificar que el usuario cumple con los requisitos (documentación que acredite la relación médico-paciente, identificación con fotografía y firma, o en su caso, los documentos que acrediten su representación) y que sus pretensiones son susceptibles de conciliación.

Etapa conciliatoria

En esta etapa se busca dar solución a las quejas mediante la realización de audiencias conciliatorias previo envío de una carta invitación al prestador de servicios médicos vinculado a la queja, así como de la realización de una

audiencia preliminar con dicho prestador, en la que se debió informar la naturaleza y alcance del proceso arbitral, las vías existentes para la solución de controversias y solicitud y análisis del expediente clínico.

Durante esta etapa se debe buscar la vía de arreglo, exhortando a los interesados a la conciliación, acorde al caso.

El proceso conciliatorio concluye bajo diferentes opciones, entre las formas que considera el modelo, corresponden a: transacción, reembolso, atención médica, o aclaración aceptada. Es importante mencionar que dicho instrumento de transacción procederá efectos de cosa juzgada, en términos de la legislación existente.

Podrá presentarse falta de voluntad conciliatoria así como de someterse a la siguiente etapa de procedimiento arbitral, lo cual motiva la generación del acta respectiva y se dejan los derechos a salvo para que las partes interesadas los hagan valer en la vía, tiempo y forma que estimen pertinente.

Si fuera el caso de que las partes no llegan a ninguna solución, no obstante de existir propuestas conciliatorias por ellas o por el personal actuante, se puede optar por continuar con la siguiente etapa del procedimiento arbitral.

Etapa arbitral (decisoria)

La atención de las quejas vía arbitraje en apego a derecho, tiene por objeto resolver el fondo del litigio según las reglas del Derecho, atendido a los puntos debidamente probados por las partes; el arbitraje en conciencia se resuelve en equidad, bastando con ponderar el cumplimiento de los principios científicos y éticos de la práctica médica²⁴.

La realización de este proceso requiere la suscripción del compromiso arbitral por las partes y éstas podrán otorgarlo antes de que haya juicio civil, durante éste y después de sentenciado, sea cual fuere el estado en que se encuentre. El compromiso posterior a la sentencia irrevocable sólo tendrá lugar si los interesados la conocieran. En caso de existir juicio pendiente de trámite, las partes necesariamente deberán renunciar a la instancia previa, ya que de otro modo no podrá intervenir la organización en calidad de árbitro.

Dicho lo anterior, el compromiso arbitral deberá contener como mínimo los elementos siguientes:

- Los datos generales de las partes.

²⁴ *DOF*, “Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la CONAMED”, México, publicado el 25 de julio, 2007.

- El negocio o negocios que se sujeten a proceso arbitral.
- En su caso, el término fijado para el procedimiento arbitral, cuando se modifiquen los plazos fijados en los reglamentos o acuerdos.
- La aceptación del *Reglamento de Procedimientos* para la atención de quejas y gestión pericial de la organización o similar y, en su caso, la mención de las reglas especiales de procedimiento que se estimen necesarias.
- El plazo del procedimiento arbitral, que se contará a partir de que la organización acepte el nombramiento de ambas partes.
- La determinación de las partes respecto a si renuncian a la apelación.
- El señalamiento expreso de ser sabedores de que el compromiso produce las excepciones de incompetencia y litispendencia, si durante él se promueve el negocio en un tribunal ordinario.
- El señalamiento expreso y bajo protesta de decir verdad de no existir controversia pendiente de trámite ante los tribunales, un juicio conexo o cosa juzgada con relación al mismo asunto, exhibiendo cuando sea necesario el desistimiento de la instancia.
- La determinación, en su caso, del juez que haya de ser competente para todos los actos del procedimiento arbitral en lo que se refiere a jurisdicción que no tenga la organización y para la ejecución de la sentencia y admisión de recursos.
- Los demás rubros que determinen las partes.

Previamente a la suscripción del compromiso arbitral, se realiza una audiencia preliminar que tiene por objeto:

- Informar a las partes la naturaleza y alcance legales del arbitraje y del laudo;
 - Determinar el objeto del arbitraje;
 - Revisar la legitimación de las partes, en su caso, establecer las medidas inmediatas de protección a la salud del paciente;
 - Determinar si existen puntos resueltos y que no se incluyen en el arbitraje;
 - Establecer si existe litispendencia, conexidad o cosa juzgada;
- Adoptar las medidas necesarias para la debida integración del expediente arbitral;
- Invitar, en su caso, a terceros llamados a juicio;
 - Y en general, resolver cualquier cuestión incidental para continuar el procedimiento.

El procedimiento arbitral conlleva la realización de otras actividades, entre las que se requiere efectuar incluso una audiencia arbitral, y son las siguientes:

- Presentación de pruebas, en donde podrán estar presentes las partes o su representante legal, el Árbitro Jurídico dará lectura al acta previamente elaborada, señalará las afirmaciones y pruebas que presentaron las partes; si hay dudas se aclaran y se notifica si la organización acordó el desahogo de pruebas para mejor proveer, cuando no lo hubiera hecho previamente. Si alguna de las partes no se presenta, se enviará a su domicilio un tanto del acta de la audiencia, asentando lo que manifiesten las partes.
- Desahogo de pruebas; si sólo se admiten pruebas instrumentales, el Árbitro Jurídico procede a leer la relación de las mismas y se desahogan por su propia y especial naturaleza documental, se menciona que las partes tienen un término común para presentar alegatos por escrito y se cierra la audiencia. Cuando se admite prueba pericial, se desahoga en términos del dictamen que por escrito rinda el perito designado, sin lugar a ratificación ni a preguntas, pues no es necesario que se presente el perito.
- Reconocimiento médico del paciente, se conduce al paciente por el personal actuante, al consultorio de la unidad de Arbitraje, en compañía del asesor especializado, el médico y, en su caso, un familiar. Cuando no se tiene el equipo necesario dentro de la institución, podrá realizarse el examen fuera de la misma, a costa de quien lo ofrezca. Concluido el reconocimiento, el asesor elabora un informe con relación a los elementos clínicos observados y lo presenta ante la Sala, para agregarlo al expediente.
- Recepción de alegatos. Si las partes acuerdan presentar sus alegatos en fecha posterior a la audiencia arbitral, deberán exhibirlos dentro del término fijado, y una vez presentados o transcurrido el tiempo para ello, se elabora el acuerdo respectivo.
- Pruebas para mejor proveer. Tienen por objeto solicitar a las partes o a terceros, la información que se estime necesaria para completar el análisis del caso, notificándolo a las partes. Una vez obtenida la información solicitada, se integra al expediente.

- Pruebas supervenientes. Las partes pueden presentar pruebas supervenientes, entendiendo por tales las que sobrevienen después de concluido el término para su ofrecimiento. La parte que las presenta debe argumentar y probar fehacientemente la naturaleza de éstas, una vez recibidas, se notificará a la contraria, para que manifieste lo que a su derecho convenga.

En la etapa arbitral se lleva a cabo la evaluación de la atención médica. Esta evaluación tiene un doble propósito: medir y evaluar cualitativa y cuantitativamente el proceso de atención médica y compararlo con el último conocimiento médico a través de una segunda opinión de expertos. La evaluación de pares se realiza con la más absoluta libertad y confidencialidad.



La evaluación de la atención médica se realiza desde el punto de vista sistémico, considera la evaluación de la estructura en que fueron proporcionados los servicios de salud; esto involucra las expectativas de los usuarios al demandar los servicios médicos, así como la disponibilidad de recursos y servicios para atender la patología correspondiente.



En términos generales, la evaluación comprende la revisión de los siguientes aspectos:

1. Principios científicos
2. Legitimidad del acto médico
3. Justificación de las decisiones médicas
4. Consentimiento informado
5. Obligaciones de medios
6. Obligaciones de seguridad
7. Obligaciones de resultados.
8. Beneficio *vs.* Riesgo

Además, el análisis del caso se realiza desde el punto de vista legal, para lo cual se elabora hipótesis de trabajo, situando:

- El objeto del arbitraje
- Los hechos del quejoso
- Pretensiones que se fijan
- Informe del prestador de servicios: Expediente clínico
- Excepciones y defensas del demandado
- Documentación aportada por las partes, que vaya en el expediente
- Los elementos relevantes imprescindibles para la reconstrucción de los hechos
- El personal de la Sala fijará las posibles vías de solución a la controversia, independientemente de fijarse como principal objetivo al arbitraje.

Concluido el procedimiento, se emite un primer proyecto de laudo para su consenso por los árbitros, y una vez obtenido éste, se firma por la autoridad designada.

El laudo consta de:

- Resultandos: En ellos se enunciará la forma en que se desahogó el procedimiento.
- Considerandos: (En ellos se expresará...)
 - Glosa general de los preceptos que facultan a organización para su emisión
 - Puntos de controversia
 - Resumen clínico (Se elaborará atendiendo al expediente o expedientes clínicos aportados al juicio.)

- Análisis del caso; en el cual se valorará el cumplimiento o incumplimiento del demandado, las argumentaciones de las partes, las argumentaciones de la actora, así como las excepciones y defensas del demandado. Contendrá incisos especiales de: Valoración de pruebas y valoración de las pretensiones de la actora.
- Puntos resolutivos: en ellos se precisará de manera llana y precisa, si se absuelve o condena; y en su caso, las prestaciones motivo de la condena.

En caso de ser necesaria la condena genérica, cuando el monto líquido no pueda fijarse en el laudo, se tramitará incidente de liquidación, la actora deberá manifestar dentro de los 30 días siguientes en que se notifique el laudo, su importe y el soporte del mismo. Con ello, se dará vista a la contraria, para que manifieste lo que a su derecho convenga y aporte pruebas. Valoradas las pruebas, se determinará el monto de la liquidación y se notificará a las partes conforme a lo previsto en el compromiso arbitral, dando por concluida la etapa arbitral.

BIBLIOGRAFÍA

- Allsopp, K., “Deal with a complaint by a patient”, *British Medical Journal*, 1987, núm. 295, pp. 1257-1258.
- Barr, D., “Hazards of modern diagnosis and therapy – The price we pay”, *JAMA*, 1955, núm. 159, p. 1455.
- Carrillo Fabela, Luz María Reyna, *La Responsabilidad Profesional del Médico en México*, México, Edit. Porrúa, 2005, 5ª edición.
- Casa Madrid Mata, Octavio R., *La atención médica y el derecho sanitario. Ciencia y cultura Latinoamérica*, México, JGH editores, 1999.
- _____, *El proceso arbitral médico en México*, México, MMVIII, 331 pp.
- *Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal*.
- Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (CAMEJAL), *El conflicto en la práctica profesional de atención a la salud*, Guadalajara, Jal., CAMEJAL, 2008, 410 pp.
- Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Nayarit, *Evaluación del Acto Médico*, Tepic, Nay., 2005, 293 pp.

- CONAMED, “Carta de los Derechos Generales de los pacientes”, disponible en el sitio de Internet <http://www.conamed.gob.mx>
- _____, *Diez años de Arbitraje Médico en México*, México, CONAMED, 2006.
- _____, *Guía de términos sobre motivos de queja de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*, México, CONAMED, 2008.
- _____, *Informe anual de actividades 2008*, México, CONAMED, 2009.
- _____, *Memorias Simposio CONAMED 2007, La queja, instrumento indispensable para la mejora de la calidad en la atención de los Servicios de Salud*, México, SSA, 2008, 162 pp.
- _____, *Memorias Simposio CONAMED 2008. Queja médica, mala práctica y eventos adversos*, México, SSA, 2009, 203 pp.
- _____, *Memorias Simposio CONAMED 2009, Algunos factores que afectan la atención médica*, México, SSA, 2010, 324 pp.
- _____, *Modelo de Arbitraje Médico*, México, CONAMED, 2003.
- DOF, “Decreto de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)”, México, publicado el 3 de junio, 1996.
- _____, “Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la CONAMED”, México, publicado el 25 de julio, 2007.
- _____, “NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico”, publicado el 30 de septiembre, 1999.
- Donabedian, Avedis, “La Calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada?”, *Revista de Calidad Asistencial*, 2001, núm. 17, p. 83.
- _____, “Los siete pilares de la Calidad”, *Revista de Calidad Asistencial*, 2001, núm. 17, pp. 96-100.
- _____, *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*, México, Edit. La Prensa Médica Mexicana, 1991.
- Fajardo Dolci, G., J. Rodríguez Suárez, M. Gallegos Alvarado, M. A. Córdoba Ávila y M. C. Flores Bravo, “Percepción de la frecuencia y causas de los eventos adversos por medicación en enfermería”, *Revista CONAMED*, 2009, vol. 14, núm. 1, pp. 22-27.
- Gago Huguet, A., *Modelos de sistematización del proceso de enseñanza-aprendizaje*, México, Trillas, 1977.
- Gal, I. e I. Doron, “Informal complaints on health services: hidden potentials”, *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 19, núm. 3, pp. 158-163.
- González de Cossío, Francisco, *Arbitraje*, México, Edit. Porrúa, 2004, pp. 25-53.
- González Hermoso, F., “Errores médicos o desviaciones en la práctica asistencial diaria”, *Cir Española*, 2001, núm. 69, pp. 591-603. Consultado el 03/

abril/2008 en el sitio http://www.aecirujanos.es/revisiones_cirugia/2001/Junio2.pdf

- Gutiérrez Pulido, Humberto, *Calidad total y productividad*, México, Mc Graw Hill, 2ª. edición, 2005, pp. 35-54.
- Hernández Torres, Francisco *et al.*, “Queja médica y calidad de la atención en salud”, *Revista CONAMED*, 2009, vol. 14, núm. 3, julio-septiembre, 2009, pp. 26-34.
- _____, “Costos directos del reembolso o indemnización por prestadores de servicios en quejas médicas”, *Revista CONAMED*, vol. 14, núm. 3, julio-septiembre, 2009, pp. 35-43.
- Hickson, G. B. *et al.*, “Patient complaints and malpractice risk”, *JAMA*, 2002, núm. 287, pp. 2951-2957.
- Instituto de Investigaciones Jurídicas/UNAM, *Diccionario Jurídico Mexicano, tomo A-CH*, 10ª edición, México, 1997, pp. 198-206.
- Jain, A. y J. Ogden, “General practitioners’ experiences of patients’ complaints: qualitative study”, *British Medical Journal*, 1999, núm. 318, pp. 1596-1599.
- Jara, H. O., *Para sistematizar experiencias: una propuesta teórica y práctica*, San José de Costa Rica, Alforja, 243 pp.
- Joint Commission. “<http://www.jointcommission.org/sentinel-event.aspx>”
- Klein, R., “Complaints against doctor. Who is a patient’s friend? Role of Ombudsman”, *British Medical Journal*, 1973, núm. 2, pp. 729-730.
- Kohn, Linda T., Janet M. Corrigan y Molla S. Donaldson, *To err is human: Building a safer health system*, Washington, D. C., Institute of Medicine-National Academies Press, 2000.
- *Legislación sobre Derechos Humanos*, México, Edit. Porrúa, 1996, 4ª. edición.
- Ley General de Salud, Nueva Ley publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, 7 de febrero, 1984.
- McIntyre, Neil y Karl Popper, “The critical attitude in medicine: the need for a new ethics”, *British Medical Journal*, 1983, vol. 287, pp. 1919-23.
- *Memoria de la Primera Reunión Regional sobre Solución de Controversias entre Usuarios y Prestadores de servicios de Salud*, México, CONAMED, 2009.
- Montini, T., A. Noble y H. Thomas, “Content analysis of patient complaints”, *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 20, núm. 6, pp. 412-420.
- Pallares, Eduardo, *Diccionario de Derecho Procesal Civil*, México, Edit. Porrúa, 24ª. edición, 1998, 599 pp.
- Real Academia Española, *Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua*, Madrid, 22ª. Edición, 2001 (<http://www.rae.es/rae.html>).

- Ribera, G. y R. Caneparo, “Mala praxis médica”, ponencia presentada en el Primer Congreso Latino-iberoamericano de Derecho a la Salud, México, 2001.
- Rivera Lugo, Fidel R., *Gerencia Cataláctica*, México, Edit. Porrúa, 2007, 322 pp.
- Rodríguez, H. J. M. y G. Y. Ortiz, “Propuesta metodológica para el análisis de eventos centinelas”, *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 2007, vol. 55, núm. 2, pp. 105-114. Consultado el 03/04/2008 en el sitio http://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetalle&d_articulo=45470&id_seccion=1988id_ejemplar=4605&id_revista=121
- Ruelas, B., “La seguridad de los pacientes”, *Revista CONAMED*, 2005, vol. 11, núm. 4, octubre-diciembre.
- Ruiz Botero, L. D., “La sistematización de prácticas”, *Revista OEI*, 2001. Consultado el 01/03/2009 en el sitio <http://www.oei.es/equidad/liceo.PDF>.
- Salgado Ledesma, E., *Defensa de usuarios y consumidores*, México, Edit. Porrúa, 2007, pp. 169-70.
- Seclén Palacin, J. y C. Darras, “Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados”, *Anales de la Facultad de Medicina*, Lima, Perú, 2005, vol. 66, núm. 2, pp. 128-129.
- Smallwood, R. A., “Learning from adverse events”, *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, vol. 12, núm. 5, pp. 359-361.
- SSA, *Programa de Acción: Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud*, México, SSA, 2002.
- _____, *Programa de Acción: Consolidación del Arbitraje Médico*, México, SSA, 2001.
- Suñol, R. y J. Bañeres, “Calidad asistencial”, en J. Rodés y J. Guardia, *Medicina Interna*, vol. II, Barcelona, Masson, 2004 [8(26) 3404-10].
- Tena Tamayo, C. *et al.*, “Error y conflicto en el acto médico”, *Rev Med IMSS*, 2003, vol. 41, núm. 6, pp. 461-463.
- Trejo M., Carlos, “Los derechos humanos y sus vinculaciones con los derechos del paciente”, *Revista Médica de Chile*, 2000, vol. 128, núm. 12, diciembre.
- U. S. Congress / Office of Technology Assessment, “Defensive medicine and Medical malpractice”, OTA-H-602, Washington, D. C., U.S. Government Printing Office, julio, 1994. Consultado el 03/04/2008 en el sitio <http://www.princeton.edu/~ota/disk1/1994/9405/>.
- Watzlawick, Paul *et al.*, *Teoría de la comunicación humana*, Barcelona, Herder, 1981, pp. 21-114.

Reseña estadística de la atención de inconformidades en la CONAMED

Francisco Hernández Torres
María Teresa Aguilar Romero
Martha Alicia Alcántara Balderas
Jorge Ricardo Llanas Escobedo

PRESENTACIÓN

La siguiente integración de datos estadísticos permite conocer en términos generales el desempeño de la CONAMED. Este trabajo es resultado de un conjunto de actividades concatenadas bajo la tutela de las áreas sustantivas (Direcciones Generales de: Orientación y Gestión, Conciliación, y Arbitraje) que la conforman. Para lograr este objetivo se cuenta con un engranaje de participación que permite articular la información de tal manera, que se garantiza la calidad y confiabilidad de la misma; tal es el caso del papel que desempeña la Dirección General de Calidad e Informática, que además de brindar mantenimiento al Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), se asegura del procesamiento y explotación de los datos ahí contenidos.

La evaluación y toma de decisiones basada en la estadística, demandan la generación de datos veraces, suficientes y oportunos; en materia de quejas por la atención médica, la estadística que se genera en la CONAMED no es la excepción, ya que ha contribuido a mejorar su desempeño y ha facilitado la rendición de cuentas a la sociedad.

En este capítulo se presentan los principales resultados derivados del quehacer institucional, de acuerdo a las etapas del modelo de atención de inconformidades e incluye la gestión pericial; así como con uno de los temas del Marco Conceptual de Información sobre Arbitraje Médico.

RESULTADOS GLOBALES

A lo largo de tres lustros de labor de la CONAMED, se han recibido 221,239 asuntos relacionados con las quejas planteadas por los usuarios de los servicios de salud, de ahí que este volumen de asuntos quedó integrado por los siguientes servicios brindados: orientaciones, 136,181 (61.6%); asesorías especializadas, 46,584 (21.0%); gestiones inmediatas, 8,876 (4.0%); quejas documentadas para su atención por medio de una conciliación o del arbitraje, 23,677 (10.7%); y solicitudes de dictámenes médicos en 5,921 (2.7%), como resultado del ejercicio de las atribuciones que le han sido conferidas en su Decreto de creación. Los datos muestran que entre 1996 y 1997, la cifra superior fue de 3,780; a partir de 1998 y hasta el año 2010, el número aumenta considerablemente debido a que se inicia el registro metodológico de las orientaciones, la mediana obtenida para este último intervalo de tiempo es de 16,458 asuntos (véase cuadro 1¹).

En 1998-2000 se otorgaron en promedio 11,901 orientaciones por año; para el periodo de 2001 al 2006, el promedio ascendió a 12,095; y en 2007-2010, la media cayó a 6,978, sobre todo por el aumento en la demanda de orientaciones cuya modalidad se diversificó a través del uso de herramientas de tecnologías de la información, específicamente: página electrónica de la CONAMED, donde ahora se observa una tendencia ascendente en su sección: trámites y servicios; constancia de ello se refleja en las 35,772 visitas registradas tan sólo para 2010.

La trayectoria observada en asesorías especializadas revela un aumento constante. Entre 1996 y 2000 se registró un promedio anual de 1,814; para el periodo de 2001 a 2006, llegó a ser de 3,304; y de 2007 hasta 2010, se alcanzó un promedio de 4,423.

Respecto a las gestiones inmediatas promovidas ante instituciones de salud, de 1996 a 2000 se generaron en promedio 433 por año, y entre 2001-2006, 737; cabe mencionar que este último dato se ve favorecido por las cifras registradas entre 2001 y 2003 que van de 738 a 941. A partir del año 2004 y hasta 2010 las cifras fluctúan entre 494 y 698. De 2007 a 2010 el promedio anual se ubicó en 572.

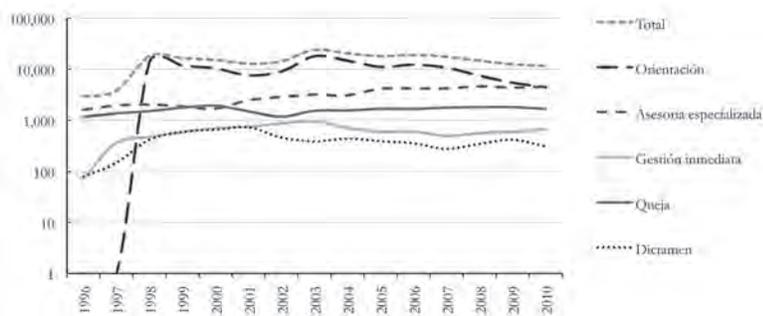
En cuanto al comportamiento de las quejas, hasta el año 2000, éste venía mostrándose en forma ascendente, al pasar de 1,158 recibidas en 1996 a 1,915 en el año 2000; sin embargo, en 2001 y 2002, con relación a esta última,

¹ Por su extensión, los cuadros referidos en este capítulo aparecen al final, en un anexo estadístico para consulta puntual.

descendieron en un 23 y 39%, respectivamente. No obstante, después fueron incrementándose gradualmente. El promedio anual de quejas ingresadas entre 2001 y 2006 fue de 1,505 y de 2007 a 2010 el número de quejas recibidas anualmente fluctuó entre 1,652 y 1,793.

En el caso de las solicitudes de dictamen hechas por autoridades de procuración y/o administración de justicia, su comportamiento ha sido multivariado, en el periodo acumulado de 1996 a 2010, la cifra mínima registrada es de 80 y la máxima de 720. Para el corte de 1996-2000 se obtuvo una mediana de 414, para 2001-2006 de 410 y de 2007 a 2010, de 322 (véase gráfica 1).

GRÁFICA 1
COMPORTAMIENTO DE LOS ASUNTOS RECIBIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
CONAMED, 1996-2010.



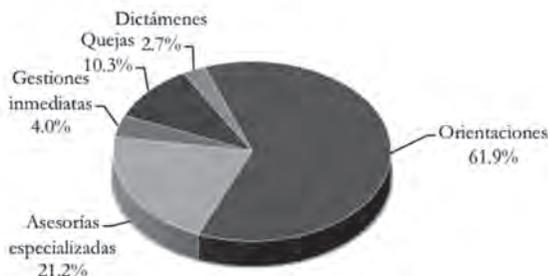
De 221,239 asuntos recibidos, se han dado por concluidos 220,156, lo que representa el 99.5% (véanse cuadros 1 y 2).

El modelo de inconformidades permitió dar solución en menos de 48 horas a 191,641 asuntos a partir de orientaciones, asesorías especializadas y gestiones inmediatas; este conjunto representó el 87% de todos los asuntos concluidos (véase gráfica 2).

Entre los años 1996 y 2000, se resolvió bajo este esquema el 84% de los asuntos resueltos; de 2001 a 2006, representaron el 89.5% y de 2007 a 2010, el 85.4 por ciento.

Mediante el proceso conciliatorio o arbitral se concluyeron en el periodo 1996-2010, un total de 22,667 quejas, cifra que conforma el 10.3% del total de asuntos concluidos.

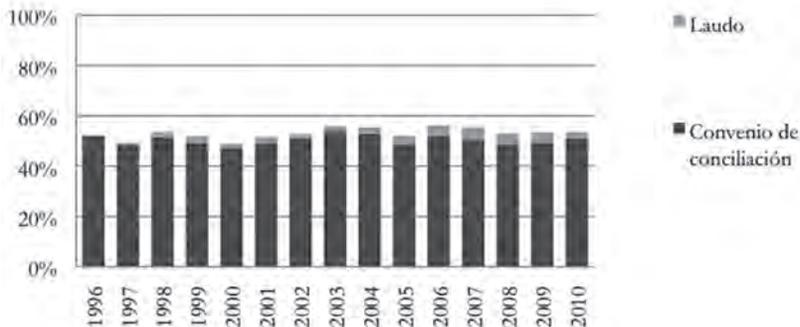
GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS ASUNTOS CONCLUIDOS SEGÚN TIPO DE SERVICIO.
CONAMED, 1996-2010.



La realización de una serie de acciones encaminadas a buscar en primera instancia la conciliación entre las partes interesadas logró en 11,381 quejas (50.2%) la firma de un convenio de conciliación, y en el 2.7%, la firma del compromiso arbitral, lo que dio lugar a la emisión de 622 laudos (véase gráfica 3).

Al hacer una revisión en retrospectiva de estos logros en la CONAMED, se ha observado que el porcentaje de quejas concluidas por convenio de conciliación y laudo, fluctúa en toda la historia entre 48.9% y 56.2%. De acuerdo a los periodos de gestión de cada administración que ha habido, encontramos que entre 1996 y 2000, la cifra acumulada de estas formas de

GRÁFICA 3
PORCENTAJE DE QUEJAS CONCLUIDAS POR CONVENIO DE CONCILIACIÓN O LAUDO.
CONAMED, 1996-2010.



conclusión fue del 50.8%; este resultado mejora entre 2001 y 2006 al representar el 54% y se conserva este último en el periodo 2007-2010.

En contraste, cuando no hay voluntad de las partes para conciliar su asunto o bien, aceptar el arbitraje institucional (pronunciamiento de un laudo), originó el cierre de 6,637 (29.3%) quejas como no conciliadas y adicionalmente la emisión de propuestas de arreglo entre las partes, en 132 (0.6%) quejas.

Circunstancias fuera del alcance de la CONAMED, como la falta de interés, por el promovente de la queja o del médico implicado para resolver la controversia, dieron lugar al cierre de 3,262 (14.4%) quejas por esa causa, de las cuales 11.0% se dio en la etapa conciliatoria y el 3.4% estando ya en la etapa arbitral.

El comportamiento de las quejas no conciliadas o por falta de interés procesal a lo largo del periodo de análisis, ha variado por diversos factores, entre ellos: las pretensiones de reembolso o indemnización de los usuarios, y el desinterés de los prestadores de servicios de salud por el arbitraje médico ante la implicación de haber dado una atención médica correcta.

La proporción de quejas concluidas por una no conciliación entre los años 1996 y 2000, fue de 36.6%; de 2001 y 2006, fue de 25.9%, conservándose este último prácticamente entre 2007 y 2010.

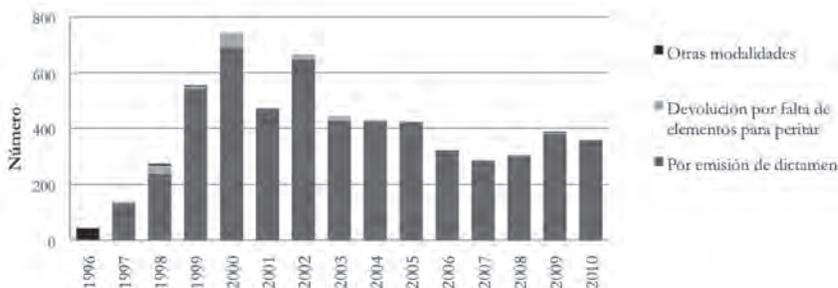
Llama la atención el número de quejas que han sido cerradas por falta de interés, al pasar de un 8.2% observado en el lapso comprendido por los años de 1996 a 2000, a 19.3% entre 2007 y 2010.

Adicionalmente, se han concluido quejas por otras modalidades que debido a su improcedencia, limitan la intervención de la CONAMED.

En materia pericial, el cierre de 5,848 asuntos representó el 5.7% restante de los asuntos concluidos.

De estos asuntos, en 5,643 casos (96.5%) se elaboró un dictamen y sólo en cinco casos (0.1%) se dio asesoría técnica debido a que la autoridad únicamente solicitó respuesta a preguntas concretas; por el contrario, hubo 148 casos (2.5%) que fueron devueltos a la autoridad ante la insuficiencia de elementos para emitir el dictamen requerido. Por otra parte, 10 asuntos (0.2%) se concluyeron bajo la modalidad “por acumulación de dictamen” al detectarse su duplicidad con otro caso similar, y en 44 (0.7%) que corresponden al primer año de gestión de la Comisión, no fue reportada en forma específica su forma de conclusión. Cabe mencionar que en 2006, se presentó un caso particular en el que se elaboró un pronunciamento institucional (véase cuadro 3).

GRÁFICA 4
DICTÁMENES CONCLUIDOS SEGÚN RESULTADO.
CONAMED, 1996-2010.



FUENTE: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

El comportamiento en la emisión de dictámenes (como ya se dijo) presenta variaciones importantes: la demanda del servicio, la necesidad de contratar asesores externos y la disponibilidad del presupuesto para el pago de asesorías, son algunos de los factores que lo determinan (véase gráfica 4).

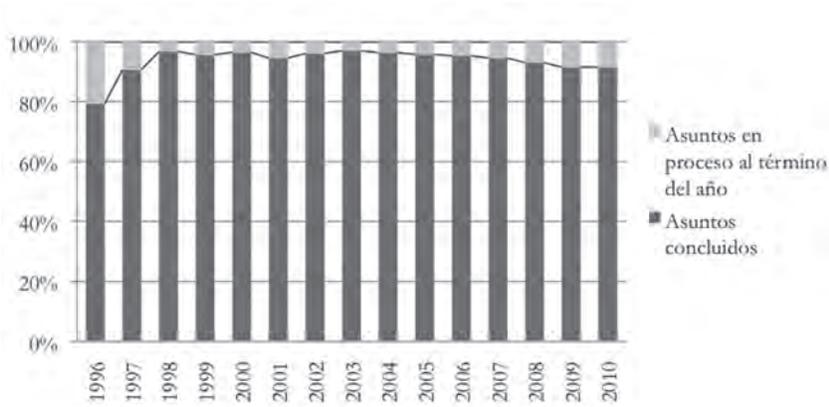
Durante 1996-2000 se observó un incremento continuo, hasta alcanzar la cifra de 742 en el año 2000, siendo ésta la máxima registrada en toda la historia de la CONAMED. Aún así, en el año 2001 sobreviene un descenso del 36.2%, lo que produjo a su vez un rezago de 363 expedientes al término del año.

Las acciones emprendidas para atender la dilación de estos expedientes y la demanda registrada durante el mismo año, propició en 2002 el incremento otra vez en los dictámenes concluidos, al alcanzar una cifra de 664. A partir de 2003 se presenta otro descenso y se mantiene un comportamiento aparentemente estable hasta 2005.

Ante un nuevo decremento registrado en la emisión de dictámenes durante los años 2006 y 2007, se instrumenta en 2008 un convenio entre la CONAMED y la Secretaría de la Función Pública (SFP), una de las principales instancias que demanda el servicio en materia pericial, con la finalidad de mejorar la atención que se les brinda.

De esta manera, a partir de 2009 se mejoran los resultados y se observa un comportamiento relativamente constante.

GRÁFICA 5
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ASUNTOS RESUELTOS Y EN PROCESO AL TÉRMINO
DE CADA AÑO.
CONAMED, 1996-2010



El tiempo que conlleva particularmente la atención de las quejas y de los dictámenes, ocasiona que al término de cada año no se concluya la totalidad de asuntos recibidos (véase cuadro 4).

En la gráfica 5 se observa que a partir de 2003, el número de asuntos en proceso ha aumentado gradualmente, hecho que es razonable ante el incremento del volumen de quejas que se han recibido. En los últimos cuatro años (2007-2010), el número de asuntos en proceso oscila entre 998 y 1,083, casi el 90% de éstos son quejas.

ORIENTACIÓN, ASESORÍA Y GESTIÓN

De acuerdo al modelo de atención de inconformidades, el proceso de orientación, asesoría y gestión es fundamental para la atención de las inconformidades de los usuarios. Gracias a éste, los asesores de la CONAMED proporcionan a dichos usuarios, información útil para resolver sus dudas y tomar, en caso necesario, una decisión respecto a cada asunto. De ahí la importancia de contar con el personal calificado y el protocolo de atención adecuado en la Dirección General de Orientación y Gestión donde se coordina y realiza esta labor.

Durante el periodo acumulado (1996-2010) esta área brindó 215,162 servicios (véase cuadro 5).

El 84.9% estuvo dirigido a brindar al usuario una orientación o asesoría respecto a las instancias facultadas para atender su trámite, o bien, de las disposiciones aplicables en la prestación de los servicios de atención médica; y el 4.1% se resolvió mediante una gestión inmediata ante la institución médica relacionada. Así, el área de Orientación y Gestión rápidamente solucionó el 89% de los asuntos que conoció y en el 11% restante, conformó el expediente de queja para que continuara su trámite mediante el proceso conciliatorio.



A partir de 1998, la atención inmediata de los asuntos se ha mantenido entre el 85.5% como mínimo y el 93.6% como máximo (véase gráfica 6).

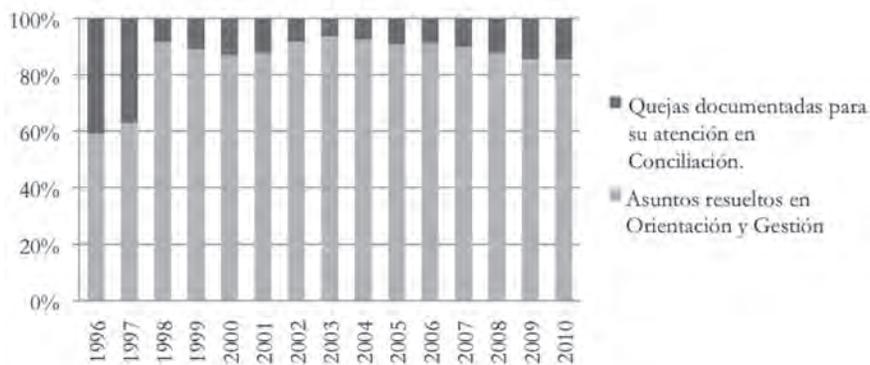
La recepción de estos asuntos ha sido por diversas vías, desde la tradicional correspondencia ordinaria, hasta de manera presencial; en el cuadro 6 se presenta el volumen registrado de acuerdo a cada uno de los medios posibles (véase cuadro 6).

Acorde a los datos disponibles para los últimos siete años del periodo que se informa, seis de cada 10 asuntos se reciben y atienden por la vía telefónica (véase gráfica 7).

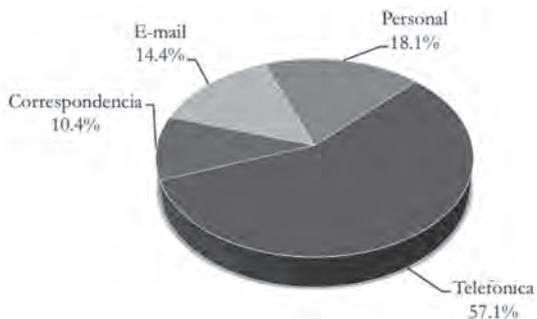
CONCILIACIÓN

De lo expuesto anteriormente, se podría decir que la totalidad de quejas documentadas por la Dirección General de Orientación y Gestión fueron remitidas a la Dirección General de Conciliación; sin embargo, no fue así

GRÁFICA 6
ATENCIÓN DE ASUNTOS EN ORIENTACIÓN Y GESTIÓN SEGÚN RESULTADO.
CONAMED, 1996-2010.



GRÁFICA 7
DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS DE RECEPCIÓN DE LOS ASUNTOS
ATENDIDOS EN ORIENTACIÓN Y GESTIÓN.
CONAMED, 2004-2010.



N= 110,962.

FUENTE: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática; SAQMED; Sistema de Estadística Institucional. Sistema Único de Atención Telefónica.

debido a que en 32 de ellas, el usuario optó por que su asunto se remitiera a la Comisión de Arbitraje Médico ubicada en el estado de la república que le convenía, de acuerdo a su lugar de residencia habitual.

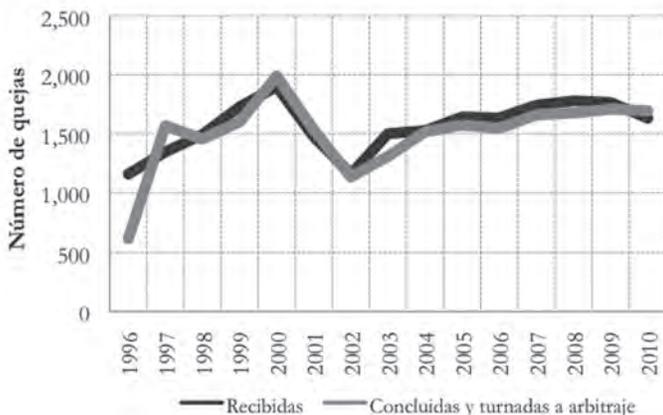
De esta forma, se inició prácticamente el proceso conciliatorio en la CONAMED en 23,489 quejas. En el primer año de inicio de labores de esta institución, se recibieron 1,158 quejas y se fue presentando un aumento paulatino hasta superar esta cifra en un 64% en el año 2000 al registrarse 1,901 quejas. En 2001 y 2002, se reducen a 1,475 y 1,158, respectivamente, y desde entonces se ha observado una tendencia ligeramente ascendente; en 2010, la cifra registrada fue de 1,633 (véase cuadro 7).

El comportamiento de las quejas concluidas en la Dirección General de Conciliación guarda una estrecha similitud con el de las recibidas, como se puede observar en la gráfica 8.

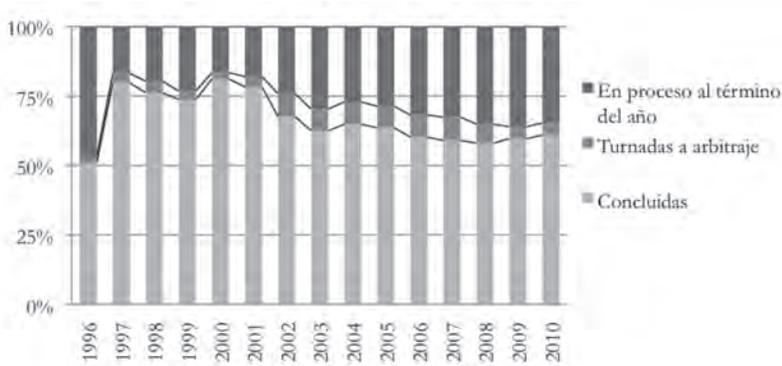
No obstante lo anterior, se observa un aumento en el número de quejas que quedan en proceso al término de cada año, como se aprecia en la gráfica 9.

De las 23,489 quejas recibidas entre 1996 y 2010 en esta Área, han sido concluidas 20,830 (88.7%) y enviadas a la Dirección General de Arbitraje 1,758 (7.5%), al haber aceptado las partes interesadas la solución de su controversia en la siguiente etapa (arbitral o decisoria), conforme al modelo de atención (véase cuadro 8).

GRÁFICA 8
COMPORTAMIENTO DE LA RECEPCIÓN Y CONCLUSIÓN DE QUEJAS EN
LA DIRECCIÓN GENERAL DE CONCILIACIÓN.
CONAMED, 1996-2010.



GRÁFICA 9
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ASUNTOS RESUELTOS Y EN PROCESO AL TÉRMINO
DE CADA AÑO EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE CONCILIACIÓN.
CONAMED, 1996-2010.



La proporción de quejas concluidas por convenio de conciliación entre 1996 y 2010, fluctúa entre el 48.6% y el 58.7%; en el último año el resultado obtenido fue de 53.2 por ciento.

Con relación a las quejas que no se concilian por falta de voluntad de las partes, se ha logrado su disminución, al pasar del 44.1% registrado en el año 2000, a 29.9% en 2010. Sin embargo, el nivel porcentual de quejas en las que alguna de las partes abandona el proceso por falta de interés, ha ido en aumento gradual. En 1998, se presentó este hecho en el 5.9% de las quejas concluidas, en el último año del periodo de análisis (2010) se ha generado en el 16.4% del total respectivo.

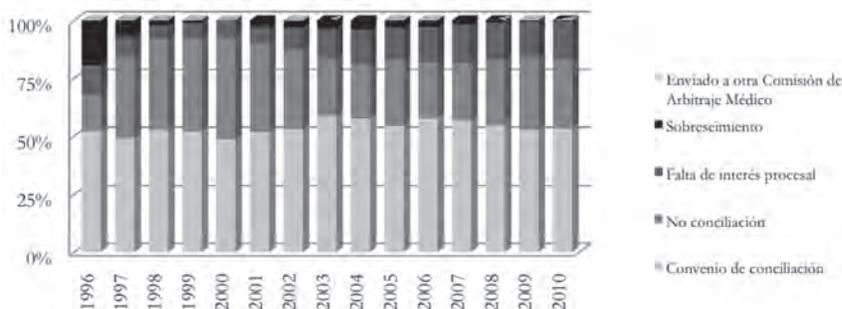
Por último, en el 2.8% del total acumulado de las quejas concluidas, prácticamente se han cerrado por no proceder el proceso conciliatorio ni el arbitral. (Véase gráfica 10.)

ARBITRAJE

De 1996 a 2010, la Dirección General de Arbitraje de la CONAMED ha recibido sólo 1,914 quejas, de las cuales el 91.8% fueron remitidas de la Dirección General de Conciliación de la CONAMED y el resto, de una de las Comisiones estatales (véase cuadro 9).

El comportamiento de las quejas recibidas en esta Dirección General hasta 2007 había mostrado una tendencia ascendente; aun así, en los últimos

GRÁFICA 10
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS QUEJAS CONCLUIDAS EN LA
DIRECCIÓN GENERAL DE CONCILIACIÓN SEGÚN MODALIDAD.
CONAMED, 1996-2010



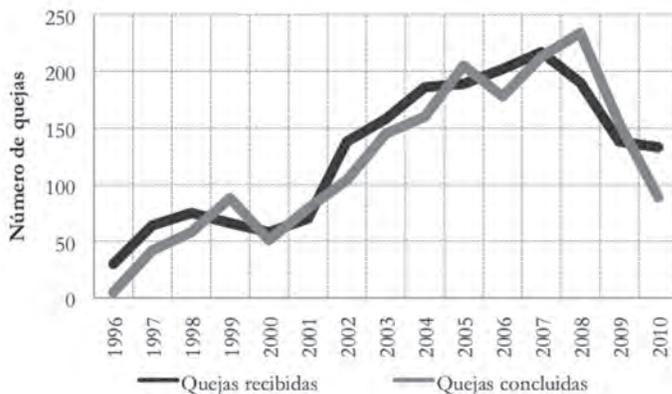
tres años ha registrado un descenso progresivo al pasar de 207 en ese año, a 114 en 2010.

Con ciertas variaciones pero bajo un mismo esquema se ha dado el comportamiento en las quejas concluidas, pronunciándose el descenso de las mismas en 2010, como puede observarse en la gráfica 11.

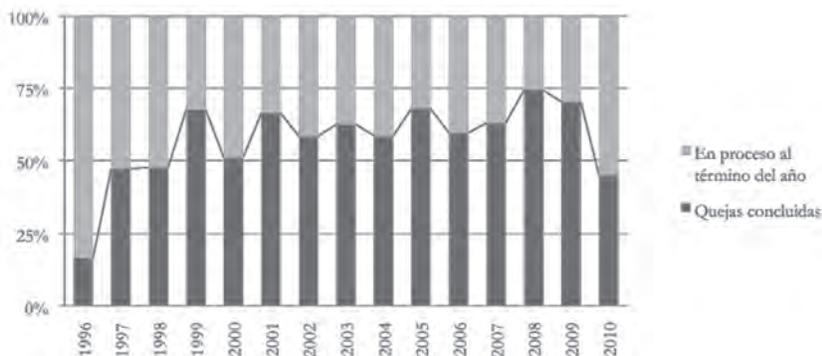
A consecuencia de lo anterior, se ha generado un mayor número de asuntos en proceso al término de 2010, como se observa en la gráfica 12. Entre los factores que influyen podrían estar: la complejidad de los casos, la necesidad de contar con asesorías externas y la reestructuración de los procesos.

De acuerdo a los datos presentados en el cuadro 10, se puede advertir que previamente al acto de la firma del compromiso arbitral, el 14.1% de las quejas concluidas en el periodo que va de 1996 a 2010 se resolvió de forma autocompositiva mediante la firma de un convenio de conciliación; el 34.5%, por la emisión de un laudo; y el 7.3%, con una propuesta de arreglo. Es importante mencionar que esta última ha dejado de elaborarse debido a que estaba siendo considerada por los usuarios como un recurso preparatorio para iniciar un proceso legal ante otra instancia. En suma, estas tres categorías representan el 55.9%; sin embargo, en sentido opuesto, nuevamente llama la atención el volumen de quejas concluidas en la Comisión por “falta de interés procesal”, que en términos de su *Reglamento de Procedimientos* para la atención de quejas médicas y gestión pericial, esto se puede producir (véase cuadro 10).

GRÁFICA 11
COMPORTAMIENTO DE LA RECEPCIÓN Y CONCLUSIÓN DE QUEJAS EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE ARBITRAJE. CONAMED, 1996-2010.



GRÁFICA 12
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE QUEJAS RESUELTAS Y EN PROCESO AL TÉRMINO DE CADA AÑO EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE ARBITRAJE. CONAMED, 1996-2010.



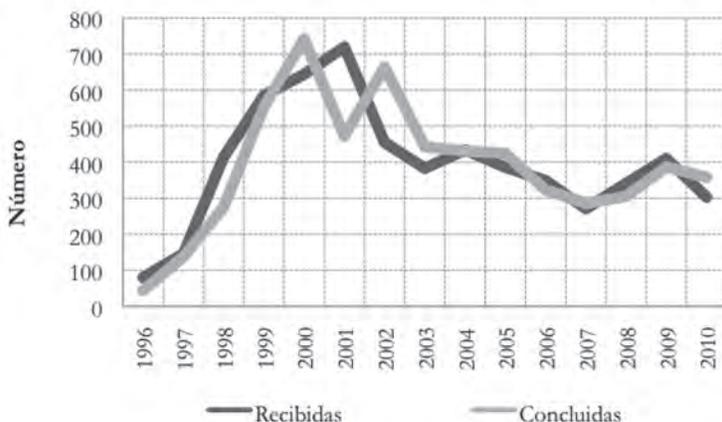
FUENTE: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática; SAQMED; Sistema de Estadística Institucional.

GESTIÓN PERICIAL

A lo largo del tiempo, la CONAMED ha proporcionado apoyo a instituciones de procuración y/o administración de justicia mediante la elaboración de dictámenes médicos institucionales (véase cuadro 11).

Entre 1996 y 2001, el número de solicitudes de dictamen recibidas manifestó una tendencia ascendente hasta alcanzar la cifra máxima de 720; fuera de esta, a partir de 2002 y hasta el 2010 se observa un promedio de 270 (véase gráfica 13).

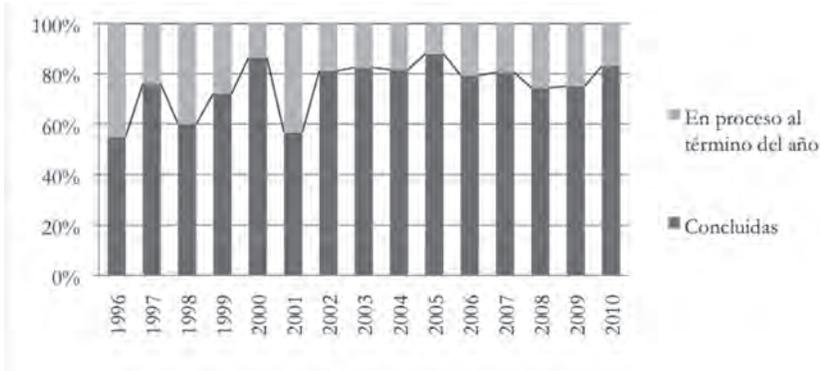
GRÁFICA 13
COMPORTAMIENTO DE LA RECEPCIÓN Y CONCLUSIÓN DE LAS SOLICITUDES DE DICTAMEN EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE ARBITRAJE, CONAMED, 1996-2010.



La gestión pericial en la CONAMED (cuyo fin es evaluar los actos derivados de la atención médica para asesorar y apoyar la labor de las autoridades de procuración y/o administración de justicia), en su mayoría requiere además de la opinión de asesores externos y el presupuesto destinado a pago de ellos, de hasta 80 días hábiles para la entrega del producto (dictamen médico institucional).

De 5,921 solicitudes recibidas entre 1996 y 2010, se han concluido 5,848; esto es, el 98.8% (véase gráfica 14).

GRÁFICA 14
 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS SOLICITUDES DE DICTAMEN
 CONCLUIDAS Y EN PROCESO, AL TÉRMINO DE CADA AÑO.
 DIRECCIÓN GENERAL DE ARBITRAJE.
 CONAMED, 1996-2010.



CONSIDERACIONES FINALES

De los datos estadísticos aquí presentados se desprenden las conclusiones siguientes:

1. La CONAMED en tres lustros de existencia ha logrado posicionar el arbitraje médico en nuestro país como herramienta informática para contribuir a mejorar la calidad de los servicios médicos y extinguir la creencia de ser una instancia persecutoria. La ciudadanía ha expresado cada vez mayor confianza en esta institución, y el número de asuntos atendidos así lo demuestra. Desde su concepción, la CONAMED fue cuestionada, particularmente por el gremio médico, porque precisamente se argumentó que se trataba de un órgano desconcentrado cuya función principal sería sancionadora. Desde luego, tras 15 años de labor se ha demostrado que esa creencia era falsa. La CONAMED no se dedica a buscar culpables, por el contrario, ha tratado continuamente de mejorar la identificación de las raíces de los problemas, mediante un protocolo de análisis con metodología, aplicación sistemática y ordenada, pero sobre todo, mediante análisis imparcial, informado y atendido por expertos que permita identificar tanto el origen del problema como el ofrecimiento de soluciones.

2. El arbitraje médico se ha venido fortaleciendo continuamente a lo largo de su historia. Actualmente, la experiencia adquirida le ha permitido incorporar con mayor fuerza la investigación sobre este asunto (sin duda, tema relevante de la salud pública y prácticamente nuevo en la investigación de servicios de salud), y orientar sus recomendaciones de mejora de la práctica clínica y la seguridad de los pacientes que utilizan los servicios médicos.
3. La queja médica en México aún no se refleja en la proporción debida con relación al número de acciones que se llevan a cabo en el Sistema Nacional de Salud. Por ejemplo, en 2008 se otorgaron más de 284 millones de consultas externas en el país². Si consideramos algunas investigaciones sobre eventos adversos³ en torno a la probabilidad de contar con uno de ellos, resulta que ésta es del 10% cuando se ingresa a un hospital o institución de salud (pública o privada, indistintamente). El volumen de estos eventos no se ve reflejado en la atención de inconformidades presentadas en la CONAMED. Para ese periodo, la atención global de inconformidades fue de 14,673 asuntos, este volumen no es significativo con esa relación global de consulta externa, particularmente en México, donde se aprecia que la cultura de *“quejarse por percepción de mala atención médica”* en general todavía es incipiente (por ejemplo, con la consulta externa, esto sería una proporción de una inconformidad por cada 1,936 consultas). No obstante, el volumen de inconformidades permite apuntar una doble trayectoria de las tendencias observadas: por un lado, se trata sin duda, de un problema de salud pública que debe ser atendido como tal, con propuestas programáticas amplias en cobertura y sobre todo en la formación, la asistencia y la

² Anexo estadístico del *Tercer Informe de Gobierno*, México, Presidencia de la República, 2009.

³ “El estudio de Prevalencia de Eventos Adversos en Hospitales de Latinoamérica (IBEAS) ha sido el resultado de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Es el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para medir los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales [...] en pro de la seguridad del paciente” (http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf).

“El Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos (ENEAS) fue realizado a través de un convenio entre la Universidad Miguel Hernández y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España. El documento presenta la metodología y resultados del estudio de eventos adversos (EAs) en hospitales de España. Este estudio permitió conocer la proporción de EAs que se producen en el periodo de prehospitalización, describir las causas inmediatas del EA, definir los EAs evitables, conocer el impacto de los EAs en términos de incapacidad, éxitos y/o prolongación de la estancia hospitalaria” (http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/recursos/documentos/43_Estudio_ENEAS.pdf).

investigación sobre la queja médica. Por el otro lado, no queda la menor duda de que es suficiente para alertar sobre la calidad de los servicios que se prestan y tomar medidas que la mejoren⁴.

4. A partir de la creación de la CONAMED, se ha establecido en México el estudio de las quejas relacionadas con la atención médica. Para tal efecto, ha sido de gran utilidad en esta institución, la herramienta que lleva por nombre *Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes* (SAQMED), al facilitar la integración de las bases de datos para la estadística institucional. No obstante, dicha estadística ha transitado por diversos enfoques para dar respuesta principalmente sobre el desempeño de la Comisión, sin que previamente se haya considerado la elaboración de un marco metodológico-conceptual que asegure haber determinado a través de una investigación previa los temas y conceptos de interés, así como la estandarización de criterios con bases metodológicas recomendadas por el INEGI, órgano facultado para regular la captación, procesamiento y publicación de la información que se genere.
5. El marco conceptual de la queja médica ha sido elaborado bajo las recomendaciones para la integración de información, consistentes con el INEGI, el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y los lineamientos del CMAM. Dichas recomendaciones han sido el instrumento que guía la integración de la información estadística y serán la pauta para las Comisiones estatales con el propósito de facilitar la generación de la estadística nacional dentro de la propuesta del SINAREQ, que permita reflejar las características de los principales componentes o actores que participan en la relación “paciente-atención médica-queja”.
6. Este trabajo en particular consideró uno de los ocho temas que integran el marco conceptual, relacionado con la atención de inconformidades en los 15 años de trayectoria de la CONAMED. De la información analizada, se visualiza la importancia de impulsar el registro de información sobre los asuntos que atienden las Comisiones estatales de arbitraje médico por medio del SINAREQ.

⁴ En la conferencia inaugural del Simposio de CONAMED 2008, Juan Siso mencionó que en términos de investigación y análisis, cada queja médica “[...] se puede convertir en un tesoro para la calidad de la atención”.

ANEXO ESTADÍSTICO

CUADRO 1
 ASUNTOS RECIBIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
 CONAMED, JUNIO DE 1996 - DICIEMBRE DE 2010.

Año	Tipo de asunto					
	Total	Orientación	Asesoría especializada	Gestión inmediata	Queja	Dictamen
1996	2.907	-	1.597	72	1.158	80
1997	3.780	-	1.935	352	1.347	146
1998	18.058	13.665	2.017	468	1.494	414
1999	16.458	11.695	1.850	579	1.749	585
2000	15.265	10.342	1.672	692	1.915	644
2001	12.937	7.537	2.464	738	1.478	720
2002	14.409	9.071	2.849	862	1.172	455
2003	23.847	17.864	3.145	941	1.514	383
2004	20.433	14.696	3.060	698	1.545	434
2005	17.908	11.141	4.126	594	1.661	386
2006	19.036	12.260	4.179	591	1.657	349
2007	17.369	10.664	4.187	494	1.753	271
2008	14.673	7.390	4.596	553	1.793	341
2009	12.574	5.435	4.352	588	1.789	410
2010	11.585	4.421	4.555	654	1.652	303

FUENTE: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional *.

* La fuente es la misma para todos los cuadros y gráficas de este capítulo, excepto en el caso del cuadro 6, donde además participó el SUATEL (Sistema Único de Atención Telefónica).

CUADRO 2
 ASUNTOS CONCLUIDOS POR AÑO SEGÚN TIPO Y MODALIDAD.
 CONAMED, JUNIO DE 1996 - DICIEMBRE DE 2010.

Año	Total	Modalidades de conclusión de las quejas												
		Orientaciones	Asesorías especializadas	Gestiones inmediatas	Subtotal	Convenio de conciliación	Laudo	No conciliación	Propuesta de arreglo	Falta de interés procesal en DGC	Falta de interés procesal en DGA	Sobresimiento ^{al}	Enviadas a las Comisiones estatales	Dictámenes
1996	2,306	-	1,597	72	593	309	-	92	-	75	-	117	-	44
1997	3,971	-	1,935	352	1,546	750	12	532	-	133	9	110	-	138
1998	17,864	13,665	2,017	468	1,439	742	29	543	-	82	11	32	-	275
1999	16,321	11,695	1,850	579	1,643	809	43	624	-	97	32	19	19	554
2000	15,445	10,342	1,672	692	1,997	947	29	854	-	139	15	3	10	742
2001	12,758	7,537	2,464	738	1,546	763	33	567	-	103	35	42	3	473

CUADRO 3 (continuación)

2002	14,560	9,071	2,849	862	1,114	568	19	342	38	101	13	31	2	664
2003	23,702	17,864	3,145	941	1,309	704	29	285	33	154	62	42	-	443
2004	20,393	14,696	3,060	698	1,508	801	35	313	21	206	75	57	-	431
2005	17,894	11,141	4,126	594	1,608	782	55	397	20	201	106	47	-	425
2006	18,897	12,260	4,179	591	1,544	805	63	331	9	207	88	40	1	323
2007	17,298	10,664	4,187	494	1,667	840	86	364	6	241	105	25	-	286
2008	14,578	7,390	4,596	553	1,734	846	75	417	5	248	127	16	-	305
2009	12,510	5,435	4,352	588	1,748	863	72	503	-	244	57	9	-	387
2010	11,659	4,421	4,555	654	1,671	852	42	473	-	260	36	8	-	358

a/ Incluye: Por fallecimiento del usuario o del prestador de servicios de salud; improcedencia por juicio civil; improcedencia por ser materia laboral; improcedencia por existir averiguación previa; improcedencia por pretender sólo una sanción; improcedencia porque la controversia sea por el monto de los servicios; improcedencia por prescripción, cuando la queja sea incompleta, imprecisa, oscura o ambigua; por falta de legitimación procesal; por desistimiento de la instancia; y por caducidad.

CUADRO 3
 DICTÁMENES CONCLUIDOS POR AÑO SEGÚN MODALIDAD.
 CONAMED, JUNIO DE 1996 - DICIEMBRE DE 2010.

Año	Total	Modalidad de conclusión					
		Por emisión de dictamen	Análisis y asesoría técnica	Acumulación de dictamen	Pronunciamiento institucional	Devolución por falta de elementos para peritar	No especificado
1996	44	1	-	2	-	-	41
1997	138	133	-	-	-	5	-
1998	275	239	-	7	-	29	-
1999	554	544	-	1	-	9	-
2000	742	691	-	-	-	51	-
2001	473	471	-	-	-	2	-
2002	664	647	-	-	-	17	-
2003	443	427	-	-	-	16	-
2004	431	425	-	-	-	6	-
2005	425	423	-	-	-	2	-
2006	323	321	-	-	1	1	-
2007	286	283	2	-	-	1	-
2008	305	300	2	-	-	3	-
2009	387	380	1	-	-	6	-
2010	358	358	-	-	-	-	-

CUADRO 4
ESTADO DE LOS ASUNTOS RECIBIDOS AL TÉRMINO DE CADA AÑO.
CONAMED, JUNIO DE 1996 - DICIEMBRE DE 2009.

Año	En proceso al inicio del año ^{a/}	Recibidos	Universo de asuntos por atender ^{b/}	Concluidos	En proceso al término del año ^{c/}		
					Total	Quejas	Dictámenes
1996	N. A.	2,907	2,907	2,306	601	565	36
1997	601	3,780	4,381	3,971	410	366	44
1998	410	18,058	18,468	17,864	604	421	183
1999	604	16,458	17,062	16,321	741	527	214
2000	741	15,265	16,006	15,445	561	445	116
2001	561	12,937	13,498	12,758	740	377	363
2002	740	14,409	15,149	14,560	589	435	154
2003	589	23,847	24,436	23,702	734	640	94
2004	734	20,433	21,167	20,393	774	677	97
2005	774	17,908	18,682	17,894	788	730	58
2006	788	19,036	19,824	18,897	927	843	84
2007	927	17,369	18,296	17,298	998	929	69
2008	998	14,673	15,671	14,578	1093	988	105
2009	1,093	12,574	13,667	12,510	1157	1,029	128
2010	1,157	11,585	12,742	11,659	1083	1,010	73

N. A.: No aplica.

^{a/} Esta columna refleja el número de asuntos que no se resolvieron al concluir el año inmediato anterior.

^{b/} Resulta de sumar el número de asuntos en proceso al iniciar el año más los asuntos recibidos.

^{c/} La cifra registrada en esta columna es el resultado de la suma de los asuntos en proceso al inicio del año más los asuntos recibidos en el año, menos el número de asuntos concluidos en el año.

CUADRO 5
 ASUNTOS RECIBIDOS EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE ORIENTACIÓN Y GESTIÓN
 POR AÑO SEGÚN TIPO DE SERVICIO BRINDADO.
 CONAMED, JUNIO DE 1996 - DICIEMBRE DE 2010.

Año	Tipo de servicio				
	Total	Orientaciones	Asesorías especializadas	Gestiones inmediatas	Documentación de quejas ^{al}
1996	2,827	-	1,597	72	1,158
1997	3,634	-	1,935	352	1,347
1998	17,644	13,665	2,017	468	1,494
1999	15,870	11,695	1,850	579	1,746
2000	14,617	10,342	1,672	692	1,911
2001	12,217	7,537	2,464	738	1,478
2002	13,940	9,071	2,849	862	1,158
2003	23,451	17,864	3,145	941	1,501
2004	19,981	14,696	3,060	698	1,527
2005	17,504	11,141	4,126	594	1,643
2006	18,666	12,260	4,179	591	1,636
2007	17,088	10,664	4,187	494	1,743
2008	14,319	7,390	4,596	553	1,780
2009	12,141	5,435	4,352	588	1,766
2010	11,263	4,421	4,555	654	1,633

^{al} Excluye 156 quejas recibidas de Comisiones estatales para arbitraje.

CUADRO 6
ASUNTOS ATENDIDOS EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE ORIENTACIÓN Y GESTIÓN
POR AÑO SEGÚN FORMA DE RECEPCIÓN.
CONAMED, JUNIO DE 1996-DICIEMBRE DE 2010.

Año	<i>Formas de recepción</i>					
	<i>Total</i>	<i>Correspondencia</i>	<i>E-mail</i>	<i>Personal</i>	<i>Telefónica</i>	<i>No disponible</i>
1996	2,827	400	-	1,218	1	1,208
1997	3,634	353	-	2,539	-	742
1998	17,644	714	-	2,478	495	13,957
1999	15,870	1,228	-	2,698	70	11,874
2000	14,617	1,489	-	2,684	22	10,422
2001	12,217	1,661	370	2,538	39	7,609
2002	13,940	1,561	403	2,499	406	9,071
2003	23,451	1,539	768	2,747	533	17,864
2004	19,981	1,822	525	3,176	14,458	-
2005	17,504	1,964	1,575	3,181	10,784	-
2006	18,666	1,722	2,210	2,641	12,093	-
2007	17,088	1,539	2,280	3,156	10,113	-
2008	14,319	1,583	2,815	3,147	6,774	-
2009	12,141	1,617	3,362	2,374	4,788	-
2010	11,263	1,300	3,190	2,426	4,347	-

CUADRO 7
 QUEJAS ATENDIDAS EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE CONCILIACIÓN ^{al} POR AÑO
 SEGÚN CONDICIÓN ADMINISTRATIVA AL CORTE DEL PERIODO.
 CONAMED, JUNIO DE 1996 - DICIEMBRE DE 2010.

<i>Año</i>	<i>Recibidas</i>	<i>Concluidas</i>	<i>Turnadas a arbitraje</i>	<i>En proceso al término del año</i>
1996	1,158	588	30	540
1997	1,347	1,504	64	319
1998	1,494	1,381	75	357
1999	1,728	1,537	63	485
2000	1,901	1,936	54	396
2001	1,475	1,464	70	337
2002	1,158	1,010	124	361
2003	1,501	1,164	145	553
2004	1,527	1,348	168	564
2005	1,643	1,403	171	633
2006	1,635	1,365	181	722
2007	1,743	1,454	207	804
2008	1,780	1,500	177	907
2009	1,766	1,594	115	964
2010	1,633	1,582	114	901

^{al} De 1996 a 2000, incluye información de asuntos atendidos por la Dirección General de Coordinación Regional.

CUADRO 8
 QUEJAS CONCLUIDAS EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE CONCILIACIÓN POR AÑO
 SEGÚN MODALIDAD.
 CONAMED, JUNIO DE 1996 - DICIEMBRE DE 2010.

Año	Total	Modalidad de conclusión				
		Convenio de conciliación	No conciliación	Falta de interés procesal	Sobreseimiento ^{af}	Enviado a otra Comisión de Arbitraje Médico
1996	588	306	92	75	115	-
1997	1,504	735	532	133	104	-
1998	1,381	725	543	82	31	-
1999	1,537	798	624	97	17	1
2000	1,936	940	854	139	3	-
2001	1,464	755	567	103	39	-
2002	1,010	535	342	101	30	2
2003	1,164	683	285	154	42	-
2004	1,348	776	313	206	53	-
2005	1,403	762	397	201	43	-
2006	1,365	787	331	207	40	-
2007	1,454	824	364	241	25	-
2008	1,500	820	417	248	15	-
2009	1,594	838	503	244	9	-
2010	1,582	842	473	260	7	-

Nota: Incluye quejas que hasta 2001 atendía la Dirección General de Coordinación Regional.

^{af} Incluye: Por fallecimiento del usuario o del prestador de servicios de salud; improcedencia por juicio civil; improcedencia por ser materia laboral; improcedencia por existir averiguación previa; improcedencia por pretender sólo una sanción; improcedencia porque la controversia sea por el monto de los servicios; improcedencia por prescripción, cuando la queja sea incompleta, imprecisa, oscura o ambigua; por falta de legitimación procesal; por desistimiento de la instancia; y por caducidad.

CUADRO 9
 QUEJAS ATENDIDAS EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE ARBITRAJE POR AÑO SEGÚN
 CONDICIÓN ADMINISTRATIVA AL CORTE DEL PERIODO.
 CONAMED, JUNIO DE 1996 - DICIEMBRE DE 2010.

Año	Recibidas			Quejas concluidas	En proceso al término del año
	Total	Procedentes de la D. G. C.	Procedentes de comisiones estatales		
1996	30	30	-	5	25
1997	64	64	-	42	47
1998	75	75	-	58	64
1999	66	63	3	88	42
2000	58	54	4	51	49
2001	70	70	-	79	40
2002	138	124	14	104	74
2003	158	145	13	145	87
2004	186	168	18	160	113
2005	189	171	18	205	97
2006	202	181	21	178	121
2007	217	207	10	213	125
2008	190	177	13	234	81
2009	138	115	23	154	65
2010	133	114	19	89	109

CUADRO 10
 QUEJAS CONCLUIDAS EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE ARBITRAJE POR AÑO SEGÚN
 MODALIDAD.
 CONAMED, JUNIO DE 1996 - DICIEMBRE DE 2010.

Año	Total	Modalidad de conclusión				
		Convenio de conciliación	Laudó	Propuesta de arreglo	Falta de interés procesal	Sobreseimiento ^{al}
1996	5	3	-	-	-	2
1997	42	15	12	-	9	6
1998	58	17	29	-	11	1
1999	88	11	43	-	32	2
2000	51	7	29	-	15	-
2001	79	8	33	-	35	3
2002	104	33	19	38	13	1
2003	145	21	29	33	62	-
2004	160	25	35	21	75	4
2005	205	20	55	20	106	4
2006	178	18	63	9	88	-
2007	213	16	86	6	105	-
2008	234	26	75	5	127	1
2009	154	25	72	-	57	-
2010	89	10	42	-	36	1

^{al} Incluye: Por fallecimiento del usuario o del prestador de servicios de salud; improcedencia por juicio civil; improcedencia por ser materia laboral; improcedencia por existir averiguación previa; improcedencia por pretender sólo una sanción; improcedencia porque la controversia sea por el monto de los servicios; improcedencia por prescripción, cuando la queja sea incompleta, imprecisa, oscura o ambigua; por falta de legitimación procesal; por desistimiento de la instancia; y por caducidad.

CUADRO 11
SOLICITUDES DE DICTAMEN ATENDIDAS EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE
ARBITRAJE POR AÑO SEGÚN ESTATUS.
CONAMED, JUNIO DE 1996 - DICIEMBRE DE 2010.

<i>Año</i>	<i>Recibidas</i>	<i>Concluidas</i>	<i>En proceso al término del año</i>
1996	80	44	36
1997	146	138	44
1998	414	275	183
1999	585	554	214
2000	644	742	116
2001	720	473	363
2002	455	664	154
2003	383	443	94
2004	434	431	97
2005	386	425	58
2006	349	323	84
2007	271	286	69
2008	341	305	105
2009	410	387	128
2010	303	358	73

BIBLIOGRAFÍA

- Art. 113 Constitucional.
- *Código Civil Federal*, arts. 1910, 1912 y 1915.
- *Ley General de Salud*, “Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica”.
- CMAM y CONAMED, *Memoria del Cuarto Taller Nacional de Homologación del Modelo de Arbitraje Médico*, San Luis Potosí, 20 de mayo, 2005.
- CONAMED, “Guía de términos sobre motivos de queja de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico”, México, CONAMED, 2008.
- _____, “Procedimiento operativo. Sección. 7.5.1-11”, Revisión 19 (2 de abril de 2007).
- _____, “Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la CONAMED”, publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, México, 25 de julio, 2007.
- _____, *Informe anual de labores 2005*, México, CONAMED, 2006.
- _____ e INEGI, *Memoria del II Taller “Hacia un Sistema Nacional de Registro e Información de la Queja Médica”*, Ciudad de México, 10 y 11 de diciembre, 2008.
- DOF, “Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico”, México, 30 de septiembre, 1999, Primera sección.
- _____, “Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico”, México, 3 de junio, 1996.
- _____, “Ley General de Salud”, última reforma publicada el 31 de mayo de 2009.
- Fajardo Ortiz, Guillermo, *Diccionario terminológico de administración de la atención médica*, México, Edit. Salvat, 1983.
- Ley Reglamentaria del art. 5° Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005*, Madrid, febrero de 2006. Documento electrónico consultado en el sitio de Internet http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/recursos/documentos/43_Estudio_ENEAS.pdf
- Ministerio de Sanidad y Política Social de España; Dirección del Proyecto IBEAS, *Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica*, Informes, Estudios e Investigación, Madrid, 2009. Documento electrónico consultado en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf

- OMS, *Evaluación de los programas de salud. Normas fundamentales*, Ginebra, Suiza, OMS, 1981 (Serie “Salud para todos”, núm. 6).
- Pallares, Eduardo, *Diccionario de Derecho Procesal Civil*, México, Edit. Porrúa, 24ª. edición, 1998.

Sistema Nacional de Registro de la Queja Médica¹

*Germán E. Fajardo Dolci
Francisco Hernández Torres
Sergio Raúl Velázquez Castillo
María Teresa Aguilar Romero
Juan Manuel Pérez Barajas
Alfredo Escalante Martínez
José Vicente Bautista Estrada*

EN LA CONAMED, EL MODELO DE ATENCIÓN de quejas implementado ha sido promovido en las Comisiones de arbitraje médico ubicadas en los estados de la república. La disparidad que existe entre estas instituciones en cuanto al marco jurídico, la estructura orgánica y el presupuesto asignado, han sido factores determinantes para establecer estrategias por parte de la CONAMED que conlleven a homologar la operación de las mismas y el aprovechamiento estadístico de la información derivada de los asuntos que atienden.

De entre los mecanismos propuestos, surgió la necesidad de contar con un Sistema Nacional de Registro de la Queja Médica (SINAREQ), donde participen todas aquellas instituciones que atienden inconformidades por alguna irregularidad en la prestación de servicios médicos para evaluar su magnitud real y conocer el índice de mala práctica que pudiera existir en ellas, dado la repercusión que eso puede representar en ciertos casos sobre la seguridad de los pacientes.

¹ Para la conformación y seguimiento del proyecto, la CONAMED y el INEGI integraron un equipo de trabajo con los siguientes funcionarios: Francisco Hernández Torres, Sergio Velázquez Castillo, María Teresa Aguilar Romero, Juan Manuel Pérez Barajas, Alfredo Escalante Martínez, José Vicente Bautista Estrada, Celia Guadalupe Martínez Baeza, Arturo Valdés Álvarez y Álvaro Vázquez Palomares.

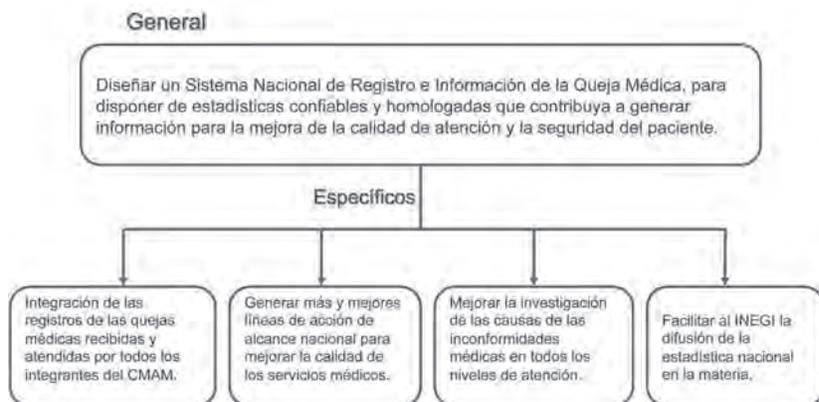


Figura 1. Objetivos del SINAREQ.

En julio de 2008, el proyecto del SINAREQ fue presentado a las autoridades de la CONAMED y en ese mismo año fue aprobado por los miembros del CMAM. Aún cuando esta propuesta tiene como antecedente inmediato el Convenio de Colaboración para la Atención de Quejas Médicas celebrado en agosto de 1998 entre la entonces SECODAM, SSA, CNDH, IMSS, ISSSTE y la CONAMED², no se logró homologar la información a través de normar tanto la génesis como la presentación de información, el soporte jurídico de esta coordinación y el sistema de información.

La consolidación del proyecto implica, además de conjugar una serie de esfuerzos y voluntades, la celebración de convenios de colaboración entre las partes que atienden inconformidades médicas y la implementación de mecanismos necesarios, en las diversas etapas de éste.

La primera etapa del proyecto tuvo el propósito de efectuar el diseño conceptual de información y la incorporación de la CONAMED y Comisiones estatales de arbitraje médico para la generación de información estadística.

² De este Convenio, sobresale por su trascendencia la declaración conjunta que se emitió durante la firma y que a la letra dice:

“Que [las instituciones] han llevado a cabo reuniones y desarrollado acciones conjuntas desde hace más de seis meses, con el fin de determinar los aspectos relativos a las quejas médicas, establecer las bases y lineamientos bajo los cuales se atenderán las mismas y los mecanismos para agilizar su atención; diseñando además, un sistema informático para el registro, control y seguimiento de las quejas médicas, con la finalidad de tener una base de datos común a todas las instituciones, que evite la duplicidad en la captación y resolución de las quejas médicas y permita la realización de las consultas interinstitucionales que se requieran”.



Figura 2. Carácter sectorial del SINAREQ.

En la segunda etapa del proyecto se buscará establecer convenios de colaboración con el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, Órganos Internos de Control y Comisiones de Derechos Humanos, con la finalidad de que participen en el SINAREQ. En la tercera etapa, se pretende llevar a cabo dichos convenios de colaboración con instancias de impartición de justicia.

En particular para el diseño conceptual de información estadística del SINAREQ, se contó con la asesoría del INEGI y con la colaboración de funcionarios de las Comisiones estatales³, conformándose al final un Grupo Técnico que laboró en la consecución de los objetivos del proyecto⁴ en su primera etapa, que a su vez se espera concluir en 2011.

³ Curso-Taller sobre el marco conceptual, las formas de captación y presentación de datos estadísticos. Aguascalientes, Ags., 13 al 17 de octubre, 2008. II Taller para el desarrollo del marco conceptual; Ciudad de México, 10 y 11 de diciembre, 2008.

⁴ Reunión sobre "Marco conceptual del Sistema Nacional de Información de la Queja en los Servicios de Salud", Ciudad de México, 24 y 25 de junio, 2009. Acuerdo 2-XVSOCMAM/XI/2009; Décima Quinta Sesión Ordinaria del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, Oaxaca de Juárez, Oaxaca, 12 de noviembre, 2009. Reunión para definir el catálogo de especialidades médicas y adecuaciones al marco conceptual, Ciudad de México, 2 de diciembre, 2009. Acta de acuerdos del taller "El SAQMED Estatal

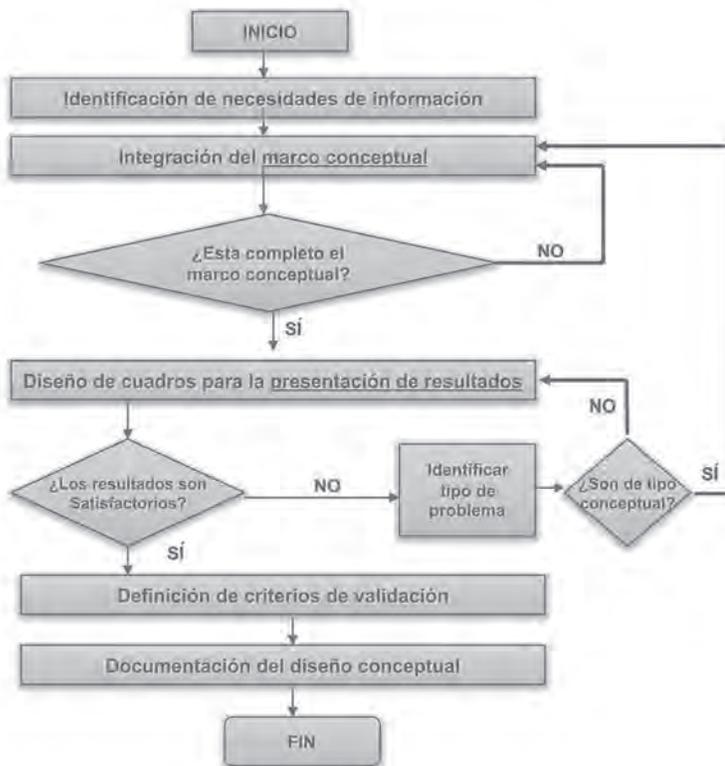


Figura 3. Diagrama general del flujo del diseño conceptual.

La ejecución de las fases del diseño conceptual se ha realizado de acuerdo con la metodología planteada dentro del *Manual para el diseño conceptual* publicado por el INEGI (2010), con lo que se facilitó determinar los conceptos básicos que interesa captar en materia de arbitraje médico para identificar la magnitud del fenómeno y definir los cuadros estadísticos para la presentación de la información, lo que a la postre asegurará la integración de datos estadísticos consistentes, completos y homogéneos.

El esquema general de su contenido se ve reflejado en el marco conceptual de información estadística, donde han quedado plasmados los temas, categorías, variables, clasificaciones y definiciones de dichos conceptos.

en el contexto del SINAREQ”, Ciudad de México, 30 de julio, 2010. Acta de acuerdos de la Reunión de trabajo del SINAREQ para la homologación de catálogos, Ciudad de México, 5 de noviembre, 2010.

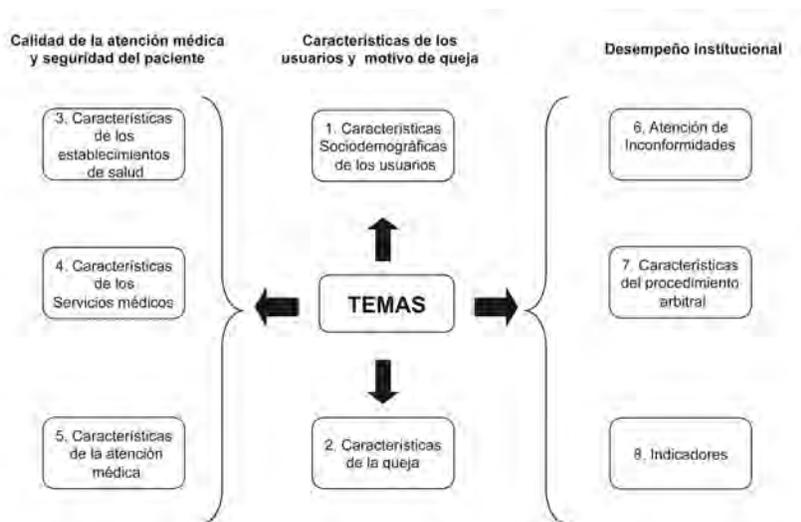


Figura 4. Marco Conceptual de información estadística sobre arbitraje médico.

Así mismo, se cuenta con 19 cuadros estadísticos que dan cuenta de los siguientes aspectos:

- Número de asuntos recibidos y concluidos por tipo de servicio ofrecido
- Edad y sexo de los usuarios
- Instancias o dependencias públicas que solicitan dictámenes médicos
- Motivos de las quejas
- Tipo de instituciones médicas relacionadas con las quejas
- Especialidades y servicios médicos concernientes al caso
- Proporción de quejas resueltas a través de la emisión de laudos con evidencia de mala práctica
- Proporción de dictámenes con evidencia de mala práctica
- Proporción de quejas resueltas mediante la emisión de laudos donde se comprueba que hubo responsabilidad institucional
- Proporción de dictámenes con responsabilidad institucional
- Modalidad de conclusión de las quejas.

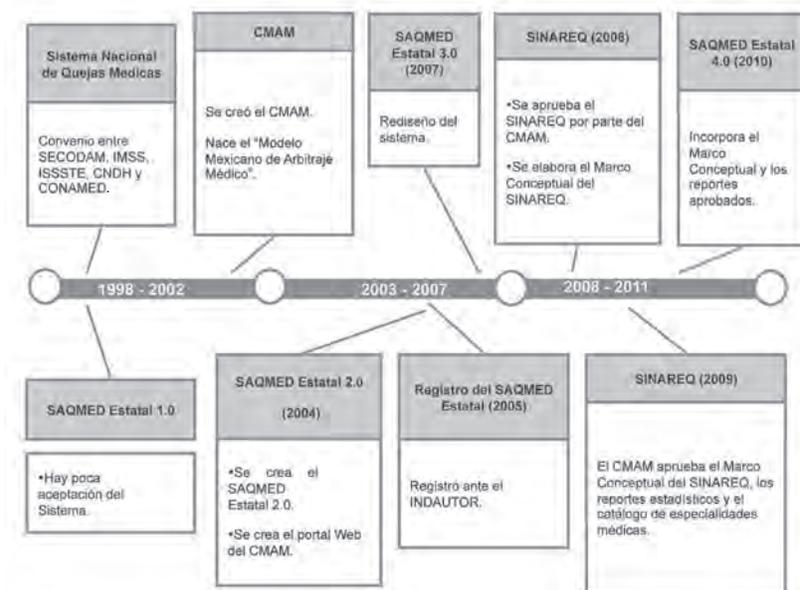


Figura 5. Línea de tiempo del SINAREQ.

Para el registro y procesamiento de los datos se consideró conveniente el aprovechamiento del SAQMED. Esta herramienta ha sido utilizada en la CONAMED desde 1997 y ha ido evolucionando al paso del tiempo.

Esta herramienta es operada por el personal responsable de la atención de usuarios y entre sus características están las siguientes:

- Generación de todos los tipos de documentos que deben suscribirse para la resolución de los casos en las diferentes fases del proceso de atención.
- Aseguramiento de la base de datos, es decir que sólo se pueden realizar modificaciones a los asuntos capturados en el mes que fueron ingresados al sistema o concluidos.

Como parte del proyecto y con el propósito de integrar la estadística a nivel nacional, la herramienta ha sido adaptada para su operación en las Comisiones estatales, lo que da la posibilidad de producir los cuadros estadísticos del SINAREQ para su colocación en el sitio Web del CMAM.



LOGROS Y PERSPECTIVAS

En verdad, los avances alcanzados durante la primera etapa del proyecto, resultan trascendentes ante los siguientes logros:

1. Aprobación del proyecto del SINAREQ por el CMAM.
2. Colaboración e integración al proyecto por parte de las 26 Comisiones estatales del país.
3. Establecimiento de las bases que conducirán el SINAREQ de acuerdo con el marco conceptual de información estadística sobre arbitraje médico.
4. Estandarización de los catálogos y reportes estadísticos.
5. Homologación de criterios para la integración de información estadística.
6. Adaptación de la herramienta informática para los fines del SINAREQ.

Sin embargo, existen tareas pendientes que representan un reto para consolidar este proyecto, sobre todo porque depende de la participación de otras instituciones que atienden inconformidades surgidas en la prestación

de servicios de salud. Según lo planteado en el proyecto del SINAREQ, la adición de estas instituciones debe darse entre 2011 y principios de 2012 mediante el establecimiento de convenios y acuerdos.

Por otra parte, sería importante para el fortalecimiento de dicho proyecto, la formalización del Grupo técnico de trabajo, capacitar al personal de las Comisiones estatales en materia de estadística, y avanzar en la sistematización del intercambio de información entre el portal del CMAM y las herramientas informáticas utilizadas para el proyecto.

REFLEXIONES FINALES

El conocimiento de la queja médica en el ámbito nacional debe ser un insumo que transforme la atención médica a niveles máximos de calidad y de seguridad para el paciente; en consecuencia, el SINAREQ debe administrar los datos y cumplir con los atributos de disponibilidad, oportunidad, veracidad, suficiencia y confiabilidad.

Para el cumplimiento de lo anterior y considerando que la implementación del SINAREQ se ve condicionada por la contribución de las instituciones, es de suma importancia *llevar a cabo la firma de convenios de colaboración y definir los tiempos de entrega de información*.

Por otra parte, en materia de información sobre quejas médicas existe una multiplicidad de sistemas que aunque casi siempre satisfacen las necesidades estadísticas, habrá que considerar para el futuro plantear un cambio en el sentido del aprovechamiento de la plataforma del expediente clínico electrónico y conformar una base de datos única sobre quejas médicas, lo que conllevaría beneficios tanto para el acortamiento de los tiempos en la atención de las quejas, como en la generación de información estadística con las características mencionadas, y en cuanto al análisis de las quejas, con enfoque epidemiológico.

BIBLIOGRAFÍA

- CONAMED, *Primer Informe de Actividades: junio 1996-mayo 1997*, México, CONAMED, 1997, 86 pp.
- _____, *Segundo Informe de Actividades, junio 1997-mayo 1998*, México, CONAMED, 1998, 106 pp.

- _____, *Tercer Informe de Actividades, junio 1998-mayo 1999*, México, CONAMED, 1999, 123 pp.
- _____, *Cuarto Informe de Actividades, junio 1999-mayo 2000*, México, CONAMED, 2000, 158 pp.
- _____, *Informe Anual de Labores 2001*, México, CONAMED, 2002, 96 pp.
- _____, *Informe Anual de Labores 2002*, México, CONAMED, 2003, 134 pp.
- _____, *Informe Anual de Labores 2003*, México, CONAMED, 2004, 120 pp.
- _____, *Informe Anual de Labores 2004*, México, CONAMED, 2005, 150 pp.
- _____, *Informe Anual de Labores 2005*, México, CONAMED, 2006, 146 pp.
- _____, *Diez años de arbitraje médico en México*, México, CONAMED, 2006, 686 pp.
- _____, *Informe Anual de Labores 2006*, México, CONAMED, 2007, 113 pp.
- _____, *Informe Anual de Labores 2007*, México, CONAMED, 2008, 112 pp.
- _____, *Informe Anual de Labores 2008*, México, CONAMED, 2009, 110 pp.
- _____, *Informe Anual de Labores 2009*, México, CONAMED, 2010.
- _____, “Marco conceptual de información sobre arbitraje médico” (documento inédito de circulación interna para miembros del CMAM).
- INEGI, *Manual para el diseño conceptual*, México, INEGI, 2010, documento disponible en el sitio de Internet: <<http://www.inegi.org.mx/inegi/spc/Bibliografia.aspx>> (consultado el 6 de abril de 2011).
- Zepeda-Camacho, U., “Sistema de Atención de Quejas Médicas, historia y desarrollo”, *Revista CONAMED*, México, 2000, núm. 14, enero-marzo, pp. 32-35.

El Consejo Mexicano de Arbitraje Médico¹

Joaquín R. Narro Lobo

INTRODUCCIÓN

EL PRESENTE CAPÍTULO CONSTITUYE una aportación para el entendimiento del arbitraje médico en el país. A lo largo de las siguientes líneas, el lector podrá comprender de mejor manera cómo es que funcionan las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico en el concierto nacional. Sin lugar a dudas, para entender la verdadera y justa dimensión del arbitraje médico, es indispensable analizar cada uno de sus componentes, como son las instituciones que llevan a cabo los procedimientos para la solución de controversias. Así, entender cómo operan tanto la CONAMED como las Comisiones estatales, es básico; resulta igual de significativo conocer los mecanismos que les permiten funcionar como un todo.

El Consejo Mexicano de Arbitraje Médico (CMAM), como órgano rector del arbitraje médico en el país, resulta del esfuerzo y la suma de voluntades de la Comisión nacional y las Comisiones estatales. A nueve años de su creación, el CMAM se encuentra vigoroso y con un proyecto definido de lo que se busca para el arbitraje médico en el país. En las siguientes páginas, el lector descubrirá la importancia de este órgano, al tiempo que comprenderá las funciones del Consejo, como son la retroalimentación de experiencias locales, la definición de programas de alcance nacional, y el establecimiento de líneas directrices sobre las que en su ámbito de competencia habrán de trabajar cada una de las Comisiones en los estados.

A pesar de la poca literatura y del gran desconocimiento que hay en la materia, creemos que el presente esfuerzo sembrará la curiosidad en muchos estudiosos para profundizar en el tema del arbitraje médico. En todo caso,

¹ Una versión anterior de este texto se publicó como capítulo del libro *Situación del arbitraje médico en México: las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico*, México, CONAMED-Francoforte, 2011.

estamos seguros de que el tema del arbitraje médico compete a todos, especialistas o no, pues invariablemente habrá un momento en el que nos convirtamos en usuarios de servicios médicos y con ello, potenciales quejosos ante un acto médico en el que pudiera existir mala práctica, negligencia, impericia o incluso dolo, por parte de los prestadores de dichos servicios.

De esta manera, esta contribución constituye un esfuerzo por difundir la importancia del arbitraje médico en México, el desarrollo de sus instituciones en las entidades federativas, y el surgimiento, atribuciones, retos y perspectivas del máximo representante del mismo: el Consejo Mexicano de Arbitraje Médico.

ORIGEN DEL ARBITRAJE MÉDICO EN MÉXICO

Cuando en junio de 1996 la CONAMED vio la luz como una institución del Estado Mexicano, probablemente pocos entendieron la trascendencia que 15 años después tendría en la sociedad. Más aún, es difícil saber si al imaginar la existencia de una entidad pública encargada de dirimir las controversias entre los prestadores de servicios médicos y los usuarios, sus creadores dimensionaron el servicio que, en los hechos, habría de hacerse en favor del pueblo de México. Hoy, con tres lustros de existencia, la CONAMED se ha convertido en un pilar del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Algunas personas opinan que la Comisión surgió como demanda de un grupo de médicos del estado de Campeche que, ante los crecientes casos de inconformidad por parte de los pacientes de dicha entidad federativa, exigieron al titular de la Secretaría de Salud el establecimiento de una institución que tuviera la sensibilidad, la experiencia y el conocimiento para determinar, con razón suficiente, si en el acto médico motivo de la inconformidad había existido mala práctica, negligencia, impericia o incluso dolo. Otros argumentan que la creación de la CONAMED responde a una demanda ciudadana que permitiera reconocer la verdadera dimensión de las fallas en la prestación de servicios médicos.

A decir verdad, más allá de constituir una verdad histórica, los motivos que llevaron a la instauración de esta entidad pública importan poco. No es nuestro objetivo polemizar en cuanto a las causas, sino ahondar en los efectos de una de las decisiones más atinadas y certeras del Sector Salud en los últimos años. Hoy basta con saber que la CONAMED se ha convertido en una institución que procura resolver las controversias que puedan suscitarse entre prestadores y usuarios de servicios médicos, al tiempo que contri-

buye a la mejora en la calidad de los servicios médicos públicos, y se incentiva un cambio cultural entre los prestadores privados².

Gracias a la creación de la CONAMED, hoy es posible afirmar, sin lugar a dudas, que los mexicanos cuentan con una institución fundamental en la preservación del derecho a la protección de la salud. Sin ella, no sería posible contar con mejores niveles de calidad en la atención médica que los existentes en 1996. No obstante, sus logros se magnifican cuando se mira el entorno nacional, donde 26 entidades federativas cuentan con instituciones similares que velan por los derechos de las personas como usuarios de servicios médicos. Quizás ahí, en el hecho de su repercusión e influencia en los gobiernos locales, radica una de las más grandes aportaciones de la CONAMED³.

EL ARBITRAJE MÉDICO EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

Con 26 Comisiones en igual número de entidades federativas y una Comisión nacional que atiende los asuntos suscitados en aquellos estados donde aún no se cuenta con una Comisión local, el arbitraje médico es una realidad que garantiza a una población superior a los 110 millones de habitantes, la protección de sus derechos como usuarios de servicios médicos. Frente a posibles conflictos surgidos a partir de la realización de actos médicos, el arbitraje médico garantiza imparcialidad, celeridad, experiencia, economía procesal y objetividad en la solución de los mismos.

² Al respecto, es conveniente recordar lo establecido en el apartado de los Considerandos del Decreto de Creación de la CONAMED, entre los que se señala lo siguiente:

“[...] Que en las actuales circunstancias resulta necesario que la población cuente con mecanismos que, sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales en la solución de conflictos, contribuyan a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos;

Que para lograr tal objetivo, es pertinente contar con un órgano al cual puedan acudir los usuarios y prestadores de servicios médicos para dilucidar, en forma amigable y de buena fe, posibles conflictos derivados de la prestación de dichos servicios, con lo cual se contribuirá a evitar grandes cargas de trabajo para los órganos jurisdiccionales, sin sustituirlos;

Que de igual manera, es indispensable que esa instancia especializada, garantice a los usuarios y prestadores de servicios médicos, la imparcialidad en el análisis, dictamen y resolución en las controversias que conozca [...]”.

Cf. Presidencia de la República, “Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico”, *DOF*, 3 de junio, 1996, México, Distrito Federal.

³ El Decreto de Creación de la CONAMED, en la fracción XI de su artículo 4º, señala como una de las atribuciones de la Comisión “[...] asesorar a los gobiernos de las entidades federativas para la constitución de instituciones análogas a la Comisión Nacional”, *op. cit.*

Con el establecimiento de las 26 Comisiones estatales se cumple con un principio elemental del servicio público: la cercanía y facilidad en el acceso. Gracias a la existencia de Comisiones locales, los usuarios de servicios médicos que consideren circunstancias de negligencia, mala práctica, impericia o dolo en el acto médico, no requieren trasladarse a la Ciudad de México a interponer una queja. Con ello, una controversia se atiende —en la enorme mayoría de los casos— en la misma entidad donde radica el usuario, lo que reduce los gastos que éste podría erogar si tuviera que desplazarse desde su lugar de origen hasta la capital del país. De acuerdo con cifras del último Censo de Población realizado por el INEGI (2011), las 26 Comisiones estatales y la Comisión nacional proporcionan servicios en su lugar de origen a casi 104 millones de habitantes, más de 92% de la población mexicana⁴.

Sin embargo, esto no siempre ha sido así. El camino recorrido en este tema ha sido largo, complicado, e incluso inacabado. A pesar de los grandes avances en el establecimiento de Comisiones estatales, no es posible afirmar que la tarea está terminada. Hoy día, cinco entidades federativas no cuentan aún con Comisiones locales (véase mapa 1); es el caso de Baja California

MAPA 1
PRESENCIA DE COMISIONES EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS



⁴ Por acuerdo de la CONAMED y las autoridades locales, el Distrito Federal no cuenta con una Comisión local, y los asuntos son atendidos de forma directa por la CONAMED. Así, la población de la capital (aunque atendida por una institución federal) no requiere de traslados a otra entidad federativa.

Sur, Chihuahua, Durango, Quintana Roo y Zacatecas. En los casos de Baja California Sur, Quintana Roo y Zacatecas, a pesar de contar legalmente con Comisiones de Arbitraje Médico, éstas no han sido formalmente establecidas. Por otra parte, Chihuahua y Durango no cuentan siquiera con un ordenamiento jurídico que las constituya. Como fuere, ambas situaciones demuestran cierta resistencia —bien sea financiera, política o incluso gremial— al arbitraje médico como mecanismo de solución de controversias entre prestadores y usuarios de servicios médicos.

El surgimiento de Comisiones estatales ha sido un proceso paulatino e inconcluso. Basta mencionar que mientras que en 1997 el de Tabasco fue el primer gobierno local en constituir una Comisión local, el de Hidalgo lo hizo apenas en febrero de 2011. Sin que el momento de su establecimiento necesariamente refleje el interés de los gobiernos locales en la salud en general y en el arbitraje médico en particular, el surgimiento de cada Comisión nos compele a reflexionar sobre las causas que motivaron que éste se diera en determinado momento y no antes (véase el cuadro 1). Este hecho puede deberse a razones políticas o financieras, así como a cierta resistencia por parte del gremio médico.

Además del momento de su surgimiento, otro aspecto relevante de las Comisiones es el de su naturaleza jurídica. Debido a la absoluta independencia y autonomía de las Comisiones estatales respecto de la Comisión nacional, pero también a causa de las condiciones disímboles entre una entidad federativa y otra, en el panorama nacional es posible encontrar una diversidad en cuanto a su naturaleza jurídica. Así, es probable hallar Comisiones Descentralizadas, Desconcentradas o incluso Autónomas, como es el caso de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca.

Por otra parte, un tercer elemento a considerar para conocer las grandes diferencias entre las distintas Comisiones, es el de su instrumento jurídico de creación. Existen Comisiones locales que surgen por un acto unilateral del titular del Poder Ejecutivo, como acuerdos o decretos, o bien, aquellas que nacen por el consenso que implica la elaboración de una ley específica o su inclusión en una ya existente.

Así, las Comisiones estatales, más allá de sus elementos sustantivos en cuanto a las funciones que realizan, son instituciones con enormes diferencias entre sí, producto de las condiciones políticas, financieras, sociales y gremiales tan distintas de cada entidad federativa. Sin lugar a dudas, estos tres elementos que hemos mencionado —momento de surgimiento, naturaleza jurídica e instrumento jurídico de creación—, han contribuido a enriquecer el intercambio de experiencias y la discusión en torno a los be-

neficios que cada elemento puede traer al quehacer cotidiano de una institución de este tipo.

CUADRO 1
FECHAS DE CREACIÓN DE LAS COMISIONES ESTATALES

	<i>Entidad Federativa</i>	<i>Fecha de creación</i>
1	Tabasco	26 de febrero de 1997
2	Estado de México	12 de febrero de 1998
3	Guanajuato	30 de junio de 1998
4	Colima	22 de agosto de 1998
5	San Luis Potosí	9 de octubre de 1998
6	Veracruz	11 de febrero de 1999
7	Querétaro	9 de ju de 1999
8	Aguascalientes	1 de agosto de 1999
9	Guerrero	19 de octubre de 1999
10	Puebla	27 de diciembre de 1999
11	Michoacán	20 de abril de 2000
12	Campeche	27 de mayo de 2000
13	Morelos	6 de septiembre de 2000
14	Tamaulipas	25 de octubre de 2000
15	Sinaloa	8 de noviembre de 2000
16	Nayarit	16 de diciembre de 2000
17	Jalisco	13 de marzo de 2001
18	Chiapas	15 de agosto de 2001
19	Baja California	23 de noviembre de 2001
20	Tlaxcala	23 de mayo de 2002
21	Nuevo León	21 de agosto de 2002
22	Yucatán	14 de julio de 2003
23	Coahuila	9 de julio de 2004
24	Oaxaca	11 de septiembre de 2004
25	Sonora	11 de enero de 2007
26	Hidalgo	15 de febrero de 2011

LOS PRIMEROS AÑOS DE RELACIÓN ENTRE LA FEDERACIÓN Y LOS ESTADOS

Cuando es decretada la creación de la CONAMED en 1996, ninguna entidad federativa contaba con instituciones que por sus funciones fueran siquiera remotamente similares a las de aquélla. Por esa razón, la primera relación que tuvo la CONAMED con los gobiernos locales fue directamente con las áreas responsables de los servicios de salud a nivel estatal. Con el esfuerzo de sus funcionarios y la comprensión de los titulares de los distintos Poderes Ejecutivos locales, poco a poco comenzaron a crearse las Comisiones estatales, permitiendo a las poblaciones de dichas entidades acceder, de forma directa y sin necesidad de trasladarse a la Ciudad de México, a las virtudes de los medios alternos de solución de controversias.

Conforme el arbitraje médico comenzó a propagarse (expandirse) en casi todo el país, la relación entre la Comisión nacional y las Comisiones estatales comenzó a ser más estrecha, a partir de la asesoría, el apoyo técnico y humano de la primera hacia éstas. Sin embargo, la relación era bilateral, dejando de lado el establecimiento de una política de arbitraje médico nacional integral que fuera de utilidad para las Comisiones existentes y a las que pudieran surgir con posterioridad.

No fue sino hasta abril de 2001 cuando se realizó la Primera Reunión Nacional de Comisiones de Arbitraje Médico, celebrada en las instalaciones del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), en la capital de México. En aquella ocasión, los asistentes fueron el Comisionado nacional y personal directivo de CONAMED; los Comisionados estatales de: Aguascalientes, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Morelos, Nayarit, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Tabasco, Veracruz y Yucatán; así como representantes de las Comisiones en los estados de Colima, Jalisco y Quintana Roo⁵. En dicha reunión se abordaron, por primera vez, aspectos relevantes para todas las Comisiones, lo que puso en evidencia no sólo el liderazgo de la CONAMED, sino sobre todo, la disposición de ésta para contribuir a la construcción de un modelo de arbitraje médico de carácter nacional.

A partir de este primer encuentro, la relación entre la Comisión nacional y las Comisiones estatales creció de manera importante y se fortaleció me-

⁵ Minuta de compromisos de la Primera Reunión de Comisiones de Arbitraje Médico, CONAMED y Comisiones de Arbitraje Médico de los estados de: Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Guerrero, Estado de México, Morelos, Nayarit, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco y Veracruz; celebrada el 3 de abril de 2001 en México, Distrito Federal.

diante la organización de dos reuniones posteriores en las que se comenzó a dar forma a lo que hoy es el CMAM.

EL NACIMIENTO DEL CMAM

El 12 de abril de 2002 se conformó el Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, integrado por los titulares de las Comisiones de Arbitraje Médico del país, mediante la suscripción del Convenio de Coordinación de Acciones entre la Comisión Nacional y las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, con el propósito de coordinar las acciones de las instituciones que aplican el modelo de arbitraje médico en México. Este Modelo consiste en el proceso de atención de inconformidades derivadas de la atención médica, mediante el uso de medios alternos de resolución de conflictos como la conciliación y el arbitraje, incluido el estudio y análisis de las causas que motivan la inconformidad y su retroalimentación al SNS.

Según el Convenio de colaboración de acciones que en 2002 celebraron los titulares de las Comisiones de Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Guerrero, Estado de México, Morelos, Nayarit, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco y Veracruz, además del Comisionado nacional, el CMAM tendría las siguientes funciones:

- I. Coordinar las acciones a que se comprometan sus miembros en el ámbito de sus respectivas competencias para fortalecer el modelo de arbitraje médico en el país, con apego a la legislación aplicable en cada una de las entidades federativas.
- II. Unificar criterios, en la medida de lo posible de acuerdo con las disposiciones legales aplicables en cada entidad federativa, para que la operación del modelo de arbitraje médico, en cuanto al proceso de atención de inconformidades médicas, se ajuste a una metodología estandarizada que permita mejorar continuamente el servicio prestado.
- III. Coordinar acciones, en la medida de lo posible de acuerdo con las disposiciones legales aplicables en cada entidad federativa, para uniformar criterios en la emisión de dictámenes médicos que contribuyan en forma efectiva con las tareas de las autoridades de procuración y administración de justicia.

- IV. Promover acciones conjuntas que favorezcan la mejoría de la práctica de la Medicina, así como el respeto a los derechos de los pacientes y de los profesionales de la salud.
- V. Analizar la viabilidad de emitir recomendaciones, cuando la naturaleza o la recurrencia de los actos de mala práctica médica en el ámbito nacional ameriten un pronunciamiento conjunto, ya sea que se dirijan a la autoridad sanitaria o a las asociaciones de profesionales de la salud.
- VI. Proponer criterios de difusión de resultados operativos de las Comisiones de Arbitraje Médico y de promoción de las mismas en el ámbito nacional, con el propósito de optimizar recursos y consolidar los criterios de aceptación ciudadana sobre el modelo de arbitraje médico.
- VII. Revisar las disposiciones jurídicas en materia de arbitraje médico y, en su caso, promover las reformas o adiciones legales que permitan reforzar el modelo de arbitraje médico en los ámbitos federal y estatal.
- VIII. Promover acciones para la promoción y estudio de temas vinculados con el arbitraje médico, así como realizar eventos conjuntos en la materia⁶.

De acuerdo con la segunda cláusula del Convenio referido, el CMAM se integra por el Comisionado nacional y los titulares de las Comisiones estatales firmantes, así como los de aquellas Comisiones que pudieran surgir con posterioridad a la firma del mismo. De igual modo, el Consejo cuenta con un Secretario Técnico, el cual era, en aquel momento, el Subcomisionado “B” de la CONAMED (hoy, Subcomisionado Jurídico de esta Dependencia). Sin embargo, a raíz de la firma del Convenio modificatorio de los diversos instrumentos signados para la creación del CMAM y de coordinación de sus acciones, de fecha 28 de noviembre de 2008, la organización del Consejo sufrió algunas modificaciones, como fueron la conformación de una Asamblea General, la integración de cuatro Coordinaciones Regionales y la libre designación del Secretario Técnico por parte del Presidente del Consejo⁷.

⁶ *Convenio de coordinación de acciones*, CONAMED y Comisiones de Arbitraje Médico de los estados de: Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Guerrero, México, Morelos, Nayarit, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco y Veracruz; celebrado el 12 de abril de 2002, en México, Distrito Federal.

⁷ *Convenio modificatorio de los diversos instrumentos signados para la creación del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico y de coordinación de sus acciones*, CONAMED y Comisiones de Arbitraje

La organización interna del CMAM (véase figura 1) le permite funcionar como un órgano colegiado en el que se discuten temas de diversa índole relacionados con la salud, la Medicina y el arbitraje médico. Gracias a esta estructura, es posible presentar ponencias, proponer temas de debate, mantener una comunicación fluida entre sus miembros, abordar temas de interés local o regional, entre muchas otras funciones.



Figura 1. La organización interna del CMAM.

La Asamblea General es el órgano supremo de gobierno del CMAM y se integra por los titulares de las Comisiones nacional y estatales, quienes participarán en las sesiones como Consejeros, y sólo podrán ser sustituidos por causas de fuerza mayor. La Asamblea sesiona, de forma ordinaria, dos veces por año, y de forma extraordinaria cuando así convenga a los intereses de sus miembros. Entre sus funciones destacan las siguientes:

- I. Elegir la sede de la Sesión Ordinaria de la Asamblea General a propuesta de cualquiera de los miembros del Consejo.
- II. Analizar, discutir y, en su caso, aprobar los programas que le sean propuestos.
- III. Revisar el presente Convenio y en su caso, reformar sus cláusulas y demás disposiciones del CMAM, cuando así se considere conveniente.

Médico de los estados de: Aguascalientes, Baja California, Campeche, Chiapas, Coahuila, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán; celebrado el 28 de noviembre de 2008, en México, Distrito Federal.

- IV. Decidir, en su caso, sobre la disolución del CMAM.
- V. Conocer y aprobar los Convenios y demás acciones que, a nombre del CMAM, gestionen o lleven a cabo su Presidente o los Coordinadores de las Regiones y que estén relacionados con las acciones a futuro por parte del Consejo en general o de alguna Región del Consejo.
- VI. Vigilar el cumplimiento de los acuerdos, resoluciones y mandatos que aprueben los integrantes del Consejo.
- VII. Recibir en Sesión Ordinaria el informe anual del Presidente.

En cuanto a la Presidencia del Consejo, ésta recae en el titular de la CONAMED, quien tendrá las siguientes funciones:

- I. Representar legalmente al CMAM, asumiendo la responsabilidad de actuar en bien del Consejo y manteniendo informado de sus gestiones a la Asamblea General.
- II. Proponer los lineamientos y las políticas a seguir para el logro de los objetivos del Consejo.
- III. Presidir las Asambleas Generales del CMAM, ejerciendo en casos de empate, el voto de calidad.
- IV. Elaborar la propuesta de orden del día y los criterios generales que deban observarse en el desarrollo de las Asambleas.
- V. Informar anualmente al pleno en Sesión Ordinaria de las actividades del Consejo.
- VI. Firmar los acuerdos y las actas de las Asambleas Generales.
- VII. Suscribir en nombre y representación del Consejo, los Convenios y demás instrumentos de cooperación con organismos nacionales e internacionales para el cumplimiento del objeto del Consejo, previa aprobación de la Asamblea General.
- VIII. Emitir, previo acuerdo de la Asamblea General, las declaraciones del Consejo y, en casos urgentes, previa anuencia de él o los asociados relacionados con el caso y el Coordinador de la región que corresponda.

Respecto a las Coordinaciones Regionales (véase mapa 2), éstas se crearon para coordinar y organizar los esfuerzos locales que pudieran realizar los titulares de las Comisiones estatales en espacios territoriales más pequeños y con mayor interacción. Las regiones del Consejo se encuentran conformadas de la siguiente manera:

- I. *Región Norte*: Baja California, Coahuila, Nuevo León, San Luis Potosí, Sonora y Tamaulipas.
- II. *Región Centro*: Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Querétaro, Michoacán y Tlaxcala.
- III. *Región Sur*: Campeche, Chiapas, Oaxaca, Puebla, Tabasco, Veracruz y Yucatán.
- VI. *Región Occidente*: Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, Nayarit y Sinaloa.

MAPA 2
COORDINACIONES REGIONALES



Finalmente, la Secretaría Técnica del CMAM será ocupada por una persona designada por el Presidente del Consejo, teniendo a su encargo los siguientes asuntos:

- I. Llevar el registro de los nombramientos de los Consejeros y entregarles anualmente la acreditación correspondiente firmada por el Presidente y por el propio Secretario.
- II. Convocar por escrito, por instrucción del Presidente, a los miembros del Consejo, con 30 días naturales de anticipación a la fecha en que

se lleve a cabo la sesión, debiendo indicar, orden del día, fecha, lugar y hora para su celebración. En el caso de sesiones extraordinarias, éstas deberán ser convocadas cuando menos con 10 días naturales de anticipación.

- III. Levantar las actas de las Asambleas Generales, sometiéndolas a la consideración de sus miembros y recabar las firmas correspondientes.
- IV. Mantener actualizado el libro de actas del Consejo, así como organizar y resguardar el archivo del Consejo.
- V. Llevar el seguimiento de los acuerdos tomados por la Asamblea, y su desahogo ante ésta.
- VI. Elaborar y otorgar constancias de participación en la Asamblea a los Consejeros que asistan.
- VII. Desempeñar las demás asignaciones que acuerde o le encomiende el Presidente, debiendo informar del seguimiento en la próxima sesión ordinaria.

APORTACIONES DEL CMAM

A lo largo de su corta pero fructífera existencia, el CMAM se ha convertido en un referente en el desarrollo y evolución de los medios alternos de solución de controversias, en la búsqueda de la mejora de la calidad de los servicios de salud y, por supuesto, en el perfeccionamiento de la relación médico-paciente.

Sin duda, el arbitraje médico se ha consolidado como una opción para resolver controversias derivadas de la prestación de un servicio médico. Por un lado, los usuarios de dichos servicios recurren a una figura que buscará conocer la verdad sobre el resultado de un determinado servicio, teniendo la seguridad de la experiencia, conocimiento, imparcialidad y objetividad de aquellos que conocerán del asunto, al tiempo que la labor de los prestadores de servicios es evaluada por personal calificado en el área de las ciencias médicas y de la salud.

Si consideramos las virtudes que ha tenido el arbitraje médico para usuarios y prestadores de servicios médicos, es factible comprender de mejor manera el papel que ha tenido un organismo como el CMAM, al integrar un modelo homogéneo para la atención de las quejas. Gracias a esto, los usuarios pueden estar seguros de que, sin importar si su queja es atendida por una instancia federal o local, los mecanismos para resolverla serán prácticamente idénticos, logrando con ello mayor certeza en el resultado.



Aunado a lo anterior, y como hemos señalado, el CMAM ha logrado —a partir de la discusión, el debate y el intercambio de ideas— la consolidación de posturas comunes en temas que afectan a la sociedad entera. Gracias a la integración de este Consejo se ha conseguido que los titulares de las distintas Comisiones, nacional y estatales, cuenten con mayor conocimiento sobre lo que sucede en distintas latitudes del país. Ello ha permitido que los criterios de quienes encabezan el arbitraje médico se nutran con las experiencias particulares y se retroalimenten de forma sistemática y permanente.

El arbitraje médico (y el CMAM como su organismo rector) se ha convertido en paradigma, no sólo en México sino a nivel internacional. Los mecanismos a partir de los cuales se consigue solucionar un conflicto surgido de la relación médico-paciente, han sido observados, estudiados, y en muchos casos, adoptados por diversas instituciones de otros países. En este sentido, sería imposible entender tal influencia sin la existencia del CMAM.

Consideramos que aunque el CMAM es un organismo novel, sus aportaciones a la calidad en la atención médica, a la solución de controversias y la justicia, así como a la experiencia de quienes día a día asumen la responsabilidad de atender y resolver quejas médicas, han permitido contribuir de manera importante a la mejora del Sistema Nacional de Salud. Es imposible soslayar la trascendencia de un órgano que con sus propuestas busca abonar a la construcción de un Estado más justo y equitativo para aquellos que más

lo necesitan. En una relación como la que se presenta entre médico y paciente, la intervención de los expertos se vuelve imprescindible. En este sentido, el CMAM ha participado de manera clara y decidida.

RETOS Y PERSPECTIVAS

Cuando se habla de un servicio prestado por una institución pública, es imposible imaginar la perfección. Al igual que casi cualquier otra tarea humana, el arbitraje médico siempre será perfectible. En este sentido, sería falso afirmar que el CMAM ha cumplido de forma absoluta con su tarea. Nadie puede negar que a pesar de su gran labor, el CMAM tiene frente a sí varios retos. De manera enunciativa señalamos los siguientes:

1. Participar de manera más activa en la promoción de los medios alternos de solución de controversias ante gobiernos estatales donde aún no exista Comisión de Arbitraje Médico, con el fin de conseguir su creación.
2. Se visualizan algunos cambios estructurales y operativos al CMAM, en cuyo seno también se estudian, con apertura crítica y propositiva, las diferencias que identifican heterogeneidad en las Comisiones estatales, para lograr una articulación que propicie la homologación de criterios y procesos de atención de las inconformidades por la atención médica. Es conveniente lograr la uniformidad en: el nombre de las Comisiones estatales, su naturaleza jurídica, estructura orgánica y asignación de recursos.
3. Buscar la participación de sus miembros en foros académicos donde se discutan aspectos relativos a la práctica de disciplinas médicas, jurídicas y administrativas y, en general, en todos aquellos donde puedan difundirse las virtudes de los medios alternos de solución de controversias, como la conciliación y el arbitraje, así como la mejora en la relación médico-paciente.
4. Reforzar la participación en la búsqueda de la mejora de la calidad en la prestación de servicios médicos, mediante la discusión y el intercambio de ideas, así como en la elaboración de propuestas concretas que puedan ser aplicados por el Estado Mexicano.
5. Participar en el ámbito internacional y difundir las aportaciones de México a partir del modelo de arbitraje médico.

BIBLIOGRAFÍA

- CONAMED y Comisiones estatales, *Convenio modificador de los diversos instrumentos signados para la creación del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico y de coordinación de sus acciones*, 28 de noviembre, 2008, México, Distrito Federal.
- _____, *Convenio de coordinación de acciones*, 12 de abril de 2002, México, Distrito Federal.
- _____, *Minuta de compromisos de la Primera Reunión de Comisiones de Arbitraje Médico*, 3 de abril, 2001, México, Distrito Federal.
- INEGI, *Censo de Población y Vivienda 2010*, México, INEGI, 2011.
- Presidencia de la República, “Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico”, *DOF*, 3 de junio, 1996, México, Distrito Federal.

Comisión Estatal de Arbitraje Médico para el Estado de Aguascalientes

Rafael Urzúa Macías

ANTECEDENTES

La creación de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico (COESAMED) obedece a la política de fomentar en la sociedad, instituciones que favorezcan la armonía en la convivencia, el respeto y la tolerancia hacia la diversidad, con la certeza de que pensar diferente no impide encontrar respuestas útiles y beneficios comunes.

La COESAMED es una entidad novedosa para la solución de controversias que se suscitan a raíz de la prestación de los servicios médicos, por vías alternas a la disputa judicial. Carece de precedentes en la historia moderna del país, por lo que es única en su género y su operación ha requerido de creatividad y trabajo para trazar esquemas que permitan responder con efectividad a las demandas de la ciudadanía, quien ha depositado cada vez más confianza en este organismo.

Desde su creación, se pensó que debería brindar atención especializada de manera confiable y personalizada, por ello su planeación implicó disponer de instalaciones adecuadas que ofrecieran un espacio digno a los usuarios y profesionales de la salud, además de la funcionalidad requerida para el desarrollo de las actividades del personal.

Convencidos de la bondad de aplicar medios alternos para la resolución de conflictos a las controversias producto de la relación médico-paciente, y con la prudencia que exige una tarea relevante como es la de colaborar en la constante mejoría de la calidad de los servicios médicos que recibe la población; la COESAMED ha trabajado con ahínco para establecer un modelo de arbitraje médico que, por una parte, atienda los objetivos de la Comisión, y por otra, busque beneficiar a los usuarios de los servicios de salud así como a los profesionales de la salud, actuando con objetividad e imparcialidad, al mantener la política de escuchar a todas las partes involu-

cradas y permitiendo su participación activa hasta encontrar una solución óptima a los conflictos.

Estas acciones han logrado paulatinamente la aceptación y el respaldo del gremio médico, llámese institución de salud pública o privada, pues se ha transformado la percepción de que la Comisión era una agencia gubernamental persecutoria de la comunidad médica y que tenía el propósito de desprestigiar a los galenos. Se ha demostrado que se trata de un órgano que, de manera original y moderna, busca enriquecer el caudal de la tradición humanista de la Medicina mexicana, y se esmera en analizar a fondo las causas generadoras de inconformidad, para inducir nuevas opciones que mejoren la calidad de los servicios que presta.

Por ello, la Comisión apoya a los profesionales de la salud en su labor, y colabora en la distribución de las recomendaciones sobre sus servicios, como un medio de retroalimentación realizado a partir del análisis de los casos que la COESAMED reconoce; se estima que las instituciones públicas y privadas que prestan servicios médicos pueden servirse de ellas para mejorar sus esquemas de atención.

El hecho de promover una actitud de confianza y credibilidad en los usuarios, ante una instancia totalmente conciliatoria y sin fuerza coercitiva, no es una tarea sencilla. Los resultados registrados por la COESAMED demuestran que, tanto la idea original de la institución, como el modelo propuesto para la atención de inconformidades, han demostrado sus bondades en apenas 10 años de labores. Esto ha generado una mayor aprobación por parte de la población en general; cada vez más demandante, participativa y crítica, y que posee más información respecto del proceso de atención médica y exige mejor calidad en los servicios médicos que recibe.

La eficiencia de la institución no sólo se sustenta en una estructura organizacional y un proyecto de servicio a la comunidad, sino en la credibilidad alcanzada, tomando como base la esencia del organismo, que es la de tener servidores públicos calificados y profesionales, comprometidos con ellos mismos, con la misión institucional, con la sociedad, y dispuestos a mantener un desempeño honesto, confidencial y con valores firmes para ofrecer productos de calidad y contribuir así al desarrollo estatal y nacional.

RESULTADOS ALCANZADOS

Durante el año 2006 se logró la implantación y certificación del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001-2000 en todos los servicios que ofrece la

COESAMED, lo que garantiza que la atención y los servicios proporcionados sean de calidad al asegurarse la satisfacción de la ciudadanía.

Además, se logró la homologación documental y funcional de los servicios que ofrece la COESAMED con la CONAMED, de manera tal que en nuestro estado se sigue el Modelo de Arbitraje Médico propuesto por la CONAMED para la atención de las así llamadas “quejas médicas”, lo que garantiza objetividad, imparcialidad, gratuidad y equidad para las partes en conflicto.

En 2007, la COESAMED adoptó e implantó el Modelo *Excellentia* elaborado por la Secretaría de Gestión e Innovación del Gobierno de Aguascalientes para el perfeccionamiento de los servicios y la calidad que se ofrecen a la ciudadanía, al cubrir sus necesidades, expectativas y aspiraciones, con lo que se obtuvo la certificación ciudadana en la Gestión Pública y se llegó al primer lugar en su categoría ese mismo año.

En 2008 se firmó el Convenio de Colaboración para la Desconcentración de la Atención de Asuntos de las Instituciones de Salud Federal CONAMED-IMSS-SSSTE-COESAMED, de tal manera que las inconformidades que se presentan en contra de dichas instituciones por negación de servicios o irregularidad en su prestación, son desahogadas dentro del estado, de conformidad con lo establecido en dicho Convenio, lo que agiliza el trámite y brinda una mayor confianza a la ciudadanía de que sus asuntos serán resueltos.

La COESAMED participó en el Premio Nacional de Calidad en Salud 2008, y se colocó dentro de las 18 unidades finalistas, de un total de 223 participantes de todo el país. También participó en el Premio Estatal Innovación 2008 con el Procedimiento de Gestiones Inmediatas.

En 2009 concursó en los Premios *Excellentia* e Innovación Estatal, con el Proceso de Gestiones Inmediatas.

En la COESAMED se han impartido un total de nueve seminarios de “Prevención del Conflicto derivado del Acto Médico” a profesionales de la salud para la mejora de la práctica médica, con la colaboración de la UNAM, la CONAMED y la Universidad Autónoma de Aguascalientes (UAA).

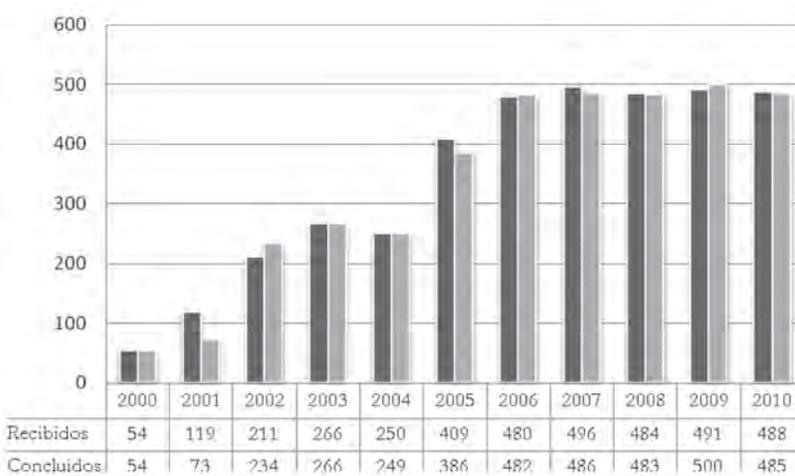
De manera conjunta con la CONAMED, durante el año pasado se participó en la difusión de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente que realiza la OMS. En 2010, la COESAMED concursó en los Premios *Excellentia* e Innovación Estatal con el Procedimiento de Audiencia Informativa.

La Comisión cuenta con una participación activa en la toma de decisiones del CMAM, así como dentro de los trabajos del proyecto para la elaboración de un Sistema Nacional de Registro de la Queja Médica (SINAREQ).

Gracias a las campañas de difusión, la COESAMED ha duplicado el número de servicios que brinda, comparado con el periodo sexenal inicial de la Comisión.

RESULTADOS ALCANZADOS

GRÁFICA 1
 ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
 COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO PARA EL ESTADO DE AGUASCALIENTES,
 2000-2010.



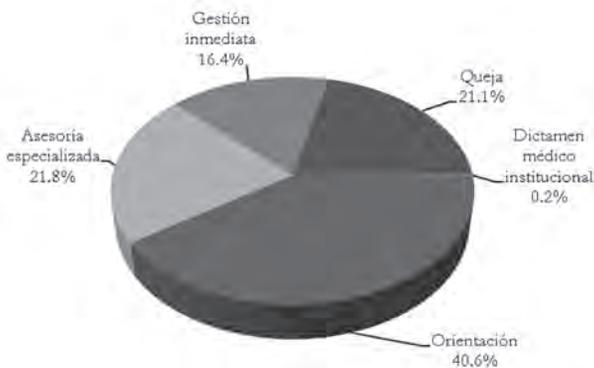
FUENTE: Comisión Estatal de Arbitraje Médico para el estado de Aguascalientes.
 SAQMED Estatal.

CUADRO 1
QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA RELACIONADA SEGÚN AÑO.
2000-2010.

Sector / Grupo / Institución	Total	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	780	54	73	119	147	101	48	43	50	65	45	35
Sector Público	160	-	-	-	-	-	21	20	28	39	29	23
Seguridad social	142	-	-	-	-	-	17	14	26	36	26	23
IMSS	132	-	-	-	-	-	15	12	22	35	25	23
ISSSTE Estatal	10	-	-	-	-	-	2	2	4	1	1	-
Asistencia social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sin seguridad social	18	-	-	-	-	-	4	6	2	3	3	-
Servicios Estatales de Salud	18	-	-	-	-	-	4	6	2	3	3	-
Sector Privado	126	-	-	-	-	-	27	23	22	26	16	12
Servicios privados	125	-	-	-	-	-	26	23	22	26	16	12
Clinicas sin servicio de hospitalización	7	-	-	-	-	-	2	-	-	2	3	-
Consultorios	100	-	-	-	-	-	18	19	20	19	12	12
Hospitales	17	-	-	-	-	-	6	4	2	4	1	-
Laboratorios y gabinete	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Asistencia privada	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Cruz Roja	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
No disponible	494	54	73	119	147	101	-	-	-	-	-	-

FUENTE: Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Aguascalientes.
SAQMED Estatal.

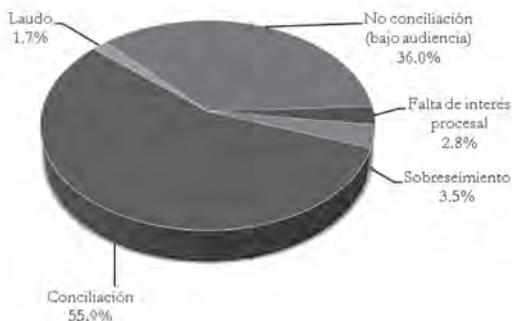
GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
2000-2010.



N = 3,698.

FUENTE: Comisión Estatal de Arbitraje Médico para el estado de Aguascalientes.
SAQMED Estatal.

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONCLUSIÓN EN QUEJAS.
2005-2010.



N = 780.

FUENTE: Comisión Estatal de Arbitraje Médico para el estado de Aguascalientes.
SAQMED Estatal.

IMPACTO SOCIAL

Como resultado de la operación de la COESAMED, podemos afirmar que la población de Aguascalientes tiene el beneficio de contar con los servicios que ofrece la COESAMED. Hasta enero de 2011 había 1,184,924 personas en el estado, según censos del INEGI, derivado de la firma de convenios de colaboración celebrados entre la COESAMED y todos y cada uno de los municipios del estado, por lo que la Comisión llega a todos los pobladores de Aguascalientes.

La población a la que atiende la COESAMED es toda aquella persona que solicite que se le proporcione atención para resolver los conflictos suscitados entre los usuarios y los prestadores de servicios médicos en nuestro estado, para “propiciar relaciones sanas entre los profesionales de la salud y sus pacientes”.

La mejora de la calidad de la atención del paciente se consigue por medio de la resolución de conflictos entre pacientes o sus familiares y personal médico, en los ámbitos público, social y privado, al actuarse con imparcialidad, objetividad, confidencialidad y respeto, mediante la orientación, gestión, asesoría, queja, conciliación y arbitraje; todas ellas, etapas del modelo de arbitraje médico institucional.

En este contexto, la COESAMED privilegia la promoción de una cultura de respeto y colaboración entre los profesionales de la salud y sus pacientes y familiares, que fortalezca el ejercicio de la Medicina y contribuya al bienestar social, previniendo la práctica de la Medicina defensiva y como respuesta, mejorar la calidad de los servicios de salud a la población del estado.

La COESAMED reconoce un compromiso de gran trascendencia ante la sociedad, pues no sólo se refiere a dirimir objetiva e imparcialmente las controversias entre prestadores y usuarios de los servicios médicos, sino que pretende, además, influir favorablemente en el mejoramiento de la práctica de la Medicina, pública y privada, en todo el estado de Aguascalientes.

Es muy importante para la COESAMED, ganar prestigio, respeto y reconocimiento dentro de la sociedad, en su calidad de árbitro y como factor importante de contribución a la mejora de la calidad de los servicios de salud en nuestro país. Para ello, es imprescindible garantizar a las partes involucradas en las controversias, imparcialidad en el análisis, dictamen y resolución de los asuntos que se presentan. La imparcialidad es un acto de justicia, en donde se trata a las partes de manera equitativa y se busca siempre el acuerdo y la resolución de los asuntos, sin perjuicio para ninguna de ellas.

Es muy importante reconocer dentro de la institución, que todos sus actos tienen el objetivo último de prestar un mejor servicio a sus usuarios. La institución ha sido creada con un fin social, que se debe cumplir, y es su obligación rendir cuentas a la sociedad acerca de la tarea encomendada.

En las interacciones entre el personal de la COESAMED se busca que prevalezca una mística de trabajo en equipo; en los servicios de la institución se reconoce el resultado de las contribuciones individuales que cada uno de sus miembros aportan a un proyecto común. Es importante también que priven en las relaciones interpersonales la honestidad, el respeto, la amabilidad y cortesía en el trato, dado que no se puede ofrecer hacia fuera lo que no se practica dentro.

PERSPECTIVAS

1. Seguir trabajando en función de la homologación documental y funcional de los servicios con el Modelo de Arbitraje Médico propuesto por la CONAMED. En este sentido y para atender a dicha homologación, hemos cumplido con los requisitos necesarios, lo que faculta a la COESAMED a desahogar los procedimientos de queja en contra del IMSS y el ISSSTE. Otro punto clave para cumplir los objetivos de la COESAMED, es dar seguimiento a los convenios de colaboración con instituciones de salud y con universidades estatales, y gestionar nuevos convenios con otras instituciones del estado.
2. Continuar el seminario “Prevención del conflicto derivado del acto médico”, que va dirigido a médicos y profesionales de la salud para capacitarlos y actualizarlos con la información pertinente al tema.
3. Otra manera de mejorar la práctica de la Medicina en Aguascalientes es por medio de la constante mejora y perfeccionamiento de los procesos de los servicios que ofrece la COESAMED, y con la implementación de indicadores que nos permitan evaluar el desarrollo de los procesos, a fin de confirmar los avances en cuanto a la calidad de los servicios en el estado; todo esto basado en:

Los principios de la COESAMED, que son:

- Confidencialidad
- Imparcialidad
- Objetividad
- Buena fe de las partes.

La misión de la COESAMED es: “Propiciar relaciones sanas entre los profesionales de la salud y sus pacientes”.

La Visión en la COESAMED es: “Influir positivamente en la mejora de la práctica de la medicina, pública y privada en nuestro estado”.

La atención a la ciudadanía es proporcionada por médicos y abogados capacitados para orientar y atender las quejas en forma oportuna y eficiente.

- Su ámbito de acción es estatal.
- Posee plena autonomía técnica.
- Garantiza la imparcialidad.
- Propicia la conciliación entre las partes involucradas.
- Actúa como árbitro a petición de los involucrados.
- Sustenta sus resoluciones en el trabajo de expertos.
- Sólo interviene si las partes no ejercitan sus derechos por la vía jurisdiccional.
- Sus servicios son totalmente gratuitos.

Cabe mencionar que en la última década, la actividad de innovación ha aumentado de manera significativa en las economías modernas; podemos observar cómo las instituciones se han erigido en el principal agente innovador, muy por encima de cualquier otro. El reto principal de las nuevas instituciones es revitalizarse en todo sentido, lograr desarrollar nuevos servicios con un nivel de excelencia.

El personal de la COESAMED ha ratificado, por escrito, su compromiso de confidencialidad sobre la información de los asuntos atendidos en la Institución, consciente de la importancia de garantizar a las partes involucradas el manejo privado de cada uno de los casos. La imparcialidad en la atención de los asuntos es un compromiso establecido desde el Decreto de creación de la COESAMED, lo que se refleja en los procedimientos operativos para la atención de las quejas presentadas, como por ejemplo, la atención personalizada y la selección de los asesores externos que emiten opiniones técnicas o expertas sobre los asuntos que se ponen a su consideración, las cuales se realizan mediante un sistema electrónico aleatorio. Se realiza un monitoreo constante de la satisfacción de los usuarios, para orientar en forma permanente las acciones y cumplir con los requerimientos de los mismos.

En la COESAMED se impulsa el trabajo en equipo, existe una política de puertas abiertas, para recibir retroalimentación del personal a todos los niveles, se trabaja en grupos multidisciplinarios y mediante esquemas en donde los líderes de proyecto se definen no por la estructura jerárquica, sino por la especialidad requerida.

Comisión de Arbitraje Médico de Baja California

Rodrigo Robledo Silva

ANTECEDENTES

En octubre de 2000, se sometió a consideración la Iniciativa de Ley por la que se crea la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje en la Prestación de Servicios de Salud para el estado de Baja California.

Al ser la salud un derecho social consagrado por el artículo 4o. de nuestra Carta Magna, el Estado se encuentra obligado a proporcionarla a todos y cada uno de los habitantes del territorio nacional.

A pesar del esfuerzo del gobierno, los servicios de salud establecidos para dar atención óptima a los mexicanos, se han tornado insuficientes debido a la gran demanda que hay en este rubro, lo que ha traído como consecuencia que la prestación de los servicios se vea afectada en su calidad y eficiencia.

Lo anterior ha ocasionado que el sector privado venga a satisfacer en cierta medida esta necesidad, afectando esencialmente a los sectores más desprotegidos de la sociedad, que al no contar con recursos para una consulta privada, se ven forzados a recurrir a servicios públicos en condiciones de desventaja. El exceso de pacientes ha venido a saturar la capacidad de las instituciones públicas, lo que provoca una cantidad considerable de quejas e inconformidades por parte de los usuarios en contra de médicos e instituciones que brindan el servicio de salud.

El aumento continuo de las quejas por negligencia médica y responsabilidad profesional en contra de las instituciones públicas, obligó al Ejecutivo Federal a crear un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud, como es la CONAMED.

El decreto de creación de dicho organismo, específicamente en su artículo 4o. establece las atribuciones que tendrá, y una de ellas es asesorar a los gobiernos de las entidades federativas para constituir instituciones análogas a la CONAMED.

Así, se consideró factible la creación de un organismo que tuviera mayor fuerza en sus resoluciones respecto al ámbito de competencia en el estado. Se formó entonces la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje en la Prestación de Servicios de Salud (CECAPSS), dedicada a atender las quejas suscitadas en la entidad, sin importar si provenían de organismos federales como IMSS o ISSSTE. Esto se debe a que las reglas de arbitraje según la legislación civil, no establecen como obligatorio que la conciliación tenga que hacerse ante un organismo federal o estatal.

En este orden de ideas, es importante señalar que el delito de responsabilidad médica y técnica es del fuero común, y si es cometido dentro del territorio del estado debe resolverse dentro de la jurisdicción del mismo, y no remitirlo al ámbito federal.

La responsabilidad profesional en el ámbito de la Medicina no puede ni debe tratarse igual que otras profesiones, debido a la importancia y trascendencia que implica la práctica médica, labor que conlleva la preservación de la salud y vida de un ser humano. Un médico no puede ser tratado como un delincuente u homicida cuando el tratamiento aplicado a su paciente no produjo los resultados esperados. Esto fue tema de debate en la Comisión de Salud y Bienestar Social del Estado de Baja California, que adoptó una modalidad de Comisión Ampliada en la que participaron activamente los representantes de la comunidad médica de todo el estado, de los Ayuntamientos y de las autoridades de Salud de la entidad.

Todo ello dio como resultado que se acordara por unanimidad la creación de la CECAPSS, con la finalidad de abarcar todas aquellas profesiones que de una u otra forma prestan un servicio de salud a la ciudadanía. (La ley se promulgó el 7 de noviembre de 2001.)

La Comisión atendía las quejas en contra de instituciones públicas y privadas o de profesionales que proporcionen servicios de salud en forma inadecuada o negligente. Dicho organismo buscaría primero la conciliación entre las partes, ya sea mediante acuerdo o con una resolución arbitral.

En 2008 se presentó la Iniciativa de Ley para crear la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Baja California (CAME), y que abrogó la Ley con que se creó la CECAPSS, bajo la siguiente exposición de motivos:

Una de las estrategias planteadas en el Plan Estatal de Desarrollo 2008-2013, es impulsar la calidad y seguridad de los servicios de salud, mediante la promoción de la conciliación y el arbitraje médico como una herramienta para la atención y solución de conflictos entre usuarios de servicios públicos y privados y quienes los prestan.

La Ley con la que se crea la CECAPSS es un instrumento jurídico que presenta una serie de inconsistencias, tanto orgánicas y técnicas como pro-

cedimentales, las cuales han dificultado el funcionamiento de su reglamentación interna, mismas que superan la mitad del texto normativo.

Por lo anterior, se creó un nuevo ordenamiento denominado CAME, con el propósito de redimensionar su objeto, estructura y función procesal; así como la denominación, integración y atribuciones de su órgano de gobierno, que incluye las facultades y obligaciones del titular de ese organismo, entre otros aspectos. (La Ley se promulgó el 2 de marzo de 2009.)

En congruencia con las directrices de la Ley de las Entidades Paraestatales de Baja California, se incorpora la figura de la Junta Directiva como órgano de Gobierno, conformada por: el Secretario de Salud, quien la preside; el Oficial Mayor de Gobierno; el Secretario de Planeación y Finanzas; el Secretario de Desarrollo Social, y un representante del Consejo; un Comisionado y la presencia tanto de órganos técnicos (Consejo y Comité Consultivo de peritos), como de Unidades Administrativas determinadas en el reglamento interno.

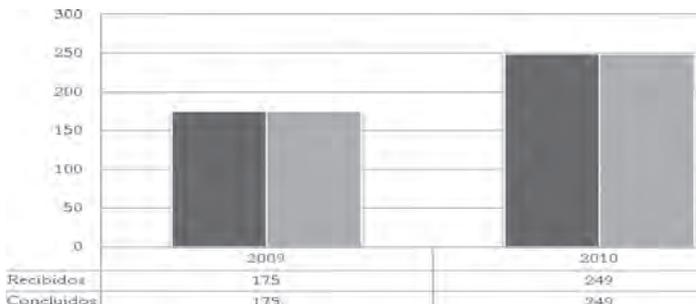
Se establecen las atribuciones, facultades y obligaciones de la Junta Directiva y de su presidente, estando entre las de aquélla, aprobar el Programa institucional y el Programa operativo anual, el anteproyecto de presupuesto de ingresos y egresos, los informes trimestrales de los diversos órganos de la CAME y también autorizar su estructura orgánica.

Se adopta el esquema de sesiones, quórum legal y toma de decisiones establecido en la Ley de Entidades Paraestatales. Con estas medidas se permite cumplir con el objeto de la CAME y, a su vez, procurar armonía con lo dispuesto en dicha norma.

Se contempla la integración del Consejo como un órgano estrictamente técnico, teniendo como algunas de sus atribuciones, remitir a la autoridad competente los asuntos que a su consideración constituyan la probable comisión de un delito. De igual forma, se ordena la inclusión de un Secretario Técnico.

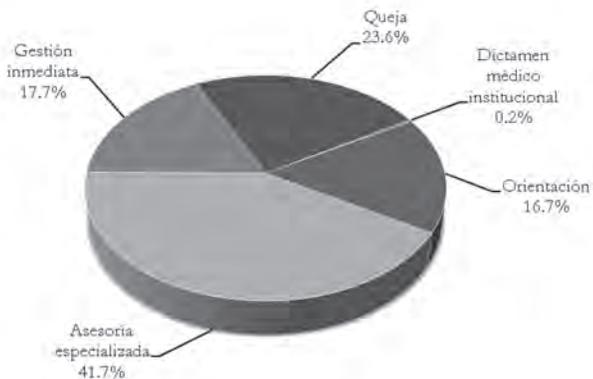
RESULTADOS ALCANZADOS

GRÁFICA 1
ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA,
2009-2010.



FUENTE: Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Baja California.
 SAQMED Estatal.

GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA,
2009-2010.



N = 424.

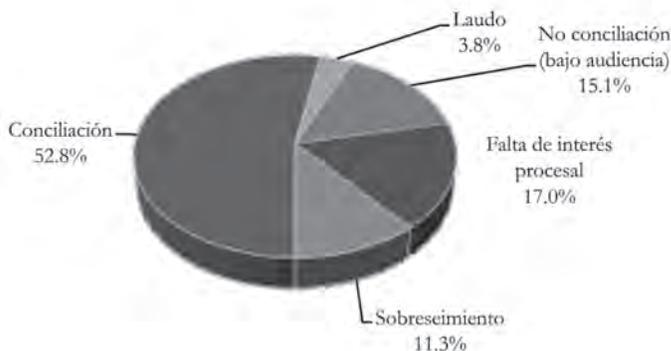
FUENTE: Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Baja California.
 SAQMED Estatal.

CUADRO 1
QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA RELACIONADA SEGÚN AÑO.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA,
2009-2010.

<i>Sector / Grupo / Institución</i>	<i>Total</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
Total	100	47	53
Sector Público	-	-	-
Seguridad social	-	-	-
Asistencia social	-	-	-
Sin seguridad social	-	-	-
Sector Privado	53	-	53
Servicios privados	53	-	53
Consultorios	39	-	39
Hospitales	14	-	14
Asistencia privada	-	-	-
No disponible	47	47	-

FUENTE: Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Baja California.
 SAQMED Estatal.

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONCLUSIÓN EN QUEJAS.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA,
2010.



N = 53.

FUENTE: Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Baja California.
 SAQMED Estatal.

IMPACTO SOCIAL

El incremento en los servicios prestados por la CAME a los usuarios de servicios de salud entre 2009 y 2010, se realizó a través de un programa de difusión, donde se informaban las actividades que se realizan en la Comisión, lo cual se efectuó por medio de entrevistas en radio, televisión, prensa escrita y nuestra presencia en varias ferias de la salud con la entrega de trípticos.

Así, se ha logrado la sensibilización de la población médica, con la visita y pláticas en los Colegios y Asociaciones Médicas, así como a través de las pláticas que se imparten en las instituciones públicas de salud, como Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESalud), IMSS, ISSSTE e ISSSTECali, las cuales a la fecha nos invitan por medio de sus Departamentos de Enseñanza para impartir este tipo de pláticas con los temas de: Qué es la CAME, Derecho de los pacientes, Derecho de los médicos, Derecho de las enfermeras, Mejoramiento de la relación médico-paciente, Ética médica, Bioética, Consentimiento válidamente informado, y Expediente clínico.

PERSPECTIVAS

Dentro del Plan de Trabajo 2011 se plantea lo siguiente:

- 1.- Secretaría de Educación Pública:
Proyecto de CAME - Dirección de Registro de Profesiones - Colegios Médicos.
Para fomentar ante la Sociedad Médica del Estado de Baja California el trámite de la cédula profesional del estado.
El registro de Colegios Médicos ante la Secretaría de Educación Pública estatal.
- 2.- Relaciones Públicas del Gobierno del estado:
Proyecto de Difusión de CAME.
- 3.- Jurídico del Gobierno:
Reglamento Interno de CAME.
- 4.- ISESsalud:
Proyecto de Colaboración con la Agencia de Protección Contra Riesgos Sanitarios, Comunicación Social e Informática.

5.- Convenios:

Procuradurías: PGJ, PGR, Tribunales;
IMSS;
ISSSTE;
ISSSTECali;
Cruz Roja;
Servicios Médicos Municipales;
DIF (estatal y municipales);
Clínicas y hospitales privados;
Universidad Autónoma de Baja California (Facultades de Medicina,
Odontología, Enfermería);
Consulados de México en los Estados Unidos;
Derechos Humanos.

6.- Participación de CAME en ferias de salud:

DESOE (Desarrollo Social del Estado);
DESOM (Desarrollo Social del Municipio);
DIF;
ISESalud;
Municipios.

7.- Página Web de CAME.

8.- Congreso Nacional de CONAMED en la ciudad de Tijuana, B. C.

Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Campeche

Francisco D. Barreda Puga

ANTECEDENTES

En el *Plan Estatal de Desarrollo 1997-2003*, se planteó como uno de sus objetivos prioritarios, mejorar la calidad de los servicios médicos a través de las instituciones, así como atender las legítimas demandas de los usuarios, para que los servicios operen con mayor calidad y eficiencia.

En ese sentido, el 27 de mayo del 2000 se publicó en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado, el Acuerdo de Creación de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, que entró en vigor al día siguiente de su publicación. Este órgano administrativo fue creado para recibir las quejas, investigar las posibles irregularidades, comisiones o rechazos en la prestación de los servicios médicos, y emitir sus opiniones, acuerdos y laudos, lo que contribuye a evitar grandes cargas de trabajo a los órganos jurisdiccionales, pero sin llegar a sustituirlos.

Por otra parte, en el Plan Estatal de Desarrollo 2003-2009 se conjugó la más alta aspiración ciudadana, los criterios técnicos y los propósitos institucionales del Gobierno del Estado, formando parte del Eje Estratégico IV, correspondiente al mejoramiento en la Calidad de Vida y Desarrollo Social, bajo el supuesto de que un Sistema de Salud debe colocar la calidad en el centro de todas sus acciones, para no correr el riesgo de producir una mala atención o insatisfacción en los usuarios; o peor aún, desperdiciar valiosos recursos sin lograr los efectos deseados; por lo que se señaló la urgente necesidad del Sistema de Salud en llevar a cabo el reforzamiento y la actualización de los equipos médicos, así como asegurar que la atención médica sea adecuada. Bajo ese tenor, el 1 de febrero de 2004 se consolidó la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Campeche (CAMECAM).

Con fundamento en las facultades que le otorga la fracción II del artículo 46 de la Constitución Política del Estado, la LIX Legislatura del Congreso

local integró un expediente con la iniciativa de ley para crear dicha Comisión, sometida para su evaluación y estudio.

Así se gestó el cuerpo normativo que originó su fundamento jurídico, y puso las bases para regular al organismo encargado de dirimir en forma amigable y de buena fe, posibles conflictos entre el usuario y el prestador de servicios médicos: la Comisión de Arbitraje Médico del estado.

Se trata de un instrumento jurídico que abonará a la creación de mecanismos y procedimientos que permitan a la Comisión brindar asesoría e información a los usuarios y prestadores de servicios de salud sobre sus derechos y obligaciones, así como recibir, investigar y atender las quejas que le presenten los usuarios de servicios médicos frente a una posible irregularidad en la práctica clínica, o incluso, al negarse a prestar dicho servicio.

Durante el cuarto periodo extraordinario, se emitió la Ley de la Comisión de Arbitraje Médico del estado, por decreto de la LIX Legislatura del Congreso del Estado de Campeche, el 12 de septiembre de 2009, publicada en el Diario Oficial el lunes 14 de ese mes, aunque entró en vigor el 1 de enero de 2010.

El Ejecutivo Estatal formuló el Plan Estatal de Desarrollo 2009-2015, que en su tercer eje, “Desarrollo Social y Bienestar”, señala como objetivo: generar condiciones de desarrollo para ofrecer mayor bienestar a la población campechana, siendo solidarios con las personas y familias en situación de marginación y vulnerabilidad. A la letra, se señala que las instituciones públicas “[...] deben emprender acciones que garanticen la cobertura, la calidad y el trato digno en los servicios de salud, dándole un mayor impulso al arbitraje médico, para fortalecer el absoluto respeto a los derechos humanos”.

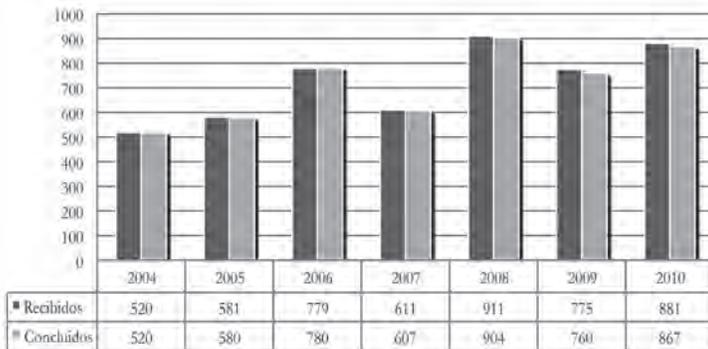
RESULTADOS ALCANZADOS

CUADRO 1
 QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA RELACIONADA SEGÚN AÑO.
 COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE CAMPECHE,
 2004-2010.

<i>Sector / Grupo / Institución</i>	<i>Total</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
Total	156	10	15	30	25	23	26	27
Sector Público	128	10	10	24	17	19	22	26
Seguridad social	94	7	8	17	16	10	14	22
IMSS	69	4	5	10	14	8	10	18
ISSSTE	20	2	3	7	2	1	2	3
PEMEX	5	1	-	-	-	1	2	1
Asistencia social	1	-	-	-	-	1	-	-
DIF	1	-	-	-	-	1	-	-
Sin seguridad social	33	3	2	7	1	8	8	4
Servicios Estatales de Salud	33	3	2	7	1	8	8	4
Sector Privado	28	-	5	6	8	4	4	1
Servicios privados	28	-	5	6	8	4	4	1
Consultorios	14	-	2	3	3	3	2	1
Hospitales	14	-	3	3	5	1	2	-
Asistencia privada	-	-	-	-	-	-	-	-

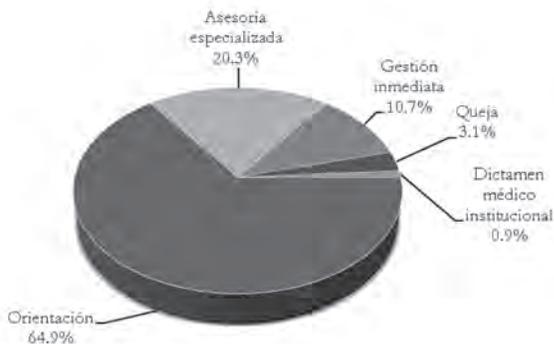
FUENTE: Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Campeche.
 SAQMED Estatal.

GRÁFICA 1
 ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
 COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE CAMPECHE,
 2004-2010.



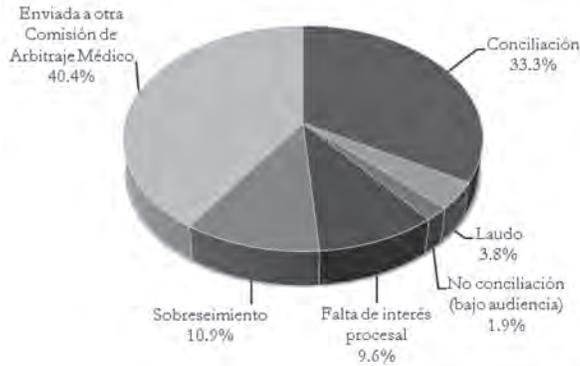
FUENTE: Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Campeche.
 SAQMED Estatal.

GRÁFICA 2
 DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
 COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE CAMPECHE,
 2004-2010.



N = 5,018.
 FUENTE: Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Campeche.
 SAQMED Estatal.

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONCLUSIÓN EN QUEJAS.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE CAMPECHE,
2004-2010.



N = 156.

FUENTE: Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Campeche.
SAQMED Estatal.

IMPACTO SOCIAL

La figura del médico y la Medicina han sido tradicionalmente sujetos de mucho respeto por parte de la sociedad. Sin embargo, es la propia sociedad quien observa de manera permanente el ejercicio del galeno, lo pondera, lo cuestiona, y genuinamente le reclama que la responsabilidad y la ética profesional sean una constante.

En Campeche, el ejercicio de las profesiones está regulado por las Leyes estatales, y es responsabilidad del Estado atender y dar curso a las demandas sociales, sea que se relacionen con el acceso, la cobertura, la calidad de la atención, o con la mala práctica. Sin embargo, la atención de las controversias entre usuarios y prestadores de salud es un asunto que compete a todos: a los prestadores de servicios de salud, por su interés y compromiso de brindar la atención médica de la mejor calidad posible; a los pacientes, por representar una satisfacción que afecta su calidad, incluso sus expectativas de vida; y a los sistemas de salud, ya que es su obligación satisfacer las ne-

cesidades de los usuarios, brindar servicios de calidad y cuidar la seguridad del paciente.

La “queja médica”, es decir, la inconformidad de los usuarios respecto a los servicios médicos recibidos, representa una oportunidad para que la población ejerza el derecho de recibir una atención con calidad; constituye un punto de convergencia entre las necesidades y expectativas de la sociedad y la disposición de los recursos, tanto de los servicios de salud como de los prestadores de los mismos.

La práctica de la Medicina a veces implica conflictos. El profesional de la salud actúa con diferentes niveles de incertidumbre que varían de acuerdo a los padecimientos de los pacientes, a los recursos disponibles, así como a su propia preparación académica y ética profesional.

El 30 de agosto de 2010 se renovaron las bases de colaboración con la Procuraduría General de Justicia del Estado, cuyo objetivo es establecer los mecanismos de colaboración necesarios entre ambas instancias y apoyarnos mutuamente para orientar a la ciudadanía sobre los servicios de la Comisión, amén de contribuir a solucionar las denuncias presentadas en la Procuraduría sobre posibles ilícitos vinculados con profesionales, técnicos y auxiliares que brinden atención médica, siempre que la pretensión reclamada derive de actos de probable negligencia e impericia médica. De igual forma, la CAMECAM atenderá las solicitudes de peritajes médicos, siempre que se respete lo establecido en el capítulo IV de su reglamento de procedimientos¹.

El 15 de diciembre del mismo año se firmó el Convenio de Colaboración con el Colegio de Médicos de Campeche, a fin de conjuntar y coordinar acciones encaminadas a brindar información, difusión y orientación a los usuarios de los servicios médicos, acerca de las instancias competentes para reconocer las presuntas violaciones a la Protección del Derecho a la Salud, derivadas de la relación médico-paciente.

Para brindar una atención eficaz a las inconformidades que exponen los ciudadanos y tratar de resolverlas por medio de una gestión inmediata, los miembros de la Comisión estatal se han reunido con delegados y directores de hospitales del sector salud, en ciudades como: Campeche, Carmen, Calakmul, Escárcega y Calkini.

Con la finalidad de vincular acciones para el diseño y aplicación de estrategias y medidas preventivas, que impulsen las mejoras en la calidad de la atención médica y seguridad de los pacientes, se ha iniciado en coordina-

¹ El capítulo IV contiene las reglas generales para efectuar la gestión pericial, solicitud de dictámenes a cargo de la Comisión.

ción con la Comisión para la Protección de Riesgos Sanitarios del Estado de Campeche (COPRISCAM), el IMSS, el ISSSTE y PEMEX, así como con la Secretaría de Salud y el Colegio de Médicos de Campeche; una ardua labor para obtener un diagnóstico situacional de equipos, insumos e infraestructura, de acuerdo con las áreas correspondientes que ocasionaron las inconformidades, y así obtener la información que nos permita emitir una opinión técnica, veraz y oportuna, además de las sugerencias para su corrección en las instancias correspondientes.

En el artículo 12, fracción VII de nuestra Ley, se refiere lo siguiente:

[...] establecer los mecanismos de difusión que permitan a los usuarios y prestadores de los servicios médicos y a la sociedad en su conjunto, conocer sus derechos y obligaciones en materia de salud, así como las funciones de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado.

Es por ello que nos dimos a la tarea de iniciar una campaña masiva de difusión, que incluyó la entrega de 4,694 trípticos, 105 carteles de “Derechos de los médicos, de los pacientes y de las enfermeras y enfermeros”. Además, personal de la Comisión atendió tres entrevistas en radio y cuatro en televisión; se registraron 42 notas periodísticas; se impartieron 34 pláticas, tanto a usuarios como a personal de salud, y se emitieron 3,460 avisos promocionales en radio.

PERSPECTIVAS

El hecho de brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad a todos los segmentos sociales y en todos los componentes del Sistema Nacional de Salud (SNS), representa un gran reto en materia de igualdad de oportunidades. Es por ello que nos solidarizamos con las personas y familias en situación de marginación y vulnerabilidad, a partir de acciones que garanticen la calidad y el trato digno en la prestación y el ejercicio de los servicios de salud, de los sectores público, social y privado:

1. Ampliar la cobertura

Se fortalecerá el acercamiento y la coordinación con los once Campeches, a partir de sus autoridades municipales, estatales y sanitarias, al solicitarles su apoyo para ofrecer nuestros servicios mediante ventanillas de atención al público, en las cuales se puedan recibir y canalizar las incon-

formidades, con el objetivo de turnarlas a la Comisión para su análisis y proceso correspondiente.

2. Actualización de la Ley

Para contar con un marco normativo acorde con las funciones que esta Comisión ejecuta a diario, es necesario reformar la Ley del ramo con base en los lineamientos de la Ley de la Administración Pública Paraestatal. Tarea que hemos iniciado².

3. Certificación ISO 9001-2008

Comprometidos hoy más que nunca con la calidad, se inició la gestión para obtener la certificación de nuestros procesos, con base en la Norma Oficial Mexicana (NOM) ISO 9001-2008. En este proyecto participaremos todos los integrantes de la CAMECAM y se lleva a cabo para:

- Ser una institución más competente, por medio del desarrollo permanente del personal.
- Reforzar una cultura de trabajo basada en el mejoramiento continuo.
- Simplificar el trabajo administrativo y operativo.
- Generar más oportunidades de crecimiento, con el propósito de brindar un servicio óptimo a quienes se relacionan con la institución.
- Ser una organización de clase mundial, que opere bajo los más estrictos estándares de calidad en el servicio.
- Contribuir para que la ciudadanía recupere la confianza en las instituciones gubernamentales.

4. Fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales

Se propiciará el trabajo coordinado con la Comisión de Derechos Humanos, la Procuraduría General de la República (PGR), el Tribunal Superior de Justicia del Estado, el Colegio de Médicos de Ciudad del Carmen, entre otros.

Cabe destacar que una de las líneas de acción para impulsar con calidad y seguridad los servicios de salud en el estado, consiste en proteger los de-

² La reforma de la Ley se encuentra todavía en proceso, aunque se consiguió que nos descentralizaran y que nos sectoricen a la Secretaría de Gobierno, para evitar la percepción errónea de que somos juez y parte por el hecho de pertenecer a la Secretaría de Salud.

rechos de los pacientes mediante la conciliación y el arbitraje; con esta alternativa de solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios de salud, al ofrecer un trato digno, respetuoso, imparcial y confidencial, se privilegia la protección de los derechos y obligaciones en materia de salud.

A todos los usuarios de servicios de salud en Campeche, que llegaren a inconformarse con posibles irregularidades en la atención médica que reciben, se les invita a que acudan a la Comisión para presentar sus quejas, con la seguridad de que serán valoradas por peritos o expertos de las distintas especialidades médicas involucradas, y que mediante la conciliación y el diálogo, serán solucionadas. Recordemos que la salud es el bien más valioso que posee el ser humano, y debemos atesorarlo.

Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Chiapas

Andrés Gallardo Ocaña

ANTECEDENTES

La Honorable Sexagésima Legislatura aprobó la emisión del Decreto núm. 7, por el que se creó la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje para Usuarios y Prestadores de Servicios Relacionados con la Salud, en el Estado de Chiapas; publicado en el núm. 54 del Periódico Oficial, el miércoles 15 de agosto de 2001.

Esta decisión se toma a partir de que en el estado de Chiapas existen quejas y demandas contra los servicios de salud, tanto públicas como privadas, que anteriormente eran atendidas por la Comisión Estatal de Derechos Humanos (CEDH) y las autoridades administrativas y judiciales; por lo que se crea un organismo descentralizado de la Administración Pública Estatal, con patrimonio propio y autonomía técnica, para emitir opiniones, acuerdos y laudos, que contribuya a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios y los prestadores de los servicios médicos, y que inició sus actividades el 15 de enero de 2003.

El Decreto de creación sufrió algunas modificaciones y el 19 de diciembre de 2003 se publicó en el núm. 210 del Periódico Oficial del Estado, el cambio de denominación: “Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje para Usuarios y Prestadores de Servicios relacionados con la Salud en el Estado de Chiapas” (CECAS), que se modificó a: Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Chiapas (CECAM-Chiapas).

Entre las actividades para las que fue creada la CECAM se encuentran: difundir entre usuarios y prestadores de los servicios médicos, la información necesaria sobre los derechos y obligaciones de las partes involucradas, con el fin de prevenir conflictos, así como ser el medio óptimo para resolver las inconformidades que se presentan entre usuarios y prestadores de la atención médica, sirviendo como intermediario para llegar a un acuerdo amigable en

un ámbito de respeto, imparcialidad, objetividad, confidencialidad y gratuidad. Fungir como árbitro y pronunciar los laudos que correspondan cuando las partes se sometan voluntariamente al proceso arbitral, mediante la emisión de “opiniones técnicas médicas”, solicitadas por las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia.

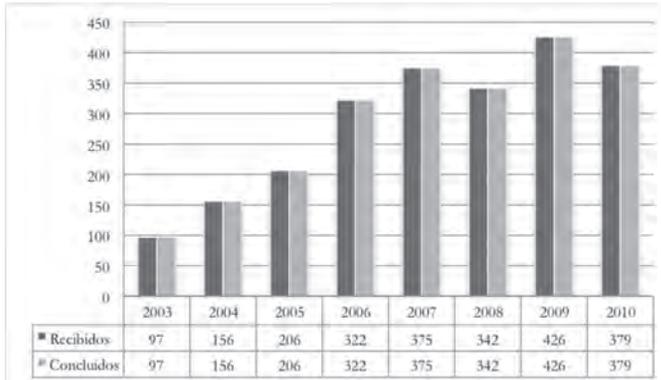
El estado de Chiapas cuenta con 118 municipios y nueve etnias; por lo que se solicitó la cooperación del Instituto Nacional Indigenista (INI) y del Sistema Chiapaneco de Radio, Televisión y Cinematografía para que se realizara la difusión de las funciones de la CECAM. Transmitiéndose en las lenguas: man, tojolabal, jalteco, ch'ol, tzeltal, tzotzil y español. Así mismo, la difusión se hizo extensiva también a través de todos los medios masivos de comunicación: periódicos estatales, espectaculares, trípticos, carteles y volantes.

Varias personalidades de Colegios, Asociaciones Médicas y de la Sociedad Civil integran el Órgano Máximo de Gobierno de la CECAM. En forma conjunta se lograron las siguientes acciones:

- Creación de la Delegación de Tapachula, en 2005, y la Delegación de Palenque en 2006.
- Se firman 49 Convenios con diferentes dependencias:
 - Poder Judicial del Estado (ratificado: 29/10/2010)
 - Colegio Médico de Chiapas
 - Comisión Estatal de Arbitraje Médico del Estado de Oaxaca (CEAMO) (Convenio de Colindancia)
 - Municipios (33 de 118)
 - CEDH
 - ISSSTE
 - Universidades estatales y particulares
 - Asociación de Enfermeras del Soconusco
 - Colegios y Asociaciones de Odontología.

RESULTADOS ALCANZADOS

GRÁFICA 1
 ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
 COMISIÓN ESTATAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE
 CHIAPAS, 2003-2010.



FUENTE: CECAM-Chiapas.
 SAQMED Estatal.

GRÁFICA 2
 DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
 COMISIÓN ESTATAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE
 CHIAPAS, 2003-2010.



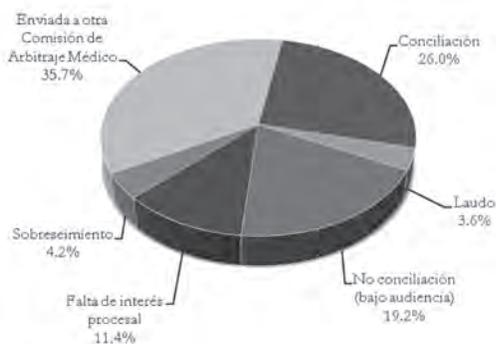
N = 2,303.
 FUENTE: CECAM-Chiapas.
 SAQMED Estatal.

CUADRO 1 (continuación)

Sector / Grupo / Institución	Total	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Sector Privado	198	20	27	26	29	29	25	22	20
Servicios privados	190	20	27	26	29	27	23	18	20
Clinicas sin servicio de hospitalización	3	-	-	-	-	-	-	-	3
Consultorios	159	20	27	26	29	20	12	13	12
Hospitales	27	-	-	-	-	7	10	5	5
Laboratorios y gabinete	1	-	-	-	-	-	1	-	-
Asistencia privada	8	-	-	-	-	2	2	4	-
Cruz Roja	6	-	-	-	-	2	2	2	-
Centro de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT)	2	-	-	-	-	-	-	2	-

FUENTE: CECAM-Chiapas.
SAQMED Estatal.

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONCLUSIÓN EN QUEJAS.
COMISIÓN ESTATAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE
CHIAPAS, 2003-2010.



N = 757.

FUENTE: CECAM-Chiapas.
SAQMED Estatal.

IMPACTO SOCIAL

La CECAM Chiapas se ha convertido en un centro de referencia, reconocido por la gran especialización y calidad en el manejo de conflictos entre usuarios y prestadores de la asistencia médica.

Derivado de la difusión que se ha llevado a cabo, se ha logrado el acercamiento de la población que va a exponer sus inconformidades referentes al servicio médico recibido. En sólo siete años (2003-2010) se atendieron 2,303 asuntos (véase gráfica 1).

En los diversos asuntos que recibió la Comisión, la mayoría de las quejas se resolvieron mediante la gestión inmediata y la conciliación, realizándose únicamente 25 laudos, desde el nacimiento de la CECAM hasta el año 2010.

A raíz de la impartición de cursos-taller y difusión de la Norma Oficial Mexicana (NOM), de los Lineamientos Éticos y Científicos que prescribe la Literatura Médica y el Derecho Sanitario, se ha logrado que los prestadores de los servicios médicos (públicos o privados) tomen conciencia de la probable responsabilidad médica en que podrían incurrir al no efectuar los procedimientos con normatividad, ética y conocimiento de la *Lex artis*

medica, así como de las implicaciones jurídicas que pudieran presentarse en un momento determinado en la atención médica brindada.

Así mismo, a la población en general (a través de los medios masivos de comunicación, conferencias, pláticas, trípticos y carteles) se le ha dado a conocer que existe en la entidad la Comisión de Arbitraje Médico. Institución a la que puede acudir cualquier persona interesada en solucionar las controversias que se susciten en relación con la atención médica recibida, a fin de resolver con imparcialidad, respeto, objetividad y confidencialidad los problemas que se presentan. Se considera que de esta manera se está fomentando la “cultura de la queja” y la denuncia de mala praxis médica en Chiapas.

Se emiten opiniones técnicas médicas dirigidas a las Instituciones que imparten justicia que así lo solicitan, mismas que dan luz a los jueces para que puedan pronunciarse con resoluciones o sentencias apegadas a derecho en las demandas presentadas por los usuarios de los servicios médicos. Para llevar a buen término las opiniones técnicas medicas, se firmó un Convenio de Colaboración con el Colegio Médico del Estado de Chiapas, A. C., que brinda apoyo especializado a esta Comisión al elaborar y emitir análisis indispensables para la conclusión de los diferentes casos que requieren de una investigación, para que el juez pueda dictar una resolución basada en evidencia científica a la demanda presentada.

La CECAM tiene resultados reales, pues ha enriquecido la cultura de una relación médico-paciente, satisfactoria y armónica, que brinda los beneficios esperados por las partes involucradas, previniendo las manifestaciones de inconformidad ante los servicios médicos recibidos.

PERSPECTIVAS

Una de las metas propuestas a futuro para acercar a la población chiapaneca a los servicios que esta Comisión ofrece, es la de formar y de hacer funcionar una nueva Delegación en la ciudad de Comitán de Domínguez, la cual dará servicio a las regiones de Los Altos y Fronteriza del estado, sede autorizada por el Consejo de esta Comisión, apoyado por la Secretaría de la Función Pública del estado.

Hay que desarrollar el Programa Institucional de la CECAM para la prevención de las quejas en contra de los servicios de salud, implementado a partir de los cursos-taller y acciones que permitan mejorar la calidad de la atención médica en materia de servicios, y resolver los conflictos que se susciten entre los usuarios y prestadores de los servicios médicos en las Instituciones

(privadas y públicas) del Sector Salud del estado. Se pretende ejecutar las acciones correspondientes para alcanzar los siguientes objetivos en cuestión de:

1. Docencia:

- Difundir asesoría e información a los usuarios y prestadores del servicio médico sobre sus derechos y obligaciones.
- Impartir conferencias sobre la aplicación de la NOM 168-SSA, concerniente a la elaboración del Expediente Clínico.
- Difundir la elaboración correcta del Consentimiento Informado, de acuerdo con la Ley General de Salud.
- Sensibilizar al médico respecto a que la relación médico-paciente es básica para un mejor entendimiento, basándose en la confianza, obteniendo así mejores resultados en el tratamiento y la atención médica.
- Instruir a los pacientes por medio de conferencias para que dialoguen con su médico sobre cualquier duda en torno a la atención médica recibida y, en caso de existir alguna inconformidad, que puedan presentar su queja ante la instancia que consideren pertinente.

2. Investigación:

- Investigar y atender las quejas que presentan los usuarios del servicio médico ante posibles irregularidades o la negativa a la prestación del servicio. Así mismo, solicitar a las Instituciones de salud (públicas y privadas) el Expediente Clínico para su análisis.
- Solicitar opiniones técnicas médicas a los especialistas según sea el caso, para una mejor resolución de la inconformidad presentada.
- Investigar de acuerdo con los Lineamientos Éticos y Científicos, las actuaciones médicas que se encuentran en controversia.

3. Extensión:

- Despertar en el médico la sensibilidad y el interés por el servicio médico-humanitario, brindado a la sociedad por medio de acciones que mejoren la calidad de la atención médica; actuando de acuerdo a los lineamientos éticos y científicos que nos marca la Literatura Médica, por el bien propio y de la sociedad.

- Generar conciencia en la población que utiliza los servicios médicos, sobre la cultura de la queja, que permite identificar las irregularidades y así mejorar la atención en materia de salud.
- Seguir contando con la participación de asesores expertos en la materia para incrementar la credibilidad y confianza en los servicios de salud, tanto públicos como privados, y continuar la emisión de opiniones técnicas médicas que nos solicitan las Instituciones impartidoras de justicia en nuestro estado.
- Recurrir a los medios masivos de comunicación, tales como: radio, televisión, periódico, anuncios espectaculares, para la correcta difusión del quehacer de la Comisión, y dar a conocer su participación dentro de los servicios de salud.
- Ratificar y llevar a cabo la firma de nuevos Convenios de Colaboración, para vincularnos con otras instancias que de alguna manera permitan ayudar a la población a resolver conflictos potenciales respecto a la atención médica en Chiapas.

