

Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico

Luis Ramón Pineda Pompa

ANTECEDENTES

Derivado de la imperante necesidad de la población del estado y de los propios profesionales de la salud en la existencia de una dependencia que brindara de forma imparcial servicios de especialistas en el área médico legal, se puso en marcha la creación de la Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico (COCCAM), como un organismo del Gobierno de Coahuila, con el objetivo de propiciar relaciones sanas y justas entre los profesionales de la salud y sus pacientes, al dirimir controversias suscitadas entre ellos, difundiendo la existencia de una instancia alternativa para solucionar de manera imparcial las inconformidades médicas, con eficiencia, calidad y dentro de un marco de legalidad, basado en la primera Ley de Conciliación de Arbitraje Médico del país.

El 9 de julio de 2004, mediante Decreto núm. 231 del Poder Ejecutivo Estatal, se publicó en el Diario Oficial del Gobierno, la Ley de Conciliación y Arbitraje Médico para el Estado de Coahuila, entrando en vigor a los 90 días hábiles siguientes a su publicación. La Ley tiene por objeto:

- I. Fijar los lineamientos a que deberán ajustarse los procedimientos de conciliación y arbitraje médico.
- II. Establecer las bases generales para la organización y funcionamiento de la Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico. La estructura orgánica de la COCCAM quedó debidamente regulada por su Reglamento Interior, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno el 16 de junio de 2005.

La Comisión quedó debidamente integrada y abrió sus puertas el 16 de agosto de 2005 en la capital, Saltillo. En esta misma fecha se tomó protesta

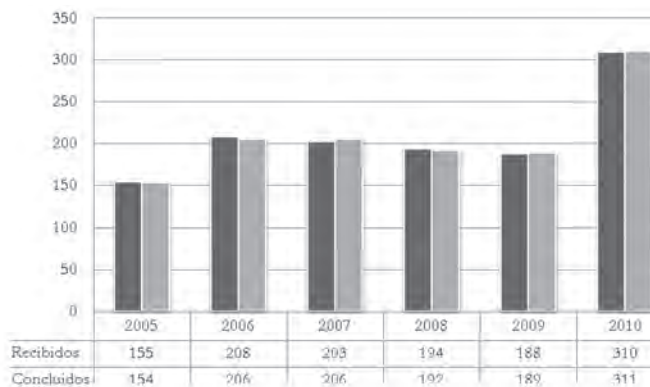
a quienes fueron propuestos y designados por el titular del Ejecutivo como Consejeros del órgano superior de la COCCAM.

La Comisión es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Estatal, en sus inicios, dependiente de la Secretaría de Salud. Fue en 2009 cuando se introdujo una modificación al primer párrafo del artículo 19 de la Ley Especial, dejando de estar sectorizados a esa correspondencia; sin embargo, al no haber acuerdos referentes a la sectorización de los organismos públicos descentralizados, se menciona en el artículo 2º transitorio de esta reforma, que la Comisión continúa bajo la sectorización mediante la cual se creó.

La COCCAM cuenta con un patrimonio y personalidad jurídica propia, con domicilio en la ciudad de Saltillo, sin impedimento de que pueda establecer oficinas en otras ciudades de la entidad. Cuenta con una plena autonomía técnica para emitir sus resoluciones, opiniones, acuerdos, dictámenes y laudos. Busca que los procedimientos para la solución de conflictos entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de servicios de salud, se rijan siempre por los principios de legalidad, equidad, audiencia, igualdad de las partes, imparcialidad, eficacia, economía procesal, celeridad, sencillez, confidencialidad o reserva y gratuidad. Bajo la garantía de que los trámites serán sencillos, eficaces y ágiles, evitando formulismos innecesarios y resolviendo de manera pronta y expedita cada caso; lo que contribuye al cumplimiento del derecho a la protección de la salud, por cuanto hace a la prestación de servicios médicos de calidad.

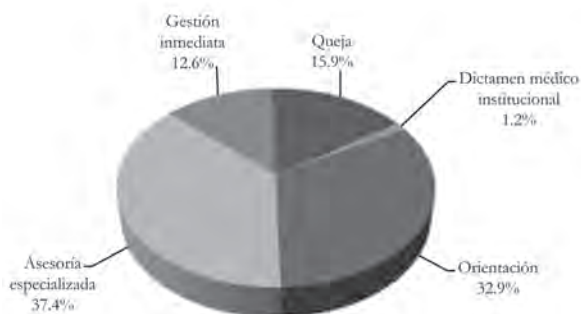
RESULTADOS ALCANZADOS

GRÁFICA 1
ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
COMISIÓN COAHUILENSE DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MÉDICO,
2005-2010.



FUENTE: Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico.
SAQMED Estatal.

GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
COMISIÓN COAHUILENSE DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MÉDICO,
2005-2010.



N = 1,258.

FUENTE: Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico.
SAQMED Estatal.

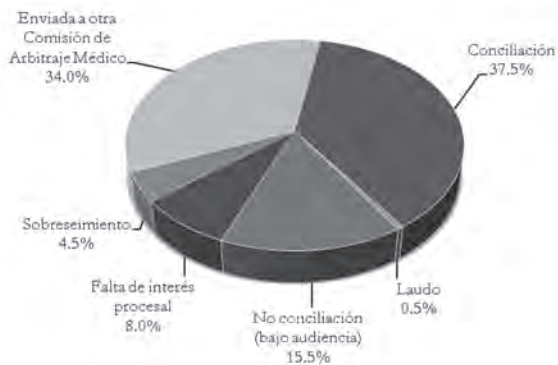
CUADRO 1
QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA RELACIONADA SEGÚN AÑO.
COMISIÓN COAHUILENSE DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MÉDICO,
2005-2010.

<i>Sector / Grupo / Institución</i>	<i>Total</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
Total	200	22	28	26	44	37	43
Sector Público	124	9	17	21	28	25	24
Seguridad social	98	5	16	17	23	20	17
IMSS	67	3	9	10	18	15	12
ISSSTE	22	2	6	5	3	3	3
Servicios Médicos del SNTE*	9	-	1	2	2	2	2
Asistencia social	11	-	-	2	3	3	3
Otro	11	-	-	2	3	3	3
Sin seguridad social	15	4	1	2	2	2	4
Servicios Estatales de Salud	15	4	1	2	2	2	4
Sector Privado	76	13	11	5	16	12	19
Servicios privados	74	12	11	5	16	11	19
Clínicas sin servicio de hospitalización	5	1	1	-	1	2	-
Consultorios	35	6	3	2	8	3	13
Hospitales	32	5	7	3	6	6	5
Laboratorios y gabinete	2	-	-	-	1	-	1
Asistencia privada	2	1	-	-	-	1	-
Cruz Roja	2	1	-	-	-	1	-

*Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación.

FUENTE: Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico.
SAQMED Estatal.

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONCLUSIÓN EN QUEJAS.
COMISIÓN COAHUILENSE DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MÉDICO,
2005-2010.



N = 200.

FUENTE: Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico.
 SAQMED Estatal.

IMPACTO SOCIAL

La COCCAM ha tenido como beneficios para la sociedad, la existencia de una instancia con métodos alternos de solución de conflictos, evitando así el gasto de tiempo y dinero en instancias judiciales, al brindar servicios completamente gratuitos y con la celeridad procesal necesaria y oportuna, lo que ha dado como resultado un trabajo serio, transparente y fructífero en beneficio de la comunidad médica y de la sociedad.

La repercusión social de la COCCAM ha sido medida con parámetros de calidad en cada una de las atenciones que brinda. De esto podemos manifestar que hay dos grandes rubros en donde el tejido social coahuilense ha sido transformado:

El primero y más amplio, el sector de los usuarios de servicios de salud, en donde los grupos de población vulnerable han sido capacitados y reconocidos como una de las vertientes de atención más beneficiadas, al reconocer derechos y servicios que con anterioridad, ya fuese por desconocimiento o falta de acceso, no ejercían sus derechos de atención médica de calidad. A partir de los servicios que presta la COCCAM (específicamente las asesorías, orientación y gestión inmediata), se ha logrado que un buen

número de inconformidades se resuelvan de manera inmediata, ya sea porque en ciertos casos en que comparece el usuario o alguna persona en su representación —debido a la gravedad de la situación de salud del paciente—, se necesita una pronta solución a los problemas presentados, por lo que por medio de una gestión que se realiza directamente con algún prestador de servicios médicos, se le otorga al paciente la atención que requiere. O bien, los usuarios desisten de su denuncia cuando se les asesora debidamente sobre su situación, tanto médica como legal, ya que en muchos casos lo que el paciente percibe como una negligencia o falta de atención médica, corresponde tan sólo a una falta de comunicación con el médico tratante.

Pero la COCCAM no únicamente ha resultado ser benéfica para los usuarios de algún servicio médico, sino también para los profesionales de la salud, ya que una denuncia ante instancias judiciales trae consigo desprestigio social, dado que las incidencias médicas en este tipo de instituciones se vuelven generalmente públicas, mientras que en la Comisión se rigen bajo el principio de confidencialidad. De este modo, de las quejas que atendemos es posible gestionar su resolución en más de 80% de los casos, pues el médico encuentra en nuestra mesa de diálogo todas las herramientas de comunicación humana que le permiten demostrar (expediente en mano) la aplicación de sus intervenciones en la forma adecuada; y al paciente, comprender los eventos ocurridos, y en los casos que así lo han decidido, se llega a un acuerdo, respetando la figura conciliadora de nuestra Comisión. Así se inició la aplicación de procedimientos arbitrales hasta llegar a un punto de maduración que hoy nos permite la correcta aplicación de la conjunción de conocimientos jurídicos y médicos, lo que ha tenido eco en nuestra comunidad como la forma más expedita, fiable y veraz de resolver a fondo una controversia derivada del acto médico.

Cabe destacar que los prestadores de servicios de salud, han sido capacitados sobre cómo proceder ante las peticiones de servicios, tanto de salud como de información específica derivada del acto médico a los pacientes, en cuanto a la elaboración de expedientes clínicos, de los consentimientos válidamente informados, y otros que son temas que se ejercen a plenitud en los hospitales de nuestro estado; el acceso a informes médicos completos y oportunos, resúmenes debidamente estructurados, ya es una cuestión tan accesible como la solicitud de una explicación por parte del enfermo de su estado actual. Así mismo, en un trabajo conjunto con la Secretaría de Salud a nivel federal y estatal, se hizo el lanzamiento interinstitucional de la campaña sectorial denominada “Cirugía segura salva vidas” como una campaña permanente, en todo el país, que se ofrece en beneficio de pacientes sometidos a un procedimiento quirúrgico.

Es a partir de los medios de conciliación y arbitraje llevados a cabo por la COCCAM, que se ha garantizado a la ciudadanía una solución adecuada a las quejas médicas que se suscitan en la relación médico-paciente, brindando apoyo a ambas partes en la toma de decisiones, siempre con la debida imparcialidad para analizar cada caso en lo particular bajo la asistencia de los conocimientos de un médico y un abogado, creando confianza en ambas partes. Lo que ha traído como consecuencia el fortalecimiento de la calidad de la atención, al inducir en los prestadores de servicios médicos, la responsabilidad de una actuación profesional, apegada a los cánones de la Medicina.

PERSPECTIVAS

El derecho a la protección de la salud es inalienable, y en tal sentido, la queja contra los servicios médicos representa el camino para que la sociedad manifieste su inconformidad con los servicios de salud a los que tiene derecho, lo que sirve al Estado para dar una solución justa y oportuna. En ese orden de ideas, consideramos que el Modelo de Arbitraje, propuesto por la CONAMED y adoptado desde 2005 por la COCCAM, se ha ubicado en los últimos años como un elemento importante que contribuye a garantizar el derecho a la protección de la salud, ya que al ser un medio alternativo de solución de conflictos, ayuda a dirimir diferencias entre médicos y pacientes, sin necesidad de recurrir a las vías judiciales.

Actualmente la COCCAM es vista como una instancia confiable, donde las controversias relacionadas con los actos médicos son atendidas y analizadas por especialistas en Medicina, quienes en conjunto con el personal jurídico, otorgan un servicio profesional y especializado. Es nuestro objetivo reforzar el posicionamiento de la Comisión como colaborador de las instancias de procuración e impartición de justicia, al aportar elementos de análisis especializado. Además, consideramos importantes las contribuciones de otras Comisiones estatales para retroalimentar al Sistema de Salud mediante datos sobre inconformidades y recomendaciones para mejorar la calidad de atención y la seguridad en la prestación de los servicios médicos.

Reconocemos en la extensión geográfica de nuestro estado, una barrera para permitir mayor acceso de la población a los servicios que presta la Comisión, por lo que una meta que está a punto de concretarse es la apertura de tres Delegaciones, ubicadas estratégicamente en las ciudades de Monclova, Torreón y Piedras Negras, lo que con seguridad incrementará nuestras acciones y permitirá una mayor cobertura para que la población pueda acercarse a este importante medio alternativo de solución de conflictos.

Por otro lado, la adopción del Modelo de Arbitraje Médico nos ha conducido a tomar acciones para entablar una reunión de evaluación documental y operativa con la CONAMED, con el propósito de que una vez cumplido este requisito, se consiga culminar el proceso de homologación en la atención de quejas médicas ante instancias federales, lo cual permitiría ofrecer una atención adecuada a los pacientes que perciban alguna irregularidad en la atención médica en hospitales del IMSS, ISSSTE y de otras dependencias federales (hasta el momento, no es posible intervenir de manera directa en dichas instituciones).

Se contempla también la realización de convenios de colaboración con la Procuraduría General de Justicia del Estado, para el seguimiento de casos de orden médico legal en los que se presuma negligencia, y de esta manera, identificar a la COCCAM como la instancia inicial de referencia para este tipo de casos, además de colaborar con las autoridades de procuración de justicia en los casos en que se considere necesario a la hora de elaborar dictámenes médicos periciales.

En el aspecto académico y de prevención en el conflicto médico, consideramos como parte de nuestra labor, seguir capacitando médicos en temas selectos de Medicina legal, promover en simposia y cursos una adecuada conformación del expediente clínico (de acuerdo con las normas médicas internacionales); dar a conocer los derechos de pacientes y médicos; y recomendamos trabajar siempre bajo la máxima de *lex artis ad hoc*; se promueve además una adecuada elaboración de consentimientos válidamente informados. Todos ellos, elementos que ayudan en la prevención de conflictos en la relación médico-paciente.

Con todo lo anterior y considerando siempre el trabajo conjunto con las autoridades sanitarias, el personal de salud, médico y paramédico, y los órganos de procuración de justicia del estado, establecemos como retos para mejorar los servicios de atención médica y de los prestadores de servicios médicos: Promover que todos los Servicios de Salud se presenten con calidad. Estimular a los usuarios de los servicios médicos (es decir, a los pacientes) para que acudan a la COCCAM y tengan a su alcance la información necesaria respecto a los derechos que tienen el paciente y el médico, a obtener orientación sobre posibles controversias en su atención; a recibir asesoría técnica y de procedimientos relacionados con el acto médico ante instituciones del sector público y el sector privado. A utilizar la información sobre la calidad en los servicios de salud para seleccionar y usar dichos servicios de manera más efectiva. Así mismo, que tengan acceso a los procedimientos de conciliación y en los casos que así lo decidan los usuarios y los prestadores de los servicios médicos, al arbitraje médico.

Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico de Colima

José F. Rivas Guzmán

ANTECEDENTES

La Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico de Colima fue creada el 17 de agosto de 1998, mediante Decreto publicado el 22 de agosto del mismo año en el periódico oficial *El Estado de Colima*, como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud y Bienestar Social de Colima.

El 1 de marzo de 2006, durante la Segunda Sesión Ordinaria del Consejo (máxima autoridad de la Comisión Estatal), se aprobó por unanimidad la modificación al nombre de la Comisión, para quedar como “Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico”.

El 21 de octubre de 2006 se publica en el diario oficial, el decreto del Gobernador de Colima expedido el 11 de octubre del mismo año, con el que la Comisión se transforma oficialmente en Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico (COESCAMED).

Desde diciembre de 2006 se cuenta con un *Manual de Organización, Procedimientos e Inducción*, del que se carecía desde la creación de la COESCAMED.

En un principio, el Gobierno del Estado concibió mejorar el sistema de atención de quejas y sugerencias de la atención médica, al conceder autonomía plena a la Comisión (compromisos asumidos en el Plan Estatal de Desarrollo 2004-2009).

En el 2008 se presentaron tres Iniciativas de Ley con Proyecto de Decreto al Congreso del Estado: una del Gobernador y las otras dos, de las Fracciones Parlamentarias del PRI y del PAN.

Luego de reunirse en Foros de Consulta convocados por la Comisión de Estudios Legislativos y Puntos Constitucionales, el Congreso Estatal promulga el 21 de mayo de 2008, la Ley de la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico para el estado de Colima, de donde surge la COESCAMED como Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal, publicada el 24 de mayo del mismo año en el diario oficial.

El 19 de julio de 2008 se publica el Decreto núm. 340, con modificaciones a la Ley de la COESCAMED, en atención a las gestiones del Colegio de Médicos del Estado de Colima, A. C. Así se reforman las fracciones XXIV y XXV del artículo 2; se reforma el artículo 3° en su primer párrafo; se reforman los artículos 35 y 36; se reforma la fracción VIII del artículo 39; se reforma la fracción VII del artículo 68; se reforma el primer párrafo y las fracciones I y III, con lo que se eliminó de esta última, el segundo y tercer párrafos para quedar en uno solo, del artículo 142; se reforma el primer párrafo del artículo 147 y su fracción I; también, el primer párrafo del artículo 149; todas, de la Ley de la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico para el Estado de Colima¹.

El 23 de mayo de 2008 se suscribe el Convenio de Colaboración Interinstitucional CONAMED-COESCAMED-IMSS-ISSSTE, con el aval del Poder Ejecutivo Estatal.

Con la finalidad de “Resolver aquellos conflictos que se llegaren a presentar a través del proceso conciliatorio, y con ello evitar la ejecución de un proceso penal, con el desgaste que para todas las partes que intervienen en el mismo conlleva”, el 26 de abril de 2010 se suscribe un Convenio de Colaboración Interinstitucional entre la COESCAMED y la Procuraduría General de Justicia del Estado (PGJE), documento que fue avalado por el Ejecutivo Estatal y por la CONAMED.

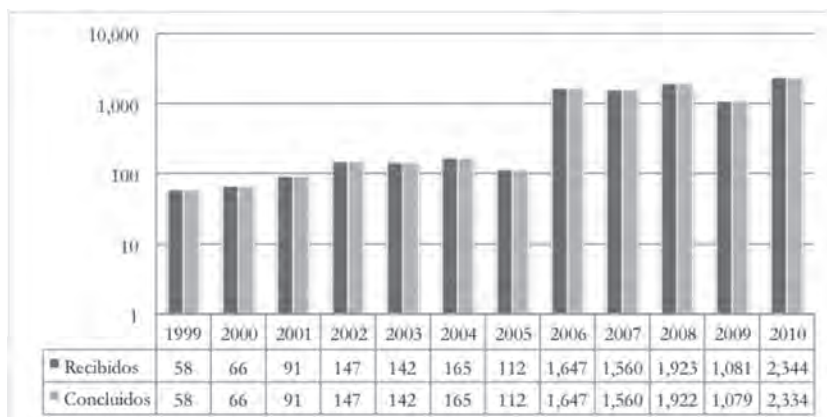
El 12 de abril de 2002 se suscribe el Convenio de Coordinación de Acciones entre la CONAMED y las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico (CEAM).

El 28 de noviembre de 2008 se suscribe un nuevo convenio modificadorio del CMAM y de coordinación de sus acciones, y el 21 de mayo de 2010 se establecen las reglas de Operación del CMAM.

¹ Estas reformas, en palabras del Presidente de la Comisión de Puntos Constitucionales y Estudios Legislativos del Congreso local, fueron básicamente de índole gramatical.

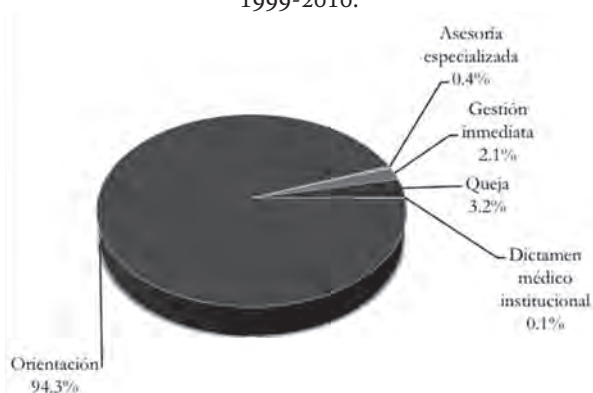
RESULTADOS ALCANZADOS

GRÁFICA 1
ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE COLIMA,
1999-2010.



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

GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE COLIMA,
1999-2010.



N = 9,323.

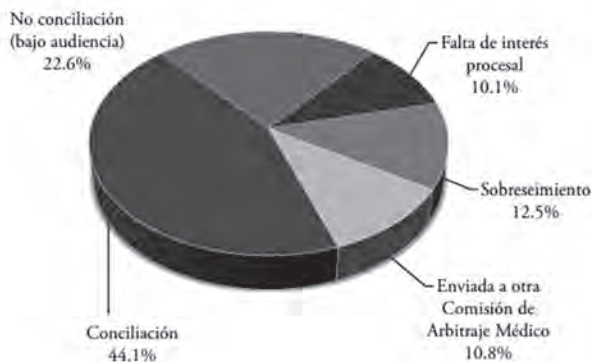
FUENTE: Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Colima.
SAQMED Estatal.

CUADRO 1
QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA RELACIONADA SEGÚN AÑO.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE COLIMA,
1999-2010.

Sector / Grupo / Institución	Total	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	297	13	30	28	39	17	42	43	22	11	20	21	11
Sector Público	176	9	18	10	22	10	27	27	15	8	10	14	6
Seguridad social	111	8	12	6	16	6	16	21	11	5	3	4	3
IMSS	82	6	9	2	10	5	15	18	7	5	-	2	3
ISSSTE Estatal	28	2	3	4	6	1	1	3	3	-	3	2	-
SEMAR	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Asistencia social	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
DIF	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Sin seguridad social	64	1	6	4	5	4	11	6	4	3	7	10	3
Servicios Estatales de Salud	64	1	6	4	5	4	11	6	4	3	7	10	3
Sector Privado	121	4	12	18	17	7	15	16	7	3	10	7	5
Servicios privados	120	4	12	17	17	7	15	16	7	3	10	7	5
Consultorios	120	4	12	17	17	7	15	16	7	3	10	7	5
Asistencia privada	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cruz Roja	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONCLUSIÓN EN QUEJAS.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE COLIMA,
1999-2010.



N = 297.

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

IMPACTO SOCIAL

Desde su fundación en 1998, la COESCAMED Colima comenzó sus funciones en febrero de 1999, con 12 años de actividad ininterrumpida hasta la fecha.

En los primeros seis años se realizaron 669 acciones, mientras que en el siguiente lapso sexenal, de 2005 a 2010, se efectuaron 8,667. Este notable incremento, particularmente en orientaciones y gestiones inmediatas (de éstas no hay datos en los primeros seis años), se reflejó en una reducción en el número de quejas (ver cuadro 1).

En el sexenio 1999-2004, las orientaciones fueron pocas (sólo 500). Sin embargo, entre 2005 y 2010, se incrementaron hasta sumar 8,289 orientaciones, ya que se visitaron instituciones como: la Facultad de Enfermería, Facultad de Medicina, Colegios Médicos, entre otros rubros; con la finalidad de que los prestadores y los usuarios de los servicios médicos, conozcan los Derechos Generales de los Pacientes, Médicos, Enfermeras y Cirujanos Dentistas; la Norma Oficial Mexicana (NOM) 168 referente a la integración del Expediente Clínico; el Consentimiento Informado, y las funciones y atribuciones de la COESCAMED, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Del total, 297 quejas quedaron resueltas por la vía de la conciliación (ver gráficas). De ellas, la mayoría atañe a prestadores de servicios privados.

De los 9,336 asuntos recibidos en los 12 años, se concluyeron 9,323; es decir, el 99.86 por ciento.

En los últimos seis años, la COESCAMED ha impulsado las acciones de orientación al vincular sus acciones con las de los Colegios de profesionales colimenses de la salud, con la Universidad de Colima en la Facultad de Medicina, con el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP) y personal de las instituciones federales de salud en la entidad, por medio de cursos de actualización a expertos y recursos humanos en formación de pregrado y en proceso de especialización.

Se publican artículos de divulgación, se acude a entrevistas de radio y televisión, y se ha difundido el contenido de las Cartas de los Derechos Generales de Pacientes, Médicos, personal de Enfermería y Cirujanos Dentistas.

Al haber suscrito un Convenio de colaboración interinstitucional con la PGJE, se fortaleció la confianza en la conciliación como el mejor recurso para resolver posibles conflictos derivados del acto médico, con lo que se desalienta la proclividad a recurrir a litigios en instancias ministeriales o a tomar acciones judiciales.

La recomendación que en 2009 emitió la COESCAMED a la Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado, aunque rechazada por la autoridad, consolidó la imagen social de la Comisión ante padres de familia, la sociedad en general y los propios medios de comunicación.

Se esperaba que el convenio de colaboración institucional CONAMED-COESCAMED-IMSS-ISSSTE contribuyera a resolver localmente las controversias de pacientes con estas dos instituciones federales. Sin embargo, su propia normatividad interna ha impedido el avance, generando mayor insatisfacción en los usuarios con quejas, en detrimento de la imagen de la Comisión estatal. En cambio, la gestión inmediata ha sido formalmente atendida por dichas instituciones.

Con el propósito de mejorar la captación de quejas provenientes de prestadores de servicios de salud del estado, y con ello, coadyuvar en el seguimiento de los asuntos que se presentan para evitar que los usuarios acudan directamente a la CONAMED, se están fortaleciendo los vínculos de comunicación y acuerdos de coordinación entre la CONAMED y la Comisión estatal.

La COESCAMED participa en el Consejo Estatal de Planeación del estado de Colima (COPLADECOL), y en el Consejo Estatal de Participación Social para la Planeación (CEPSP). Esto es importante por la presencia y el posicionamiento que se ganan al formar parte de este tipo de instituciones,

pues se fortalecen la esencia de la COESCAMED como instancia promotora de la conciliación entre las partes, aunado a participar en las políticas públicas y de participación social, en la prevención y atención de controversias derivadas del acto médico, cuya mala praxis representa un problema de salud pública.

Consideramos que los procedimientos alternativos de mediación, conciliación y arbitraje médico, así como las medidas que se deriven como opiniones técnicas, recomendaciones y dictámenes, además de cumplir las disposiciones de ley para prevenir y corregir, para ser considerada realmente como política pública, tienen que considerar y atender la percepción social, lo que la gente espera y necesita de los servicios de salud públicos y privados.

También se signará el Convenio de Colaboración Institucional entre COESCAMED y la Comisión Estatal de los Derechos Humanos.

PERSPECTIVAS

En sus primeros 12 años de vida, la COESCAMED se ha afianzado favorablemente en la confianza de profesionales de la salud y de la sociedad en general, aunque debemos implementar acciones encaminadas a su fortalecimiento y consolidación.

Como organismo público descentralizado de la Administración Pública, el hecho de no depender de ninguna institución de salud, nos confiere imparcialidad y equidad; pero al no avanzar en la solución de controversias con instituciones federales de salud como el IMSS o el ISSSTE, se sigue restringiendo su función al ámbito local. Esto, en sí mismo, ya limita su desempeño e imagen.

La respuesta (generalmente de “improcedencia”) que estas instituciones otorgan a los asuntos planteados por medio de la Comisión estatal, genera una percepción de burocratismo y tácticas dilatorias, en vez de agilizar el procedimiento de solución amigable de la queja presentada, y propicia el acudir a instancias ministeriales.

El Convenio de Colaboración Institucional COESCAMED-PGJE ha arrojado resultados favorables. Con base en ello, se avanza en las expectativas de reformar los Códigos Civil, Penal, y el de Procedimientos Civiles y Penales, para privilegiar estos medios alternativos, en términos del artículo 17 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos².

² Artículo 17. Ninguna persona podrá hacerse justicia por sí misma, ni ejercer violencia para reclamar su derecho.

La perspectiva de fomentar la cultura de la queja o la denuncia, ofrece la mejor oportunidad para contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes en el proceso continuo de información para la acción.

En el estado, conviene mejorar la difusión de funciones y acciones de la COESCAMED y promocionarlas en forma conjunta con las de la CONAMED, a fin de formalizar y fortalecer la coordinación institucional entre ellas, de cara a la opinión pública.

Otra propuesta es que las Comisiones estatales deberían formar parte —con derechos de voz— de los respectivos Consejos Estatales de Salud.

Además, la Comisión debe fortalecer la gestión y las relaciones institucionales y sociales, consolidando también su función académica, política y de servicio.

Que la conciliación y el arbitraje médico ocupen su lugar como Política Pública, con probada eficacia y naturaleza efectivamente pública.

Toda persona tiene derecho a que se le administre justicia por tribunales que estarán expeditos para impartirla en los plazos y términos que fijen las leyes, emitiendo sus resoluciones de manera pronta, completa e imparcial. Su servicio será gratuito, quedando, en consecuencia, prohibidas las costas judiciales.

[...] Las leyes preverán mecanismos alternativos de solución de controversias. En la materia penal regularán su aplicación, asegurarán la reparación del daño y establecerán los casos en los que se requerirá supervisión judicial [...].

Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México

Jorge Cruz Borromeo

ANTECEDENTES

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 4º, el derecho de los mexicanos de contar con servicios de salud que garanticen su bienestar. Es por ello que en el Senado estatal se han conformado instituciones públicas encargadas de proporcionarlos a la sociedad.

En el ámbito nacional, el mejoramiento de la calidad de los servicios médicos se ha efectuado con base en la reestructuración de las instituciones encargadas de la prestación de éstos, a fin de atender las legítimas demandas de los usuarios, quienes reclaman que la atención médica se otorgue con calidad y eficiencia.

El Estado de México se caracteriza por presentar índices de crecimiento poblacional elevados. Sus habitantes claman por la institucionalización de instrumentos específicos que garanticen el pleno respeto de sus legítimos derechos cuando los solicitan o reciben alguna atención, como los que proporcionan las instituciones públicas, sociales o privadas, cuya demanda va en expansión constante.

Cabe señalar que en la entidad, el Sistema Estatal de Salud es coordinado por la Secretaría de Salud y está constituido por las dependencias y organismos auxiliares de la administración pública estatal, y por personas físicas y morales de los sectores social y privado, que brindan dichos servicios.

Lo anterior trajo consigo la necesidad de crear un órgano que se encargara de dilucidar y conducir en forma amigable y de buena fe, los conflictos que pudieran derivarse de la atención médica y que contribuyera, al mismo tiempo, a evitar las cargas de trabajo presentadas en los órganos jurisdiccionales, y sin pretender sustituirlos, salvaguardar el derecho a la protección de la salud y mejorar la calidad en la prestación del servicio.

Así se creó la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de México, mediante acuerdo del Ejecutivo publicado en la *Gaceta de Gobierno* el 12 de

febrero de 1998, como un órgano desconcentrado del Instituto de Salud del Estado de México, con autonomía técnica y administrativa para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos, a fin de contribuir en la solución de conflictos suscitados entre los usuarios y profesionales sanitarios.

Con la entrada en vigor del Código Administrativo del Estado de México, en marzo de 2002, la Comisión cambió de naturaleza jurídica, constituyéndose en un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, mientras que su denominación se modificó para llamarse Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México.

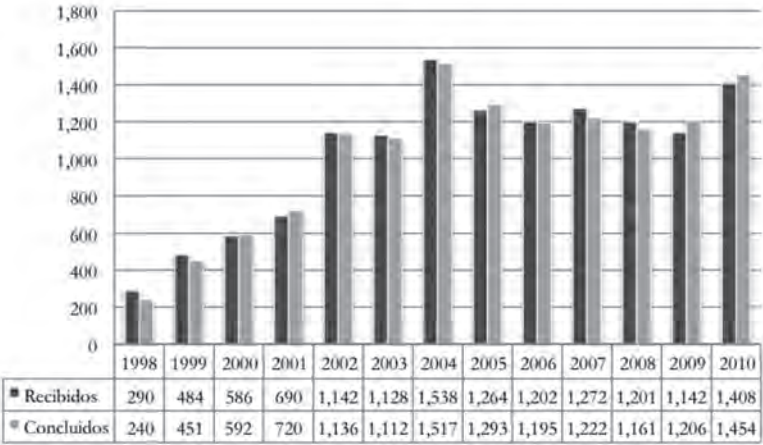
Para el cumplimiento de sus objetivos y desarrollo de sus actividades, tiene las siguientes atribuciones:

- Brindar asesoría médico-legal e información a los usuarios y prestadores de servicios de salud sobre sus derechos y obligaciones en la materia.
- Recibir, investigar y encauzar las quejas que presenten los pacientes en contra de los prestadores de servicios médicos por posibles irregularidades en la atención o por su renuencia a otorgarlos.
- Intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de los servicios médicos por alguno de los supuestos siguientes: probables actos u omisiones derivados de la prestación del servicio médico, probables casos de negligencia con consecuencias indeseables en la salud del usuario, y los que determine la Comisión, a partir de disposiciones generales.
- Fungir como árbitro y pronunciar el laudo que corresponda, siempre que las partes acepten expresamente someterse al arbitraje.
- Solicitar a los prestadores de servicios médicos, los datos y documentos necesarios para solucionar las quejas; así mismo, hacer del conocimiento del superior inmediato de aquéllos, o del órgano de control interno correspondiente, cuando los prestadores tengan en su poder la información requerida y se nieguen a remitirla a la Comisión.
- Solicitar los datos y documentos necesarios, para proveer con oportunidad los asuntos que le sean planteados y, en su caso, hacer del conocimiento de las autoridades de salud, los Colegios y Asociaciones de Medicina, la negativa expresa o tácita a proporcionarlos, así como a informar a las autoridades competentes cuando se detecte que los hechos pudieran llegar a constituir un ilícito.
- Elaborar los dictámenes o peritajes médicos que le sean solicitados por las autoridades jurisdiccionales, administrativas o el Ministerio Público, en términos de los Convenios que para tal efecto se firmen.
- Intervenir de oficio en cualquier otra cuestión que se considere de interés general en la esfera de sus atribuciones.

- Informar a los prestadores de servicios médicos sobre las irregularidades que se adviertan en sus actividades, haciéndolas del conocimiento de la autoridad competente cuando llegaren a ser constitutivas de responsabilidad administrativa o penal.
- Otorgar a los usuarios asesoría respecto de los trámites a realizar con motivo de su queja.
- Convenir con institutos, asociaciones médicas, organizaciones públicas y privadas, la ejecución de acciones que permitan el desarrollo y fortalecimiento de sus atribuciones.
- Celebrar convenios con la CONAMED para la gestión de arbitrajes con motivo de controversias que se susciten entre los usuarios y los prestadores de servicios médicos establecidos en el Estado de México.

RESULTADOS ALCANZADOS

GRÁFICA 1
ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
COMISIÓN DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE MÉXICO,
1998-2010.



FUENTE: Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México.
SAQMED Estatal.

GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
COMISIÓN DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE MÉXICO,
1998-2010.



N = 13,299.

FUENTE: Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México.
SAQMED Estatal.

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONCLUSIÓN EN QUEJAS.
COMISIÓN DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE MÉXICO,
1998-2010.



N = 2,698.

FUENTE: Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México.
SAQMED Estatal.

CUADRO 1
QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA RELACIONADA SEGÚN AÑO.
COMISIÓN DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE MÉXICO,
1998-2010.

Sector / Grupo / Institución	Total	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	2,698	108	268	301	270	249	178	221	202	176	207	157	190	171
Sector Público	1,011	51	116	141	119	94	63	78	64	54	70	58	59	44
Seguridad social	754	42	93	117	94	70	45	52	48	40	47	47	35	24
IMSS	335	16	35	48	32	30	22	26	24	30	25	25	15	7
ISSSTE Estatal	82	8	10	11	9	9	7	5	4	2	6	8	1	2
ISSEMYM	331	18	48	58	52	30	16	20	20	8	16	13	17	15
Otro	6	-	-	-	1	1	-	1	-	-	-	1	2	-
Asistencia social	37	1	7	6	7	4	3	2	1	4	1	-	1	-
DIF	34	1	7	6	6	4	3	2	1	2	1	-	1	-
Instituciones Públicas de Formación Técnica o Profesional en Salud	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otro	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-
Sin seguridad social	220	8	16	18	18	20	15	24	15	10	22	11	23	20
Hospitales Federales de la Secretaría de Salud	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Servicios Estatales de Salud	218	8	15	18	18	20	15	24	15	10	22	10	23	20

CUADRO 1 (continúa)

Sector / Grupo / Institución	Total	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Sector Privado	1,687	57	152	160	151	155	115	143	138	122	137	99	131	127
Servicios privados	1,673	56	149	159	146	154	115	141	138	122	137	99	130	127
Clínicas sin servicio de hospitalización	75	1	-	7	3	2	6	2	3	8	8	9	13	13
Consultorios	667	20	62	69	57	72	34	73	48	43	62	35	45	47
Hospitales	894	35	83	81	81	74	71	63	87	71	64	50	69	65
Laboratorios y gabinete	37	-	4	2	5	6	4	3	-	-	3	5	3	2
Asistencia privada	14	1	3	1	5	1	-	2	-	-	-	-	1	-
Cruz Roja	14	1	3	1	5	1	-	2	-	-	-	-	1	-

FUENTE: Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México.
SAQMED Estatal.

IMPACTO SOCIAL

La Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México es un organismo abierto a los usuarios y prestadores de servicios médicos para dilucidar en amigable composición y de buena fe, posibles conflictos derivados del acto médico, tutelando el derecho a la protección de la salud al fungir como conciliador y como árbitro cuando las partes así lo acepten.

Desde que se fundó, la Comisión ha beneficiado a los pobladores del estado mediante sus programas de trabajo y líneas de acción contempladas dentro de sus actividades sustantivas.

Contribuir a resolver los problemas suscitados entre usuarios y prestadores de servicios médicos, es el objetivo primordial. Por medio de la conciliación se han resuelto inconformidades que emanan de la relación médico-paciente. Así se ha llegado a acuerdos entre las partes y en la mayoría de ellos corresponden a compromisos económicos.

La resolución de controversias es una acción importante de esta institución y al hacer uso de la mediación, se realizan gestiones inmediatas, con lo que se soluciona la inconformidad de manera expedita en menos de 48 horas.

Con el propósito de dirimir y esclarecer la verdad histórica de los hechos sobre la atención médica, lo cual propicia una efectiva orientación para las instancias de procuración de justicia, contralorías internas de instituciones médicas de asistencia y seguridad social, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, entre otras; la Comisión (al emitir el peritaje previamente solicitado por la autoridad correspondiente como opinión técnico-médica institucional, motivada y fundamentada) contribuye al apoyar la toma de decisiones de los solicitantes en la resolución de sus asuntos.

Como parte fundamental en la mejora de la calidad en la atención médica, personal de la Comisión ha impartido diferentes pláticas al personal encargado de brindar servicios de atención médica del sector salud, a diferentes Asociaciones y Colegios de médicos, así como a institutos o escuelas donde se forman los profesionales de la salud. En ellas se abordan temas de importancia como la Norma Oficial Mexicana 168, referente a los rubros del expediente clínico; la Carta de Derechos de los Pacientes, Médicos, Odontólogos y Enfermeras; Recomendaciones Generales para Mejorar la Práctica en la Medicina; el Consentimiento Bajo Información; entre otros temas.

Para acercar los servicios a la población mexiquense, recientemente este organismo puso en marcha un sistema de asistencia en línea con la frase: “Si recibiste una mala atención médica, registra o consulta tu queja”. La creación de este sistema electrónico ha permitido difundir la labor de la Comisión,

lo que ha beneficiado a los usuarios de este medio en materia de tiempo y economía, ya que no hay necesidad de que se trasladen a las oficinas.

PERSPECTIVAS

Ser la principal instancia especializada dentro de la entidad, dedicada a la solución de controversias entre los usuarios y prestadores de servicios de salud, considerando la experiencia laboral, el personal profesional especializado, la estabilidad laboral y confiabilidad que caracterizan al personal que labora en este organismo, amparados en los valores de responsabilidad, calidad, honestidad, confidencialidad, justicia, lealtad y respeto, para el debido cumplimiento de las funciones y atribuciones que atañen a esta Comisión.

Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Guanajuato

Alfredo I. Sosa Lechuga

ANTECEDENTES

Mediante decreto gubernativo, publicado el 30 de junio de 1998, se creó la Comisión Estatal de Arbitraje Médico (COESAMED) de Guanajuato, no obstante, fue hasta el 16 de agosto del mismo año, cuando se instaló oficialmente.

Como toda institución que requiere crecer, fue necesario reestructurar la organización interna de la Comisión, para adecuarla a las disposiciones de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, lo que se logró en 2001, de conformidad con el Decreto Ejecutivo núm. 50 del 25 de junio de 2001.

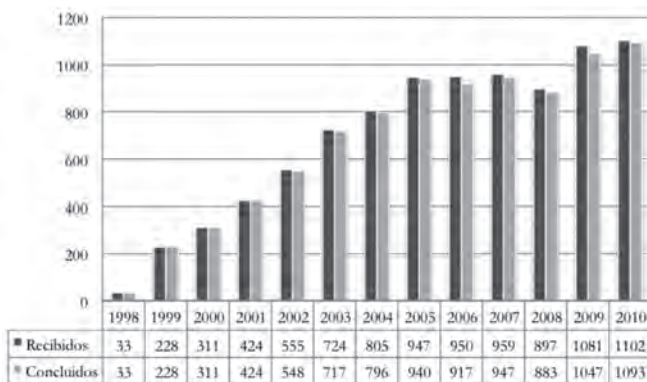
La Comisión fue miembro fundador del CMAM, órgano creado en 2002 con la finalidad de establecer políticas comunes, que reforzaran un modelo único de atención de inconformidades en el ámbito nacional.

El 22 de septiembre de 2006 se firmó el Convenio de Colaboración con el IMSS, ISSSTE y la CONAMED, lo que nos ha permitido hasta la fecha, desarrollar y ampliar nuestro ámbito de competencia en beneficio de la población del Bajío.

Se han firmado convenios de colaboración con la Secretaría de Salud, la Procuraduría de Justicia del Estado, el Colegio de Médicos del estado, la Federación de Colegios de Cirujanos Dentistas del estado, y recientemente, con la Procuraduría de Derechos Humanos de Guanajuato. Estos convenios nos han permitido fortalecer a la Comisión como un organismo especializado en la atención de las quejas en contra de las irregularidades en la prestación de servicios médicos.

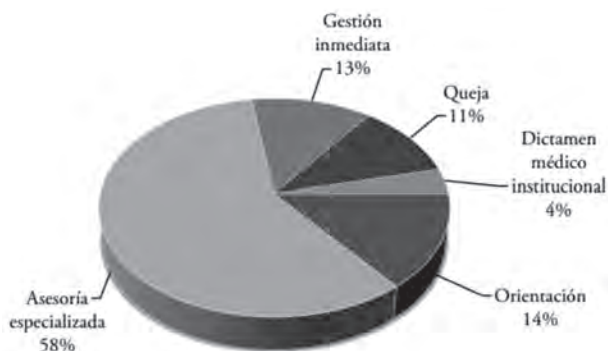
RESULTADOS ALCANZADOS

GRÁFICA 1
ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE GUANAJUATO,
1998-2010.



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

GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE GUANAJUATO,
1998-2010.



N = 8,884.

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

CUADRO 1
QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA RELACIONADA SEGÚN AÑO.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE GUANAJUATO,
1998-2010.

Sector / Grupo / Institución	Total	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	987	17	86	113	134	74	72	68	85	50	72	70	54	92
Sector Público	498	8	43	53	62	24	31	40	58	29	47	37	22	44
Seguridad social	422	8	35	48	58	21	24	33	48	25	38	35	17	32
IMSS	292	7	23	31	47	12	15	30	34	17	30	22	5	19
ISSSTE Estatal	107	1	12	9	11	9	9	3	14	4	5	10	10	10
PEMEX	20	-	-	8	-	-	-	-	-	3	2	3	1	3
SEDENA	3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-
Asistencia social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sin seguridad social	76	-	8	5	4	3	7	7	10	4	9	2	5	12
Servicios Estatales de Salud	76	-	8	5	4	3	7	7	10	4	9	2	5	12
Sector Privado	489	9	43	60	72	50	41	28	27	21	25	33	32	48
Servicios privados	477	9	43	49	71	50	41	28	27	21	25	33	32	48
No disponible	477	9	43	49	71	50	41	28	27	21	25	33	32	48
Asistencia privada	12	-	-	11	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otro	12	-	-	11	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONCLUSIÓN EN QUEJAS.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE GUANAJUATO,
1998-2010.



N = 987.

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

IMPACTO SOCIAL

Se puede observar un incremento en el número de asuntos atendidos desde la creación de la COESAMED hasta hoy, debido a las campañas de difusión y además porque en la mayoría de los casos, la recomendación de acudir a la Comisión proviene de otras personas que ya conocen nuestros servicios.

La mejora en la calidad de la atención médica se ve reflejada en la elaboración de mejores expedientes clínicos y en el uso de la Carta de Consentimiento Informado, por medio de pláticas preventivas a los prestadores de servicios médicos en todos los municipios de la entidad.

Por medio de los Convenios de Colaboración hemos podido llegar a otras instancias, como la Procuraduría de Justicia del estado y de Derechos Humanos, lo que ha fortalecido nuestra presencia como instancia conciliadora y especializada en la atención de quejas médicas. Gracias a estas acciones, hemos logrado que las autoridades de procuración e impartición de justicia sugieran a los usuarios acudir a la COESAMED como primera opción para resolver sus controversias, sin tener que iniciar un procedimiento judicial. En esos

casos, la alternativa extrajudicial se destaca como una vía mucho más ágil y amigable para el público usuario.

De igual manera, se ha fortalecido la confianza que tienen esas autoridades en la COESAMED, así como otras autoridades administrativas en cuanto a la emisión de opiniones médicas institucionales que les sirven de apoyo en la resolución de sus asuntos (quejas administrativas, denuncias, averiguaciones previas, entre otras).

PERSPECTIVAS

1. Crecimiento de la COESAMED. Se están realizando las gestiones necesarias para instalar más oficinas de la COESAMED en otros municipios importantes del corredor industrial del estado (León-Celaya-Guanajuato capital), para acercar nuestros servicios a la población; con el personal básico necesario para implementarlas.
2. A mediano plazo, se pretende realizar el procedimiento arbitral en esta Comisión, dado que desde sus inicios y hasta ahora, nos hemos apoyado en las funciones de la CONAMED para el desahogo y resolución de este procedimiento (laudos). Es necesario capacitar al personal operativo (especialmente a médicos y abogados) en materia de Arbitraje para que sean ellos quienes puedan llevarlo a cabo.
3. Revisar el Convenio de Colaboración que tenemos celebrado con la CONAMED y las delegaciones de IMSS e ISSSTE en el estado, a fin de optimizar y agilizar el procedimiento de la atención y resolución de las quejas que se presenten en contra de los servicios de salud.
4. Refrendar el acercamiento con las Delegaciones estatales del IMSS e ISSSTE, así como con el Hospital Regional de PEMEX y el de SEDENA, en las sesiones del Consejo Directivo de la COESAMED para dar retroalimentación respecto a los asuntos recibidos provenientes de esas instituciones; con ello se pretende mejorar la atención a los usuarios de los servicios de salud en el estado.
5. Firmar el Convenio de Colaboración con el Instituto de Seguridad Social del Estado de Guanajuato (ISSEG) para poder difundir las acciones de la COESAMED por medio de material publicitario distribuido en los locales del ISSEG (farmacias ubicadas en los 46 municipios del estado); además de incorporar un módulo itinerante que se trasladará a los principales municipios, a fin de dar a conocer nuestros servicios y, de ser posible, dar asesorías *in situ* a los usuarios que así lo soliciten.

6. Continuar el curso que se da a los alumnos de la Facultad de Medicina del Estado (Universidad de Guanajuato), y llevarlo a otras instituciones educativas de salud, para contribuir a la formación académica integral de dichos alumnos respecto a temas de actualidad como: Expediente clínico electrónico; Medicina asertiva; Responsabilidad civil, penal y administrativa en materia de servicios de salud; Estrategias para no generar una queja en materia médica; entre otros.

Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Guerrero

Ángel L. Díaz Garzón Chavelas

ANTECEDENTES

Después de la creación de la CONAMED, en 1996, se inició en los estados de la República la creación de sus Comisiones locales. Fue en 1999 cuando el Ejecutivo del estado, mediante decreto del 19 de octubre, instala en Guerrero la Comisión Estatal de Arbitraje Médico (CEAM-GRO); sin embargo, fue hasta el año 2000 cuando empezó a operar, con únicamente tres funcionarios: el Comisionado y dos Subcomisionados (uno Médico y el otro Jurídico).

El inicio, sin duda, no fue fácil, en virtud de que al crearse, la Secretaría de Salud no contaba con los recursos financieros para su operación; por ello, orgánicamente la CEAM-GRO es un órgano desconcentrado de esa Secretaría, pero en lo financiero depende de la Secretaría de Finanzas del Gobierno del estado.

El organismo no contó con todas las unidades administrativas establecidas en su Reglamento Interno, por lo que cubrió únicamente las áreas básicas, se la dotó de una plantilla de siete personas (incluidos los tres funcionarios antes mencionados).

Hoy día, seguimos trabajando bajo este mismo esquema de dependencia orgánica de la Secretaría de Salud, y en el presupuesto, de la Secretaría de Finanzas del Gobierno local. Del año 2000 a la fecha, la plantilla ha aumentado a ocho empleados, es decir que en 11 años de operación sólo se ha contratado a una persona más.

Al principio existió mucha resistencia del gremio médico para aceptar a la CEAM-GRO, quienes la consideraban una amenaza y manifestaban su total rechazo para que comenzara actividades ya que se consideraban a sí mismos como la profesión más castigada, pues junto con las acciones civiles, penales, administrativas, laborales, fiscales que enfrentan los médicos (el estado de Guerrero es el único que cobra un impuesto especial a este sector de la sociedad, llamado “Impuesto sobre la Profesión Médica”), ahora surgía esta

Comisión. Por ello, fue fundamental iniciar el acercamiento con los profesionales del estado por medio de las sociedades médicas de cada una de las especialidades en Medicina, para explicarles las bondades de los medios alternos de resolución de conflictos, los cuales a partir de procedimientos como la mediación, gestión, conciliación y arbitraje, resuelven los conflictos suscitados entre prestadores de servicios médicos y usuarios, además de la gratuidad de nuestros servicios y la rapidez en la resolución de inconformidades.

Por otro lado, la ciudadanía debía identificar la existencia de un novedoso organismo especializado en resolver controversias entre prestadores de servicios médicos y usuarios de los mismos, generando conciencia entre la población civil de que, a partir del diálogo y la comunicación, se podían resolver conflictos de este tipo, y no únicamente había que acudir a los organismos jurisdiccionales, donde las partes sufren un gran desgaste emocional y económico.

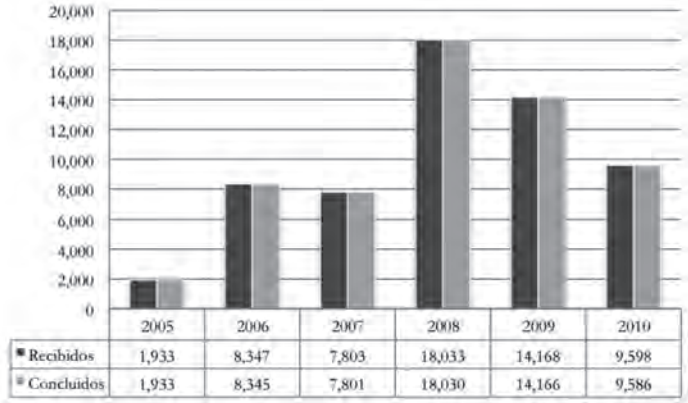
De este modo y con trabajo arduo y constante, la Comisión se ha ganado la confianza de un gran sector de la población y del gremio médico, lo cual se puede demostrar con las estadísticas de los asuntos atendidos hasta hoy, pues van al alza; así mismo, la firma de convenios con distintos organismos e instituciones educativas, y la utilización de los distintos medios de comunicación, permitieron que más personas nos identificaran y poder así posicionar a la Comisión entre los afectos de la población guerrerense.

Falta mucho por hacer y muchos lugares donde acudir para ofrecer nuestros servicios; sin embargo, la orografía de nuestro estado, la situación de pobreza, a veces extrema (en donde ni siquiera se cuenta con lo básico en servicios de salud), nos limitan aún más. Por ello, resultaría aparentemente absurdo ir a hablarle al público acerca de inconformidades médicas, cuando en una población o comunidad dentro del municipio de Acapulco, por ejemplo, apenas cuentan con un centro de salud regional para atender sus problemas de salud.

RESULTADOS ALCANZADOS

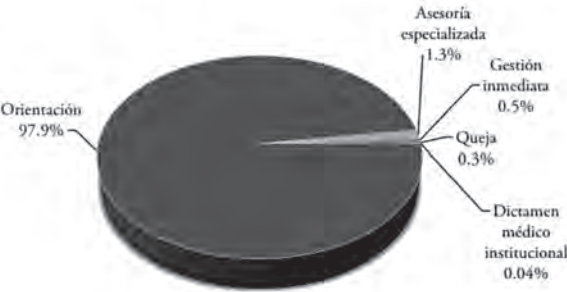
GRÁFICA 1
ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE GUERRERO,
2005-2010.

FUENTE: Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Guerrero.



SAQMED Estatal.

GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE GUERRERO,
2005-2010.



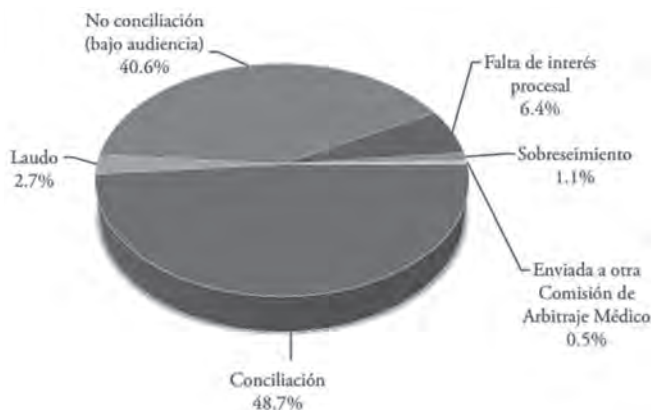
N = 59,861.
FUENTE: Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Guerrero.
SAQMED Estatal.

CUADRO 1
QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA RELACIONADA SEGÚN AÑO.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE GUERRERO,
2005-2010.

<i>Sector / Grupo / Institución</i>	<i>Total</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
Total	187	35	28	32	27	34	31
Sector Público	98	17	16	21	13	16	15
Seguridad social	71	11	12	17	11	13	7
IMSS	40	5	5	11	7	8	4
ISSSTE Estatal	30	6	7	5	4	5	3
SEDENA	1	-	-	1	-	-	-
Asistencia social	-	-	-	-	-	-	-
Sin seguridad social	27	6	4	4	2	3	8
Servicios Estatales de Salud	27	6	4	4	2	3	8
Sector Privado	89	18	12	11	14	18	16
Servicios privados	83	18	12	10	12	17	14
Consultorios	80	18	12	10	11	15	14
Hospitales	3	-	-	-	1	2	-
Asistencia privada	6	-	-	1	2	1	2
Cruz Roja	1	-	-	1	-	-	-
Otro	5	-	-	-	2	1	2

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

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONCLUSIÓN EN QUEJAS.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE GUERRERO,
2005-2010.



N = 187.

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

IMPACTO SOCIAL

Factores como la orografía del estado, la falta de personal suficiente y las limitaciones presupuestarias, han impedido que la presencia de la CEAM-GRO se extienda a las siete regiones de Guerrero. Por ello, a lo largo de estos 11 años, se han implementado diferentes acciones para estar más cerca de la comunidad, e informar sobre la existencia de la CEAM-GRO, por lo que además de utilizar los diferentes medios de comunicación, en 2004 y por iniciativa de nuestro Consejo, se instalaron módulos de información en los principales hospitales de la ciudad de Acapulco, ya que ellos consideraban que debíamos presentarnos *in situ*, esto es, donde se proporciona la atención médica, con la obligación de estar dentro de las instituciones de salud, con lo que se inicia una etapa de sensibilización con los funcionarios de los principales hospitales de la ciudad de Acapulco, al comentarles que el propósito era únicamente informar lo que hace la CEAM de Guerrero, así como informar sobre los derechos y obligaciones de los usuarios y prestadores de servicios médicos, y que de ninguna manera estábamos ahí para incitar las quejas en contra del personal médico. Así se obtuvo la venia del Delegado del IMSS y del Secreta-

rio de Salud del Estado, con lo que quedó formalizado dicho compromiso con la instalación de tres módulos: Hospital Regional “Vicente Guerrero” del IMSS, Hospital General “Donato G. Alarcón” de Renacimiento, y Clínica Avanzada de Atención Primaria a la Salud. Los dos últimos dependen de la Secretaría de Salud local. Debido a la imposibilidad de pagar a las personas que atendían los módulos, éstos dejaron de operar, lo que dio como resultado que en el hospital regional del IMSS —hasta entonces la institución con mayor número de quejas—, disminuyeran sus cifras de “queja médica” en forma considerable, mientras que las gestiones tuvieron un importante repunte, con lo cual prevenimos las quejas y se resolvieron las inconformidades de manera inmediata.

En 2007, nuevamente se retoma la idea de los Módulos de información, pero ahora estarían instalados en los municipios más lejanos al puerto de Acapulco, por ello se inauguraron los de Tlapa, Olinalá y Ometepepec; luego de un tiempo, hubo rotación del personal, por lo que hemos contado también con módulos en Chilapa, Chilpancingo e Iguala. (Actualmente, nuestros módulos se encuentran ubicados en estos dos últimos municipios.)

Los resultados obtenidos son buenos, ya que de manera directa y en forma personal se le explica a la ciudadanía la existencia de la CEAM-GRO, así como sus funciones y atribuciones; sin embargo, el reto es todavía mayor, pues ahora gestionaremos ante el Ejecutivo del Estado y el Secretario de Salud, la autorización para la apertura de por los menos dos delegaciones de esta Comisión, que debería estar integrada por el binomio médico-abogado, y en donde ya se podrían realizar gestiones e interponer quejas. Por ello, a partir de 2011, concentraremos todos nuestros esfuerzos para lograr dicha meta; el objetivo es llegar a Ciudad Altamirano y Ometepepec, municipios importantes debido a su magnitud, donde vemos mucha actividad, sobre todo de tipo médico y comercial, y donde confluyen habitantes de varios municipios vecinos; en consecuencia, se suscitan muchos problemas de inconformidades médicas; pero el factor distancia contribuye a que las personas guarden o se reserven su inconformidad, o bien, que acudan (si acaso llegan a hacerlo) a la instancia judicial para tratar de resolver su problema médico.

Al estar más cerca de los usuarios, se podrá reconocer las bondades de los medios alternos de resolución de conflictos, y sobre todo, de las Comisiones de Arbitraje Médico. El propósito es que los asuntos de carácter médico no se resuelvan en las instancias jurisdiccionales, sino que a través de la gestión, la conciliación y el arbitraje, se facilite una solución viable. Por otra parte, se cuenta con la ventaja de que la relación médico-paciente no resulta tan fracturada como cuando se inicia un juicio en tribunales; la

gratuidad en el servicio es otro factor a tomar en cuenta para utilizar los servicios de la CEAM-GRO, así como la resolución ágil y pronta de la inconformidad.

PERSPECTIVAS

Con apenas 11 años de existencia, la CEAM-GRO se encuentra ubicada en el ánimo y la conciencia de la ciudadanía, quienes nos ubican como un organismo especializado en la atención de inconformidades de tipo médico. Sin embargo, nuestra labor no debe parar ahí; sabemos de las limitaciones en cuanto a la infraestructura, el personal de salud, los medicamentos, entre otras carencias.

Con todo, se registra un cambio de actitud de gran parte del personal de salud; es necesario sensibilizar y humanizar a los profesionales de la salud, que día a día se encuentran laborando en los diferentes hospitales, clínicas, centros de salud, donde en muchos casos la cordialidad y el buen trato están a punto de extinguirse y donde la CEAM-GRO, junto con las autoridades de Salud, debemos actuar en conjunto; previniendo el conflicto médico y retomando la actitud amable de la relación médico-paciente, hay que recalcar la importancia del acatamiento de las leyes en la actuación del médico, y enfatizar el compromiso que como prestadores de servicios médicos tenemos con nuestros pacientes, pero sobre todo, la responsabilidad que como seres humanos tenemos para con los demás: *Primum non nocere*¹, es decir, “Primero, no dañar”.

Seguiremos trabajando permanentemente con el propósito de elevar el compromiso y ejercicio de nuestra responsabilidad, con la presencia de los valores que rigen a la Comisión: honestidad, imparcialidad, objetividad, confidencialidad y respeto.

¹ La famosa frase latina tan empleada en Medicina y atribuida originalmente a Hipócrates, acepta varias traducciones: “Ante todo, no hacer daño”; “Primero que nada, no dañar”. Se refiere al deber de los médicos de no ocasionar más daño del que en sí mismo acarrea la enfermedad, deber que se ubica como prioridad en la jerarquización de obligaciones éticas, expresadas en orden descendente en cuanto al grado de compromiso:

1. La obligación de no producir daño o mal.
2. La obligación de prevenir el daño o el mal
3. La obligación de remover o retirar lo que esté haciendo un daño o un mal.
4. La obligación de promover lo que hace bien.

Extracto tomado de Lifschitz, A., “El significado actual de «*Primum non nocere*»”, México, UNAM/Facultad de Medicina, 2002, texto disponible en el sitio de Internet: <http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2002/ponencia_jul_2k2.html> (consultado el 29 de marzo de 2011).

Para garantizar la prestación de nuestros servicios con la mejor calidad, nos enfocamos a la mejora continua de los procedimientos establecidos y documentados, los cuales nos permitieron obtener la certificación respectiva bajo la norma internacional ISO 9001:2008, expedida por QMI SAI Global.

Es de señalar que la población identifica y ubica nuestras instalaciones en la sede de la CEAM-GRO, Acapulco. La mayoría de los asuntos provienen del Puerto; lo que se traduce en la permeabilidad de las gestiones realizadas para posicionar a la institución en nuestro ámbito de influencia.

Contamos con instalaciones adecuadas y de fácil acceso para brindar a los ciudadanos una atención de calidad. Estamos comprometidos con su conservación, procurando siempre satisfacer a nuestros usuarios.

Percibimos una mayor confianza tanto de los usuarios como de los prestadores del servicio médico, para acercarse con nosotros en caso de alguna inconformidad.

Para elevar ese grado de confianza de acercamiento a nuestra organización, seguiremos trabajando con la imparcialidad que nuestro ejercicio amerita.

Alentaremos la estrecha relación con la Federación Médica del Estado de Guerrero, que nos permita participar en las sesiones de esa organización y escuchar de viva voz las inquietudes de los médicos guerrerenses.

Nos proponemos:

1. Homologar los sueldos que percibimos los trabajadores de la CEAM-GRO, ya que en comparación con los sueldos que se pagan en las demás Comisiones del país, somos de las de menores ingresos.
2. Solicitar mayor apoyo del Gobierno del Estado, para la dotación de más recursos humanos (contamos con el mismo personal desde hace 11 años) y financieros.
3. Optimizar la solución de las quejas contra las instituciones federales como el IMSS y el ISSSTE, para el logro efectivo de nuestros objetivos.
4. Promover la existencia y funciones de la CEAM-GRO en aquellos lugares alejados de Acapulco, como son: Costa Chica, Montaña y Tierra Caliente.
5. Gestionar la instalación de delegaciones en municipios donde existe mucha actividad médica y, en consecuencia, muchas inconformidades, por ejemplo: Ciudad Altamirano y Ometepe.
6. Motivar la pronta solución de las inconformidades por parte de las empresas aseguradoras.

Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo

Gustavo Martín del Campo Olivares

ANTECEDENTES

En esta breve reseña mostraremos un panorama de la relación médico-paciente en el estado de Hidalgo, partiendo de que el tema de las quejas contra los médicos e incluso lo relativo a las sanciones, no es algo que acontezca recientemente en nuestra entidad.

Actualmente existe un entorno tendiente a la desconfianza y falta de credibilidad que afecta a los profesionales de la salud y a las instituciones, lo que se traduce en un incremento importante en el número de quejas o inconformidades, las cuales deben ser resueltas por el médico o la institución que brindaron la atención respectiva, pero en muchas ocasiones no se logra la satisfacción de las pretensiones del usuario que recurre a esos servicios de salud. Ante esto, en Hidalgo se presentaba como una necesidad imperiosa, el crear una instancia especializada en la materia para resolver las controversias que se suscitaban, haciendo uso de estrategias de conciliación alternas a la vía jurídica, basadas en la buena fe, confianza, colaboración, con el sentido humanista que caracteriza la relación médico-paciente.

Aunado a lo anterior, con mayor frecuencia se ha observado el fenómeno del ejercicio de la Medicina defensiva, debido en gran medida, al temor del personal de salud a ser demandado por el paciente, lo cual además de ser una conducta al margen de la ética, genera un clima de desconfianza entre las partes de esta relación, e incluso encarece el costo de la atención en el ramo de la salud.

Otro factor importante es el acceso a los medios de comunicación por la población en general, lo cual también ha influido en el incremento del número de inconformidades por los usuarios de los servicios médicos, sobre todo a partir del uso de la Internet.

La Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo se creó para dar atención con base en el modelo generado por la CONAMED, organismo

que tiene indiscutible probidad, cuya fundación data de hace 15 años. En 2010, la Comisión Nacional recibió (procedentes de Hidalgo) un total de 181 quejas, de las cuales se resolvieron 180 en una u otra forma de las acciones que ejecuta por la vía de la conciliación. Esto nos lleva a considerar esta vía como la base de nuestro primer ámbito de acción.

Merced a la imperiosa necesidad de contar con este órgano especializado, se emite el Decreto gubernamental con el que se crea la Comisión estatal, publicado en el Periódico Oficial del estado el 31 de enero de 2011 (es la más joven en todo el país), como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica y operativa para emitir recomendaciones, opiniones, acuerdos y laudos; cuyo objeto es contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los prestadores de los servicios de salud en el estado, y los usuarios de éstos, así como la promoción de una buena práctica de la Medicina como medio para elevar la calidad de los servicios de atención médica (en la práctica privada y pública).

En términos del artículo 5° del Decreto de Creación, la Comisión contará con un Consejo, un Comisionado, dos Subcomisionados (uno Jurídico y otro Médico), y las unidades administrativas que se determinen en el Reglamento Interno que al efecto se expida.

Por ello, el 14 de febrero de 2011, el Gobernador Constitucional del Estado (con la presencia del Comisionado Nacional) tomó protesta a los miembros que conforman el Consejo de dicha Comisión.

De conformidad con el artículo 1° transitorio, el Decreto de Creación entró en vigor a los 20 días de su publicación, es decir, el 2 de marzo.

Según se ha dicho, la estructura orgánica es muy similar al modelo organizacional de arbitraje médico de la CONAMED, pues consta de cuatro áreas básicas (además de las Subcomisiones), que son: Orientación, Conciliación, Arbitraje y Gestión pericial. Esto con el objeto de unificar criterios operativos, normativos, y de documentar los procedimientos para asegurar una atención estandarizada e integral.

Uno de los primeros aspectos que intentamos realizar, es la consolidación y fortalecimiento de las atribuciones y políticas de la Comisión en el seno de la sociedad hidalguense, y del gremio médico a partir de la vinculación con instituciones de procuración e impartición de justicia en el estado; con los Colegios, Consejos, Asociaciones y Sociedades Médicas, así como con la Escuela de Medicina del estado.

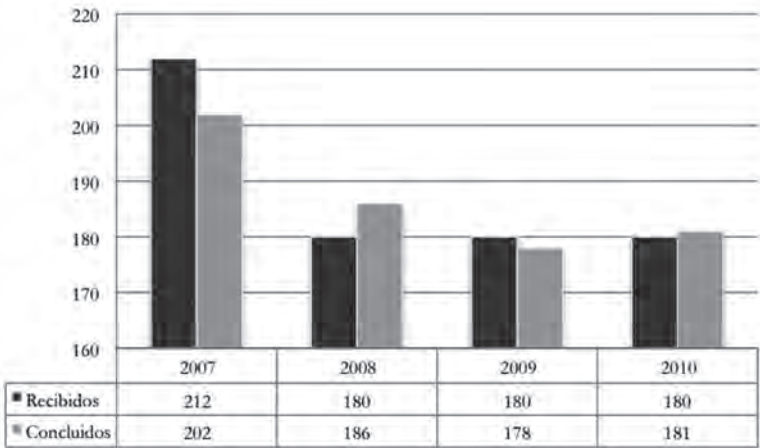
A partir de nuestras acciones, se pretende lograr lo más pronto posible la credibilidad, confianza y certidumbre por parte de los pacientes, familiares, médicos, técnicos y auxiliares, en los servicios de la Comisión. Esto

representa un gran reto en su cometido, para contribuir al cumplimiento del derecho Constitucional de la protección a la salud.

Por último, agradecemos enormemente el apoyo que nos ha brindado el personal de la CONAMED en cuanto al asesoramiento y funcionamiento de nuestra Comisión.

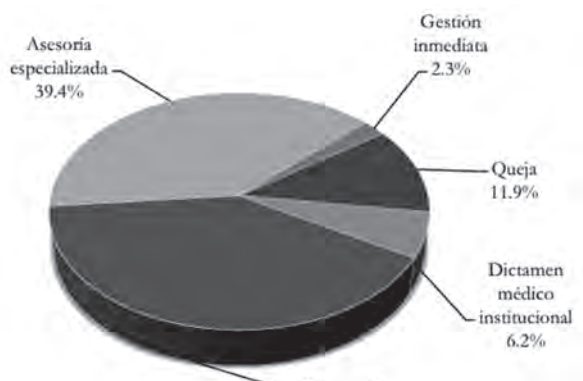
RESULTADOS ALCANZADOS

GRÁFICA 1
ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS RELACIONADOS CON USUARIOS O UNIDADES MÉDICAS DEL ESTADO DE HIDALGO SEGÚN EL SERVICIO.
CONAMED, 2007-2010.



FUENTE: Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
SAQMED.

GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS RELACIONADOS CON USUARIOS O
UNIDADES MÉDICAS DEL ESTADO DE HIDALGO SEGÚN EL SERVICIO OTORGADO.
CONAMED, 2007-2010.



N = 747.

FUENTE: Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
 SAQMED.

CUADRO 1
QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA UBICADA EN
EL ESTADO DE HIDALGO SEGÚN AÑO.
CONAMED, 2007-2010.

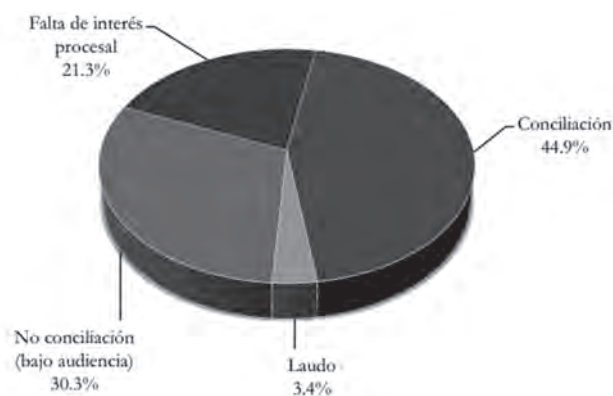
<i>Sector / Grupo / Institución</i>	<i>Total</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
Total	89	12	30	25	22
Sector Público	64	8	21	19	16
Seguridad Social	57	7	19	15	16
IMSS	47	6	15	13	13
ISSSTE	8	1	3	1	3
PEMEX	2	-	1	1	-
Asistencia Social	-	-	-	-	-
Sin seguridad Social	7	1	2	4	-
Hospitales Federales de la Secretaría de Salud	2	-	-	2	-
Servicios Estatales de Salud	5	1	2	2	-
Sector Privado	25	4	9	6	6
Servicios privados	25	4	9	6	6

CUADRO 1 (*continúa*)

Sector / Grupo / Institución	Total	2007	2008	2009	2010
Clínicas sin servicio de hospitalización	1	-	1	-	-
Consultorios	12	2	4	-	6
Hospitales	9	2	4	3	-
Laboratorios y gabinete	3	-	-	3	-
Asistencia privada	-	-	-	-	-

FUENTE: Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
SAQMED.

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONCLUSIÓN DE QUEJAS RELACIONADAS
CON UNIDADES MÉDICAS UBICADAS EN EL ESTADO DE HIDALGO.
CONAMED, 2007-2010.



N = 89.

FUENTE: Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
SAQMED.

IMPACTO SOCIAL

Estamos tratando de influir favorablemente en la sociedad, contribuyendo a solucionar los conflictos que se deriven de la prestación de la atención médica, al disminuir prácticas como la cultura litigiosa y la Medicina defensiva, y en consecuencia, reducir también el número de quejas de los usuarios en nuestro Estado, a partir del fortalecimiento de la relación médico-paciente y del mejoramiento de la calidad de la atención médica para la población por medio de recomendaciones que emita esta Comisión.

PERSPECTIVAS

- Habilitar un espacio destinado para proporcionar orientación jurídica y especializada de los trámites y servicios que demanda la ciudadanía, y que servirán de enlace entre las áreas de Atención al público y el área Administrativa de la Comisión;
- Difundir por medio de pláticas las funciones de la Comisión a Colegios, Asociaciones, Sociedades o Consejos de profesionales de la salud;
- Celebrar convenios de colaboración con diferentes instancias como la Procuraduría General de la República, Procuraduría General de Justicia del Estado, Tribunal Superior de Justicia, Comisión Estatal de Derechos Humanos, entre otras;
- Tener un Consejo de la Comisión activo, eficiente y transparente;
- Celebrar un congreso académico (en octubre de 2011) con el tema: "Controversias sobre la Ley de Voluntad Anticipada";
- Desarrollar un programa de educación médica y legal continua que permita perfeccionar el nivel de calidad y resolución de controversias en forma progresiva;
- Establecer como norma la discusión de los casos para llegar a una correcta evaluación de los mismos;
- Cumplir con confidencialidad, imparcialidad, objetividad y eficiencia nuestra actividad diaria.

Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco

Jorge G. Hurtado Godínez

ANTECEDENTES

Con el Decreto de creación de la CONAMED en junio de 1996, se promovió la creación de delegaciones en cada uno de los estados de la República Mexicana.

A pesar de que hubo respuesta favorable en algunas regiones, en Jalisco las bases institucionales y los Colegios Médicos se manifestaron en contra de esta intención. Surgieron presiones sociales como reflejo de la aparición de Comisiones estatales, y de la insistencia de los medios de comunicación sobre la necesidad de contar con una instancia específica en Jalisco, dedicada a la investigación y resolución de los problemas concomitantes de la práctica médica.

En el primer semestre del año 2000, estos dos factores de presión social se conjugaron al presentarse un incidente en el Hospital General de Puerto Vallarta, donde fallecen cinco personas; eso propició la intervención de la CONAMED y la Comisión Estatal de Derechos Humanos.

Este incidente actuó como detonante de manifestaciones diversas, exigiéndose la creación de una Comisión estatal de Arbitraje, motivo por el cual el Ejecutivo jalisciense convocó a las instituciones del sector salud, de educación superior y a las asociaciones civiles de profesionistas, para la elaboración de una propuesta colegiada sobre la creación de la Ley de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (CAMEJAL).

Con la coordinación de la Secretaría de Salud Jalisco, se integró un grupo de trabajo en el que participaron: la Asociación Médica de Jalisco; el Colegio Médico, A. C.; la Federación Jalisciense de Colegios, Asociaciones y

Academias de Profesionistas; la Federación de Colegios de Profesionistas del Estado de Jalisco; el Consejo Coordinador de Colegios de Profesionistas; la Universidad de Guadalajara; la Universidad Autónoma de Guadalajara; el IMSS; la Asociación de Hospitales Particulares y la Secretaría General de Gobierno, para la integración de un documento que se presentó al gobernador y éste a su vez lo turnó al Congreso del Estado como la iniciativa de Ley de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

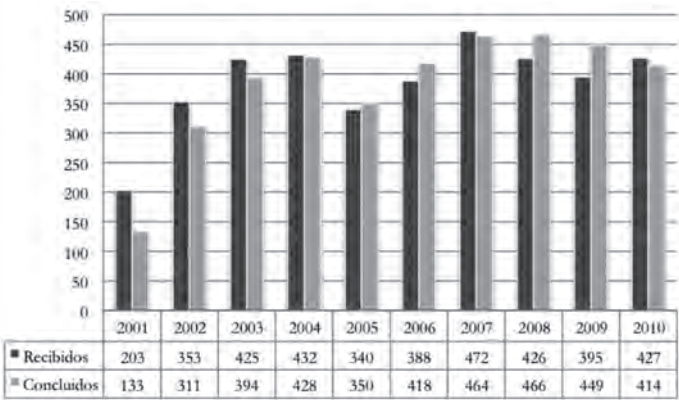
El Poder Legislativo estatal, aun cuando la transforma en una adición a la Ley Estatal de Salud, conserva en esencia la propuesta del grupo interinstitucional y se aprueba el 31 de enero de 2001, mediante el Decreto 18936 (“Reforma y adición de diversos artículos de la Ley Estatal de Salud”), publicado el 13 de marzo del mismo año.

Lo anterior explica el referente legal del arbitraje médico en Jalisco como parte de la Ley Estatal de Salud, en la segunda sección del artículo 91-A al 91-L. Una vez publicado el Decreto, se convocó a los representantes de las instituciones integrantes del Consejo, para dar cumplimiento al artículo 91-G y al Quinto artículo transitorio del mismo dictamen, sobre el procedimiento para la designación del Comisionado, de tal forma que el 11 de abril se designó al Comisionado de Arbitraje de Jalisco para el periodo 2001-2005.

Hubo una nueva reelección, por lo que aquél permaneció en el cargo hasta el 29 de abril de 2010, y un día después tomó posesión el actual encargado del despacho.

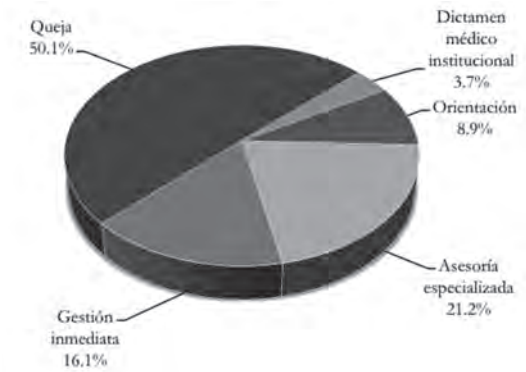
RESULTADOS ALCANZADOS

GRÁFICA 1
ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE JALISCO,
2001-2010.



FUENTE: Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.
Sistema de Quejas de Servicios de Salud (SIQUESS).

GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE JALISCO,
2001-2010.



N = 3,827.
FUENTE: Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.
SIQUESS.

CUADRO 1
QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA RELACIONADA SEGÚN AÑO.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE JALISCO,
2001-2010.

Sector / Grupo / Institución	Total	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	1,917	63	173	202	221	168	210	216	247	200	217
Sector Público	782	35	79	99	81	70	64	96	85	81	92
Seguridad social	640	31	73	86	67	51	56	74	66	65	71
IMSS	586	28	65	78	57	47	53	69	60	60	69
ISSSTE	46	3	7	7	9	3	3	5	4	5	-
PEMEX	6	-	1	1	-	-	-	-	2	-	2
SEDENA	2	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-
Asistencia social	5	1	-	-	1	1	2	-	-	-	-
DIF	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Instituciones Públicas de Formación Técnica o Profesional en Salud	2	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-
Otro	2	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-

CUADRO 1 (continuación)

Sector / Grupo / Institución	Total	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Sin seguridad social	137	3	6	13	13	18	6	22	19	16	21
Servicios Estatales de Salud	73	3	2	8	5	15	2	11	9	8	10
Otro	64	-	4	5	8	3	4	11	10	8	11
Sector Privado	1,135	28	94	103	140	98	146	120	162	119	125
Servicios privados	1,092	28	90	98	139	92	137	112	161	116	119
Consultorios	334	9	30	24	55	35	43	32	51	29	26
Hospitales	745	19	60	70	82	55	92	79	109	86	93
Laboratorios y gabinete	13	-	-	4	2	2	2	1	1	1	-
Asistencia privada	43	-	4	5	1	6	9	8	1	3	6
Cruz Roja	10	-	1	1	-	2	1	3	-	-	2
Cruz Verde	30	-	2	4	1	4	8	4	1	3	3
Instituciones Privadas de Formación Técnica o Profesional en Salud	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Centro de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT)	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-

FUENTE: Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco. SIQUESS.

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONCLUSIÓN EN QUEJAS.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE JALISCO,
2001-2010.



N = 1,917.

FUENTE: Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.
SIQUESS.

IMPACTO SOCIAL

Resalta la cobertura por parte de la CAMEJAL que presta servicios gratuitos a los grupos vulnerables, que en porcentaje ascienden a 7% del universo de usuarios sin seguridad social. Este grupo cuenta sólo con la asistencia social como alternativa para atender sus necesidades de servicios médicos.

De los 427 casos recibidos el año pasado, 178 correspondieron a la Medicina privada y 166 al IMSS. Por lo que toca a las Instituciones dependientes del Gobierno del Estado, 54 pertenecían a ese sistema (12.6%), constituyéndose como el tercer lugar en este rubro.

CUADRO 2
OCUPACIÓN DE USUARIOS MAYORES DE 18 AÑOS POR TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL,
ENERO-DICIEMBRE, 2010.

<i>Ocupación</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
Empleado	85	57.8	18	35.3	62	39.2	165	46.5
Hogar	31	21.1	17	33.3	33	20.9	81	22.8
Profesionista	6	4.1	2	3.9	17	10.8	25	7.0
Desempleado	6	4.1	10	19.6	7	4.4	23	6.5
Estudiante	3	2.0	0	0.0	18	11.4	21	5.9
No especificado	2	1.4	3	5.9	14	8.9	19	5.4
Jubilado/Pensionado	11	7.5	0	0.0	7	4.4	18	5.1
Ayudantes/Peones	2	1.4	0	0.0	0	0.0	2	0.6
Trabajo agropecuario	0	0.0	1	2.0	0	0.0	1	0.3
Comerciante	1	0.7	0	0.0	0	0.0	1	0.3
Servicio doméstico	0	0.0	1	2.0	0	0.0	1	0.3
Técnicos		0.0	0	0.0	1	0.6	1	0.3
Total	147	100	51	100	158	100	355	100

FUENTE: Estadística interna; Comisión Estatal de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

PERSPECTIVAS

De las manifestaciones de inconformidades que los ciudadanos presentan ante las diversas instancias gubernamentales, la queja en contra de los servicios de salud que prestan los médicos es de una particular importancia, debido a que se encuentra en juego la salud o la vida de los usuarios.

En este contexto, la Comisión ha dedicado una gran parte de sus esfuerzos para establecer un proyecto que permita brindar la atención a la gente, con un nivel de calidad óptimo, para dar curso a las inconformidades que se presentan y generar un valor agregado a la función en cada uno de los casos. No obstante, muchos de estos esfuerzos no son medibles, ya que se refieren a aspectos humanistas tales como: calidez, respeto a la dignidad y confidencialidad con que son atendidas las personas que acuden a la CAMEJAL, entre otros.

La Comisión tiene una visión de sus propias atribuciones, mismas que le fueron concedidas en su Decreto de creación. Preocuparnos sólo por obtener información derivada de los conflictos entre médico y paciente, para tomarlos como únicos indicadores que nos permitan orientar las medidas

correctivas en las irregularidades del acto médico, sería reducir la función de esta Comisión a un simple “Departamento de Orientación y Quejas”.

Crear una institución del Estado con autonomía técnica y científica, debe ir más allá del cumplimiento de los indicadores de mejoría en el acto médico. Debe buscar conocer cuál es su repercusión en el contexto socio-económico y cultural, como promotor de una nueva “relación médico-paciente”, fundada en una práctica médica de calidad que coloque al ser humano en el centro de sus esfuerzos. En donde el médico:

[...] vea a su paciente como una persona que sufre física y emocionalmente, que necesita no sólo de la ciencia médica, sino también, de un trato cálido, respetuoso de su intimidad y creencias, para crear en él un estado emocional de confianza: en la persona, en la ciencia y en las técnicas utilizadas por el profesional de la salud o de las personas que lo auxilian.

Percibir al paciente únicamente como a un cliente generador de una riqueza legítima para el médico, es cosificar a las personas, quitarles su dignidad de ser humano; significa practicar una Medicina deshumanizada, tal como si la salud fuera sólo cuestión científico-técnica, al margen de los estados emocionales o psicológicos, y del ámbito de creencias de la gente que padece una enfermedad. Sería considerar al paciente como mero consumidor de servicios, equiparándolo a una relación de “proveedor-consumidor”.

Esta visión es la responsable del surgimiento de conflictos entre “el médico y el paciente”; por lo tanto, el reto que enfrenta el profesional de la salud es: “conservar, prevenir y/o restablecer la salud de una persona poseedora de dignidad humana”.

Dentro de la visión humanista, se encuentra la nueva cultura de Medios Alternativos de Justicia para la solución de los problemas surgidos en la relación médico-paciente, cuyo propósito es: “[...] incubar la cultura de la amigable resolución de conflictos”, cuidando la confianza del paciente hacia el médico como un elemento de vital importancia para que el gremio de los profesionales de la salud, preserve la imagen social de verdaderos y confiables promotores de la misma. Por lo que el objetivo final será desterrar la mentalidad de percibir al médico o al paciente como adversarios, así como evitar la judicialización de los conflictos.

Por todo ello, se pretende: en cuanto a la recepción, gestión y solución de quejas, mantener la tendencia al alza, a partir de procedimientos eficientes de integración del expediente administrativo y la técnica de mediación para solucionar los conflictos. Con relación a las asesorías y opiniones técnicas, ampliar la difusión, a fin de que la población de los municipios de

Jalisco sepa que en la CAMEJAL cuentan con una opción gratuita de solución a sus problemas eventuales en materia de servicios de salud.

Aumentar la recepción del número de quejas mediante convenios de colaboración interinstitucional con la Procuraduría General de Justicia del Estado de Jalisco (PGJEJ), previa integración de las averiguaciones correspondientes. Intervenir con el procedimiento de conciliación para evitar el procesamiento penal de los médicos y demás prestadores de servicios de salud. Aumentar y sostener la productividad en los procedimientos de conciliación para evitar posibles rezagos.

Disminuir los casos de falta de interés y no sometimiento a la competencia de la Comisión, mediante convencimiento de las organizaciones profesionales que representan a los prestadores de servicios médicos, para que tomen conciencia de que la conciliación y el Arbitraje les evitarán juicios civiles y procesos penales que pueden generar desconfianza social hacia ese gremio. Además, celebrar un convenio interinstitucional con el IMSS y el ISSSTE, con la finalidad de que estos casos cambien su estatus de “referidos” a “conciliados”, los que se sumarían a la productividad de la Comisión.

Por último, aumentar la cobertura de difusión de los servicios que ofrece la Comisión a los usuarios que acuden a las instituciones privadas y de asistencia social.

Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Michoacán

Jaime R. Murillo Delgado

ANTECEDENTES

La Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Michoacán (COESAMM) fue creada el 20 de abril de 2000, mediante Decreto emitido por el Gobernador del Estado; publicado en el Periódico Oficial del Gobierno. Se trata de un organismo auxiliar, desconcentrado de los Servicios de Salud del estado de Michoacán, con plena autonomía técnica y administrativa para emitir opiniones, acuerdos, dictámenes y laudos.

La Comisión tendrá por objeto contribuir en el ámbito de la conciliación y el arbitraje, a la solución de los conflictos suscitados entre los usuarios y prestadores de los servicios médicos, sin menoscabo de las resoluciones que dicten las autoridades judiciales (de darse el caso) en este tipo de conflictos.

Así se laboró desde el 11 de julio de 2000, fecha en que se atendió el primer caso procedente de Contepec, Michoacán.

El primer Comisionado estatal estuvo en el cargo hasta el 6 de agosto de 2003, cuando fue designado el segundo Comisionado, quien continuó los trabajos de la COESAMM hasta el 29 de marzo de 2004, fecha en que con un nuevo decreto emitido por el Gobernador de entonces, se estableció a esta Comisión como un Organismo Autónomo, descentralizado de la Administración Pública Estatal, con personalidad jurídica y patrimonio propios.

La Comisión tiene su sede en la capital, Morelia, y por acuerdo del Consejo Directivo, podía establecer las oficinas que requirieran las necesidades del servicio y que permitiera su presupuesto.

Según lo manifestado en el artículo 9º del Decreto de creación, el Consejo Directivo lo integrarían los siguientes miembros:

- I. El Gobernador del Estado, quien funge como el Presidente o la persona que éste designe;

- II. El Secretario de Gobierno, quien será el Vicepresidente;
- III. El Secretario de Planeación y Desarrollo Estatal;
- IV. El Secretario de Salud del estado;
- V. El Secretario de Contraloría y Desarrollo Administrativo del estado, quien será su comisario;
- VI. El Tesorero General del estado;
- VII. El Presidente del Colegio de Médicos de Michoacán; y
- VIII. Tres representantes de la sociedad civil, con conocimientos en el campo de la Medicina, que serán designados por el Gobernador del Estado.

Los cargos del Consejo Directivo serán honoríficos, cada uno de los miembros propietarios podrá nombrar a un suplente.

Resulta necesario instituir en Michoacán un organismo imparcial, formalmente constituido, al que puedan acudir los usuarios y los prestadores de servicios médicos para dilucidar, en forma conciliatoria y de buena fe, posibles conflictos derivados de la prestación de dichos servicios, con lo cual se evitarán considerables cargas de trabajo para los órganos jurisdiccionales.

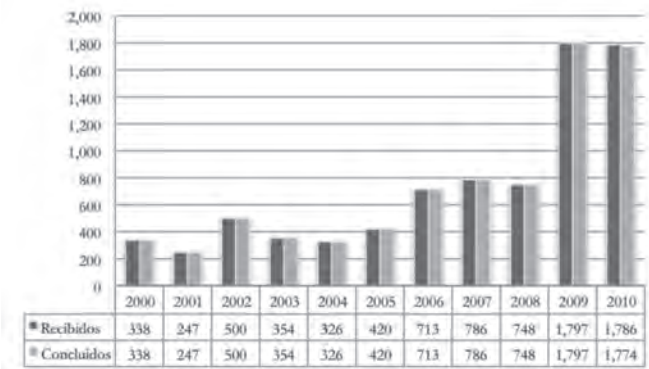
IMPACTO SOCIAL

La Comisión ha generado beneficios para la población que recibe atención médica privada y la que acude a los Servicios de Salud públicos.

El universo de los usuarios que se han atendido en la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Michoacán, en un 80% es de clase social media y baja, sobre todo aquellos que son atendidos por instituciones públicas y sociales que brindan servicios de salud.

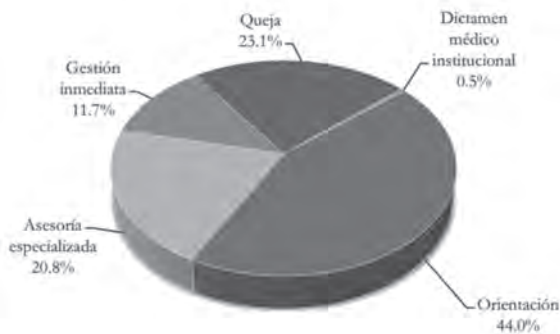
Por lo que respecta al IMSS y al ISSSTE, se tienen firmados convenios de colaboración, pero las leyes respectivas limitan mucho el alcance de estos convenios.

GRÁFICA 1
ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE MICHOACÁN,
2000-2010.



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

GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE MICHOACÁN,
2000-2010.



N = 8,003.
FUENTE: Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Michoacán.
SAQMED Estatal.

CUADRO 1
QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA RELACIONADA SEGÚN AÑO.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE MICHOACÁN,
2000-2010.

Sector / Grupo / Institución	Total	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	1,847	75	55	111	101	70	115	158	172	166	398	426
Sector Público	1,034	42	31	62	57	39	64	88	96	93	223	239
Seguridad social	684	24	21	45	35	28	33	57	53	64	151	173
IMSS	609	15	15	43	24	20	20	50	49	59	148	166
ISSSTE	75	9	6	2	11	8	13	7	4	5	3	7
Sin seguridad social	350	18	10	17	22	11	31	31	43	29	72	66
Servicios Estatales de Salud	350	18	10	17	22	11	31	31	43	29	72	66
Sector Privado	813	33	24	49	44	31	51	70	76	73	175	187
Servicios privados	813	33	24	49	44	31	51	70	76	73	175	187
Consultorios	41	2	2	3	3	2	2	1	3	4	9	10
Hospitales	760	31	21	44	41	29	48	69	70	69	161	177
Laboratorios y gabinete	12	-	1	2	-	-	1	-	3	-	5	-

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

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



N = 1,847.

FUENTE: Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Michoacán.

SAQMED Estatal.

PERSPECTIVAS

La COESAMM busca ampliar y eficientar sus oficinas en las diferentes poblaciones del estado, aunque las restricciones presupuestales han obligado a que se busquen convenios de colaboración con los Ayuntamientos, a fin de contar con ventanillas de atención al público para desde allí captar las inconformidades que se generan en poblaciones distantes de la capital michoacana.

Se tiene regionalizado el trabajo de la siguiente forma: Zona Centro, Zona de la Tierra Caliente, Zona de la Costa, Zona del Oriente, Zona Norte y Zona Occidente.

Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Morelos

Ramón José Cué González

ANTECEDENTES

Como resultado de justificadas y reiteradas demandas de nuestra población, la creación hace ya diez años de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Morelos (COESAMOR), no fue un gesto independiente y abstracto, sino el resultado de una gesta social que, como todas, se compone de un sinnúmero de experiencias, aportaciones y voluntades anónimas. La convicción de que es necesario fomentar una cultura de corresponsabilidad en el cuidado de la salud, que favorezca indudablemente la mejoría en la calidad con que se ofrecen estos servicios, junto con la conciliación, son premisas fundamentales de esta institución, pues estamos convencidos de las bondades que se obtienen al aplicar a las controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos, medios alternos para la solución de sus conflictos, tal y como el que ofrece el arbitraje médico a la ciudadanía en general.

Por ello, el 6 de septiembre de 2000 se publica en el periódico oficial *Tierra y Libertad*, el Decreto núm. 1183 por el que se crea la Comisión Estatal de Arbitraje Médico del Estado de Morelos, y se consolida su instalación el 5 de diciembre de ese mismo año, con la toma de protesta de la Junta de Gobierno. De tal manera, la COESAMOR nace como un organismo descentralizado del Gobierno del Estado, institución que al contar con una estructura médica, jurídica y administrativa especializada, favorece la armonía y la convivencia, el respeto y la tolerancia, lo que trae como consecuencia que su funcionamiento sea oportuno y eficaz, capaz de resolver los problemas suscitados entre usuarios y prestadores de servicios de salud, en forma amigable, ágil, sencilla y, sobre todo, gratuita, sin generar costo alguno para los morelenses.

Durante este proceso de una década de arbitraje médico en Morelos, destaca la importante participación del personal de la misma, en cuanto a la

creación del CMAM como un órgano en el cual tendrían cabida todas y cada una de las demás Comisiones del país, con miras a convertirse en el pilar del arbitraje médico en México. Como resultado inmediato, se efectuaron cuatro Talleres de homologación, con la intención de ofrecer a toda la comunidad un Modelo único en la atención de sus inconformidades en las Comisiones del país. A partir de estos trabajos, en 2004 se pudo consolidar la creación del “Modelo de Arbitraje Médico”, único en el mundo y el más importante referente del arbitraje médico en nuestro país.

Como consecuencia, todas las Comisiones Estatales (incluida por supuesto la de Morelos) iniciaron un proceso de homologación, para lo cual la COESAMOR comenzó a implementar las medidas necesarias para homologarse a cabalidad en este proceso. Para ello fue necesario modificar en el estatuto orgánico de la Comisión, su Reglamento de Atención de Quejas y Gestión Pericial, así como el Decreto con el que se crea la Comisión, lo que dio como resultado que actualmente la COESAMOR ofrece a la ciudadanía morelense una ejecución y gestión del proceso de atención de inconformidades totalmente homologado al Modelo de Arbitraje Médico.

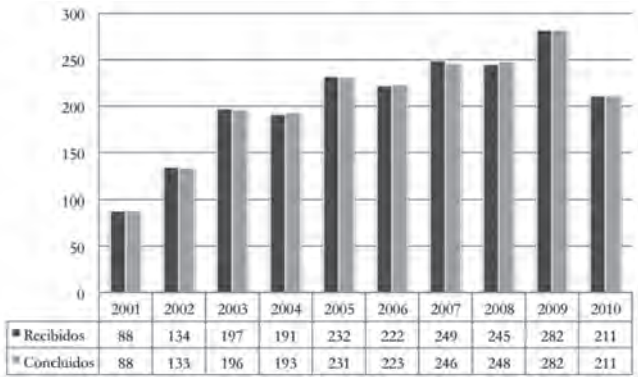
RESULTADOS ALCANZADOS

Desde su creación, los funcionarios de la COESAMOR se han empeñado en llevar sus servicios a la totalidad de los municipios del estado. Así, se han realizado diversas campañas de promoción de los servicios que presta, aunque consideramos que aún queda mucho camino por recorrer; sin embargo, hasta hace un año se habían proporcionado 2,045 atenciones, distribuidas como se observa en la gráfica 1.

Es importante resaltar que durante esta década de arbitraje médico en Morelos, la conciliación ha desempeñado un papel fundamental: se puede afirmar que más del 80% de los asuntos recibidos en esta Comisión, se han solucionado por esta vía, como se observa en la gráfica 2.

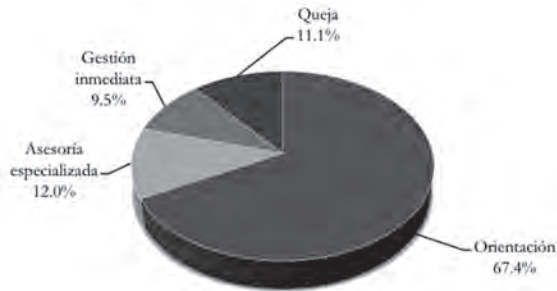
En la solución de las controversias, es fundamental el papel que tienen las distintas instituciones de salud en nuestro estado. Gracias al apoyo de muchas de ellas, se ha logrado solucionar a favor de la ciudadanía morelense un gran número de casos.

GRÁFICA 1
ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE MORELOS,
2001-2010.



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

GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE MORELOS,
2001-2010.



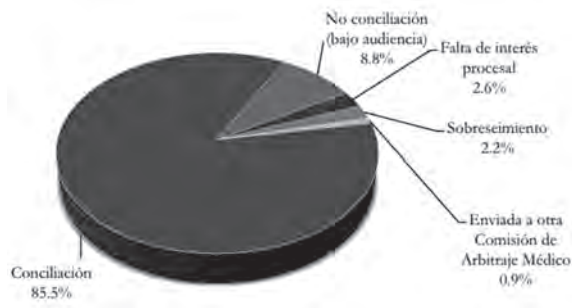
N = 2,051.
FUENTE: Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Morelos.
SAQMED Estatal.

CUADRO 1
QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA RELACIONADA SEGÚN AÑO.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE MORELOS,
2001-2010.

Sector / Grupo / Institución	Total	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	227	23	24	27	21	17	30	25	30	16	14
Sector Público	64	7	8	11	5	3	8	5	10	4	3
Seguridad social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asistencia social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sin seguridad social	64	7	8	11	5	3	8	5	10	4	3
Servicios Estatales de Salud	58	6	8	9	5	2	7	5	9	4	3
Otro	6	1	-	2	-	1	1	-	1	-	-
Sector Privado	163	16	16	16	16	14	22	20	20	12	11
Servicios privados	161	16	16	16	15	14	22	20	19	12	11
Clinicas sin servicio de hospitalización	51	8	6	3	5	4	7	5	4	6	3
Consultorios	66	5	6	6	6	7	9	5	12	6	4
Hospitales	36	2	4	6	4	3	4	6	3	-	4
Laboratorios y gabinete	8	1	-	1	-	-	2	4	-	-	-
Asistencia privada	2	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-
Cruz Roja	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Instituciones Privadas de Formación Técnica o Profesional en Salud	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-

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

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONCLUSIÓN EN QUEJAS.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE MORELOS,
2001-2010.



N = 227.

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

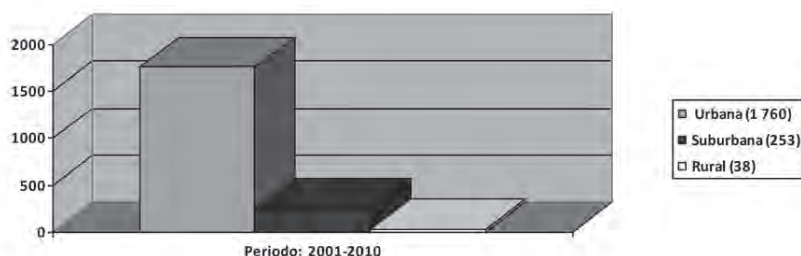
IMPACTO SOCIAL

La atención de inconformidades, sin lugar a dudas, se ha colocado como un pilar fundamental en el sistema de salud mexicano, proporcionándole a éste la invaluable oportunidad de medir de manera directa la efectividad del mismo.

Es importante considerar que el arbitraje médico en nuestro país (luego de 15 años) y en nuestro estado (tras una década), es aún bastante joven; por ende, poco conocido. Es por ello que un objetivo primordial de esta Comisión, ha sido el poder acercar los beneficios del arbitraje a todas las regiones del estado. Actualmente, la mayor cantidad de atenciones que proporciona la COESAMOR se concentra en las zonas urbanas, según se observa en la gráfica 4.

Como se señala en el Decreto núm. 1183 por el que se creó la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Morelos, el objetivo fundamental del quehacer de la COESAMOR consiste en contribuir a mejorar la calidad de los servicios de salud que se prestan en el estado, por lo que resulta un asunto prioritario la prevención del conflicto médico-paciente. Para esto, el personal de la COESAMOR ha convocado a diversos coloquios y charlas encaminados a aportar elementos o herramientas de reflexión útiles para prevenir esos conflictos. Así mismo, se han realizado diversas entrevistas en medios de comunicación para que la sociedad conozca las funciones de la Comisión y

GRÁFICA 4
DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE ARBITRAJE MÉDICO EN EL ESTADO DE
MORELOS, POR TIPO DE ZONA HABITACIONAL.



las ventajas del servicio que se ofrece. También, se han reproducido y distribuido diversos documentos tales como folletos, trípticos y otros instrumentos de información dirigidos a la comunidad, principalmente sobre: “Derechos de los médicos”, “Derechos de los pacientes”, “¿Qué es la COESAMOR?”, “Derechos de los Cirujanos Dentistas”, así como recomendaciones para mejorar la práctica en diversas especialidades médicas (véase el cuadro 2).

Sin duda, podemos afirmar que la COESAMOR ha tenido una participación importante en la sociedad morelense, no sólo en lo que respecta a la resolución de conflictos suscitados por la atención a la salud, sino al

CUADRO 2
RESUMEN DE ACTIVIDADES DE LA COESAMOR.

<i>Concepto</i>	<i>Número de actividades</i>
Pláticas	1,732
Número de asistentes	30,756
Programas de radio	279
Programas de televisión	159
Boletines informativos	156,965
Folletos	124,152
Carteles informativos	115,300

ubicarse como la primera instancia en el estado de Morelos que ofrece a la ciudadanía medios alternos para la resolución de conflictos suscitados por la prestación de servicios de salud, y algo más, destacar la importancia de la conciliación en este proceso, ya que se busca evitar la cultura de los litigios al poner en marcha la opción de una salida amigable a la controversia.

PERSPECTIVAS

En el transcurso de estos años, la COESAMOR se ha transformado y consolidado cada día más. Ahora tendrá nuevos desafíos por delante. Con la experiencia adquirida, es ya una institución en condiciones de propiciar la prevención, al evitar la aparición de la Medicina defensiva en nuestro estado, y apoyar a las instituciones de salud en la mejora de la práctica médica. Para cumplir dicho propósito, resulta fundamental el enlace con las instituciones de enseñanza y asociaciones médicas para establecer programas adecuados. Sus finalidades no se limitan sólo a la capacitación y actualización; se trata de prevenir el error médico, propiciar la buena práctica y evitar controversias. Para este objetivo se plantean dos estrategias que surgen del análisis de inconformidades ante la COESAMOR, las cuales se refieren principalmente al hecho de dar a conocer las recomendaciones para el ejercicio óptimo de la práctica de la Medicina y su enseñanza; ellas van dirigidas a los médicos en formación, a las agrupaciones gremiales y la sociedad en general, con propósitos no sólo informativos, sino para cimentar una nueva cultura que propicie una buena relación médico-paciente.

En este camino, es indudable que deberemos afrontar el reto de llevar los servicios que presta la COESAMOR a todos los rincones del estado; por ello se plantea la creación de un módulo de atención y arbitraje itinerante, que acuda a los diferentes municipios morelenses, a fin de que la ciudadanía cuente con información del quehacer cotidiano de la Comisión, así como asesoría para los casos que planteen, y de ser necesario, atender las inconformidades para gestionar las soluciones respectivas.

Así mismo, se constituye como reto fundamental en esta etapa, la conclusión del proceso de homologación para la desconcentración de los asuntos de las instituciones federales de salud que prestan servicios en nuestro estado.

La tarea parece ardua, pero el rumbo ya está trazado.

Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico para el Estado de Nayarit

Mario Bertrand Parra

ANTECEDENTES

Durante muchos años, las inconformidades respecto a la atención médica de los usuarios de los Servicios de Salud no tenían una agencia especializada para resolver estos asuntos, a punto tal que el medio jurisdiccional tenía sobrecarga de trabajo y los asuntos duraban años, y muchas veces no se resolvían. Es así como el 3 de junio de 1996, por Decreto presidencial se crea la CONAMED.

Esto dio origen a una polémica en todo el país, ya que no se consultó la opinión del gremio médico al respecto y por ende, fue vista por los profesionales de la salud como un órgano inquisitorio y persecutorio de su labor cotidiana. El estado de Nayarit no fue la excepción, y ante el proyecto inicial propuesto por el Ejecutivo local, por medio de la Secretaría de Salud ante la posible creación de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, surge la inconformidad del Colegio Médico Estatal y de sus filiales, y se demanda el derecho de audiencia. La respuesta del gobierno de Nayarit y del Secretario de Salud estatal fue favorable, y se determinó realizar un Foro de Consulta Estatal en el año 2000.

En el Foro se consensa un anteproyecto que permitía la participación directa del Colegio Médico, mismo que por Ley (dentro de sus facultades y atribuciones) es el órgano legal en donde se deben dirimir las controversias entre pacientes y prestadores de servicios para la salud. También se acordó que dicha institución fuera creada como órgano público descentralizado del Poder Ejecutivo, con personalidad jurídica y patrimonio propio, dotado de autonomía técnica para emitir sus recomendaciones, acuerdos y laudos, además de que el Colegio Médico propondría al Ejecutivo estatal una terna de profesionales para que de ella resultara electo el Comisionado y el Subcomisionado médico.

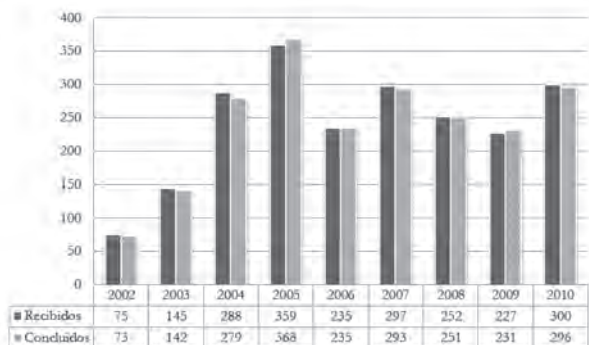
El Congreso del estado en funciones, por medio de la Comisión de Salud, presenta una opción distinta a lo acordado en el Foro de consulta entre el Ejecutivo, la Secretaría de Salud y el Colegio Médico de Nayarit, por lo que este último lleva a cabo reuniones de trabajo con la Comisión de Salud del Congreso, a fin de llegar a un consenso que permitiera promulgar un Decreto de Ley que no contraviniera a ninguno de los actores involucrados en dicho proyecto, y que cubriera la expectativa de servir a la población nayarita de manera eficaz, oportuna, con equidad y justicia.

Luego de múltiples reuniones se logró consolidar el anteproyecto, hasta publicar el Decreto 8292 de Creación de la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico para el Estado de Nayarit (CECAMED), con fecha 16 de diciembre de 2000. En ello, destaca la labor que tuvieron el Colegio Médico de Nayarit y las diferentes Asociaciones y Colegios Médicos de Especialidades que lo integran (21 en aquel momento).

Llama la atención en ese Decreto el factor de la inclusión de un curandero tradicional (a petición expresa de la Comisión de Salud del Congreso), hecho relevante debido a que la Comisión estatal sólo atiende aquellos casos en los cuales intervengan prestadores de servicios para la salud legalmente acreditados ante la Dirección de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

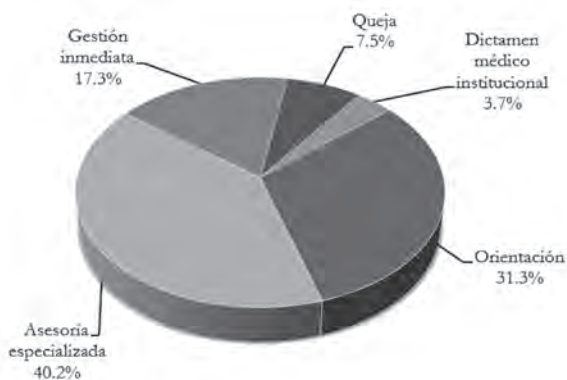
RESULTADOS ALCANZADOS

GRÁFICA 1
ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
COMISIÓN ESTATAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MÉDICO PARA EL ESTADO DE
NAYARIT, 2002-2010.



FUENTE: Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico para el Estado de Nayarit.
SAQMED Estatal.

GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
COMISIÓN ESTATAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MÉDICO PARA EL ESTADO DE
NAYARIT, 2002-2010.



N = 2,168.

FUENTE: Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico para el Estado de Nayarit.
SAQMED Estatal.

CUADRO 1
QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA RELACIONADA SEGÚN AÑO.
COMISIÓN ESTATAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MÉDICO PARA EL ESTADO DE NAYARIT,
2002-2010.

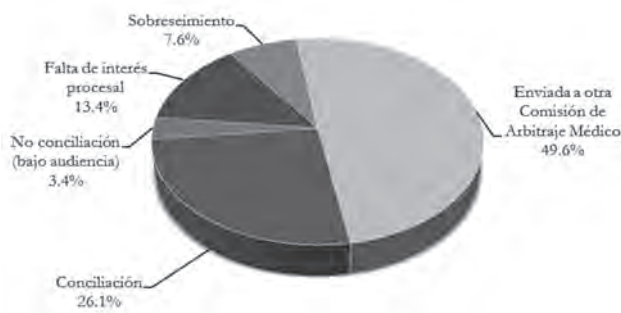
Sector / Grupo / Institución	Total	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	163	15	14	15	43	25	15	7	13	16
Sector Público	80	-	-	-	31	19	9	3	9	9
Seguridad social	69	-	-	-	28	18	8	1	6	8
IMSS	45	-	-	-	21	10	5	-	3	6
ISSSTE	24	-	-	-	7	8	3	1	3	2
Asistencia social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sin seguridad social	11	-	-	-	3	1	1	2	3	1
Servicios Estatales de Salud	8	-	-	-	3	1	1	1	2	-
Otro	3	-	-	-	-	-	-	1	1	1
Sector Privado	39	-	-	-	12	6	6	4	4	7
Servicios privados	38	-	-	-	12	6	5	4	4	7
Clínicas sin servicio de hospitalización	16	-	-	-	5	3	1	-	2	5
Consultorios	6	-	-	-	3	-	-	2	1	-
Hospitales	14	-	-	-	3	3	3	2	1	2
Laboratorios y gabinete	2	-	-	-	1	-	1	-	-	-

CUADRO 1 (continuación)

Sector / Grupo / Institución	Total	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Asistencia privada	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Cruz Roja	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-
No disponible	44	15	14	15	-	-	-	-	-	-

FUENTE: Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico para el Estado de Nayarit.
SAQMED Estatal.

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONCLUSIÓN EN QUEJAS.
COMISIÓN ESTATAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MÉDICO PARA EL ESTADO DE
NAYARIT, 2005-2010.



N = 163.

FUENTE: Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico para el Estado de Nayarit.
SAQMED Estatal.

IMPACTO SOCIAL

Tendría que valorarse a través de los resultados evaluados, entre otros, por el programa *Sícalidad*, en el que se ha participado y cuyos resultados son todavía insatisfactorios porque se requiere la participación de muchas instituciones (IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud de Nayarit [SSN], médicos privados, por mencionar algunos) para lograr objetivos comunes.

Para este efecto, la Comisión estatal propuso la creación de una Coordinación Interinstitucional Estatal, pero fue rechazada por el Ejecutivo, con el argumento de que cada institución oficial tenía sus propios medios de control.

Entre otras acciones, al observar la incidencia de casos por especialidad, encontramos que algunas especialidades como son: Odontología, Gineco-obstetricia, Cirugía General, Traumatología y Urgencias) tenían el mayor número de demandas; pero una vez que se efectuaron reuniones de análisis con el Colegio Médico de Nayarit, los Colegios y Asociaciones de profesionales de la salud, personal operativo de Instituciones de Salud Oficiales y Privadas, Sindicatos del IMSS y SSN, y público en general en actividades promocionales y de orientación para mejorar la recepción de la atención de salud, que se observó la disminución del número de quejas.

En la práctica, no hemos implementado algún mecanismo que nos permita evaluar con plena certeza las repercusiones o el impacto que esta Comisión ha tenido en el ámbito social e institucional, aunque la percepción general es que existe una mejoría discreta en la forma de atención a los pacientes, un mayor cuidado en cuanto al ejercicio profesional y en la redacción e integración de los expedientes clínicos.

Se han celebrado Convenios de acción Interinstitucional con el ISSSTE, Sindicatos del IMSS y de la SSN, así como con algunos municipios, con el propósito de facilitar la atención y resolución de las inconformidades en la atención a la salud.

La aplicación de encuestas para evaluar los aspectos de penetración social de la Comisión en la mente de la población, es una tarea pendiente de realizar. La promoción de la Comisión en los medios masivos de comunicación (radio, prensa y televisión) se ha visto muy limitada; se ha llevado a cabo sólo a nivel de elaboración y difusión de algunos materiales impresos (trípticos, carteles) y pláticas en diferentes escenarios médicos y de la población en general. Lo anterior, como resultado de las limitaciones presupuestarias.

PERSPECTIVAS

1. Promover la contratación del personal operativo basado en un modelo de gestión de competencias, que sustente la ocupación y promoción laboral de los funcionarios miembros de la Comisión estatal.
2. Delimitar el campo de acción y alcance de las relaciones interinstitucionales entre el Seguro Popular y las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, con la finalidad de que las Comisiones estatales participen en los procesos de arbitraje médico en forma eficiente.
3. Promover la creación de convenios con las instituciones federales, estatales y municipales, para facilitar el trabajo de todas las Comisiones.

En consideración al gran número de casos de demandas contra profesionales de la salud y con ello el incremento de solicitud de dictámenes técnico-médicos, y por la presión ejercida por los Colegios de los profesionales de la salud, el Ejecutivo Estatal promovió una iniciativa de ley ante el Congreso Local, siendo aprobada una adición a los artículos 130 y 204 del Código de Procedimientos Penales del Estado de Nayarit, que a la letra dicen:

Artículo 130.- El Ministerio Público acreditará el cuerpo del delito y la probable responsabilidad del indiciado, como base del ejercicio de la acción penal; y la autoridad judicial, a su vez, examinará si ambos requisitos están acreditados en autos.

Párrafo 5.- Sin perjuicio de los párrafos anteriores, cuando se trate de delitos de responsabilidad médica y técnica, el Ministerio Público para acreditar la probable responsabilidad, además de las opiniones vertidas por los peritos oficiales, deberá solicitar a la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico, el dictamen pericial correspondiente en los términos de sus procedimientos.

Artículo 204, párrafo tercero: tratándose de investigaciones de hechos relacionados con el ejercicio de los profesionales de la salud, la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, cuando así lo requiera la autoridad competente, emitirá invariablemente el dictamen pericial respectivo en los términos de sus procedimientos internos.

Con esto, se genera el reconocimiento jurídico pleno de la figura de Perito Institucional Médico; y más allá de ello —aún más importante—, la obligatoriedad de solicitud de dictámenes a la CECAMED por parte del Ministerio Público, y con ello el reconocimiento jurídico como un organismo auxiliar confiable y responsable en la administración de justicia.

4. Promover la figura de Perito Institucional como una obligación de orden legislativo en todo el país.
5. Promover la condición de “solidario responsable” en todos los casos de litigio que así se requiera.

Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Nuevo León

Francisco Decrescenzo Tancredi

I.- ANTECEDENTES

La Comisión Estatal de Arbitraje Médico (COESAMED) de Nuevo León fue creada mediante Decreto publicado en el Periódico Oficial del estado, el 21 de agosto de 2002. Las labores iniciaron en abril de 2003, con una plantilla formada por cuatro médicos y tres abogados, personal con el que fueron conformadas las tres principales áreas operativas: Unidad de Orientación y Gestión, Unidad de Conciliación y Unidad de Arbitraje.

Con el objetivo de brindar una atención profesional a los usuarios, se reclutó a personal con preparación académica de nivel de posgrado (maestría y especialidades médicas). Previo al inicio de labores y a manera de inducción, la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), a través de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, impartió al personal un Diplomado en Métodos Alternos de Solución de Controversias para inaugurar el conocimiento de un campo prácticamente virgen en nuestra comunidad por aquella época.

Al principio, entre la comunidad médica surgió el concepto de que la COESAMED Nuevo León era una institución de carácter inquisitivo y persecutorio, creada con fines punitivos. Entre la comunidad en general, surgió la idea de que se trataba de una institución creada para proteger y encubrir a los médicos en caso de algún problema eventual en su praxis.

Mediante la labor desarrollada durante los últimos ocho años, se ha conseguido cambiar paulatinamente aquella percepción errónea; a su vez, se ha establecido una adecuada imagen y posición de la COESAMED Nuevo León ante la comunidad (tanto médicos como población en general) de una institución absolutamente imparcial y profesional, fundamentada en los principios de confianza y de respeto al público usuario.

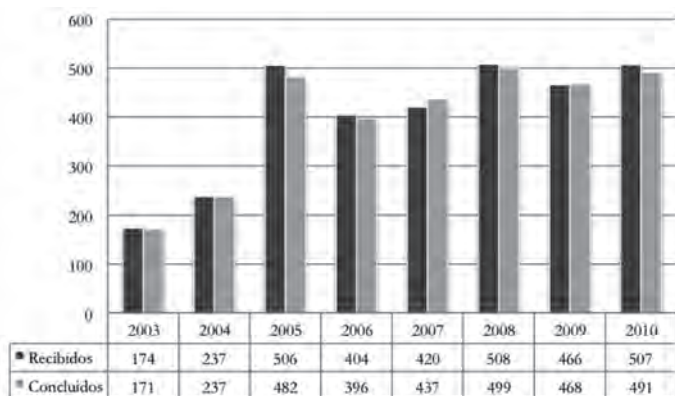
Desde un principio, se estableció y se ha mantenido una estrecha comunicación con la CONAMED; primero, para el conocimiento de los procesos operativos, y más tarde para su desarrollo. Hubo asistencia asidua de perso-

nal de la COESAMED Nuevo León a los diversos Talleres de Homologación del Modelo de Arbitraje Médico, así como a las Reuniones del CMAM. Cabe mencionar que en los primeros años, los procedimientos del arbitraje se realizaban con pleno apoyo de la CONAMED. Al paso del tiempo, con un aprendizaje y capacitación constantes del personal, hoy día dichos procedimientos se efectúan directamente en la COESAMED Nuevo León.

El 8 de julio de 2008 se firmó el Convenio Interinstitucional CONAMED-COESAMED Nuevo León-IMSS-ISSSTE, mediante el cual se ha contribuido enormemente a la facilitación y mejora de los tiempos de resolución de las quejas en contra de las instituciones de salud del sector público, lo que ha redituado en un índice alto de satisfacción de los usuarios, reflejado en los controles estadísticos de las distintas dependencias.

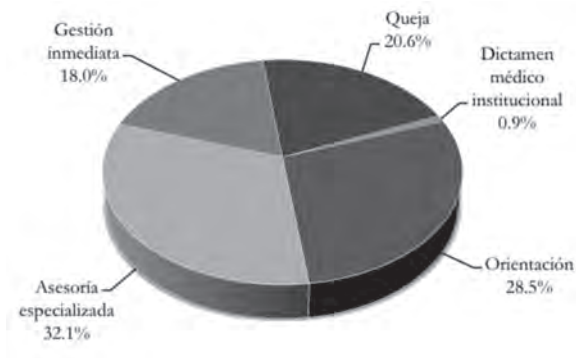
RESULTADOS ALCANZADOS

GRÁFICA 1
ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE NUEVO LEÓN,
2003-2010.



FUENTE: Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Nuevo León.
SAQMED Estatal.

GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE NUEVO LEÓN,
2003-2010.



N = 3,181.

FUENTE: Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Nuevo León.
 SAQMED Estatal.

CUADRO 1
QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA RELACIONADA SEGÚN AÑO.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE NUEVO LEÓN,
2003-2010.

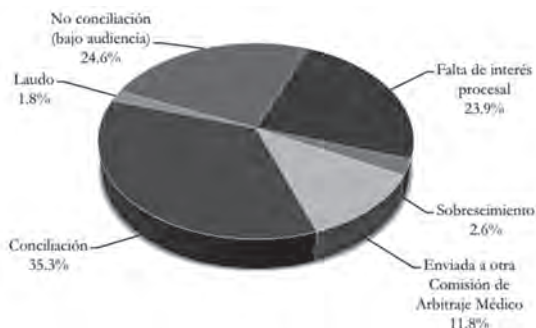
<i>Sector / Grupo / Institución</i>	<i>Total</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
Total	654	41	62	60	106	92	94	87	112
Sector Público	178	7	4	6	31	35	22	31	42
Seguridad social	142	6	2	5	25	31	18	27	28
IMSS	107	-	-	-	21	23	15	23	25
ISSSTE	12	-	-	-	3	3	1	3	2
ISSSTE Estatal	10	-	-	-	1	5	2	1	1
Otros servicios médicos de Instituciones Estatales	5		2	3	-	-	-	-	-
Otro	8	6		2	-	-	-	-	-

CUADRO 1 (*continuación*)

<i>Sector / Grupo / Institución</i>	<i>Total</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
Asistencia social	11	-	2	1	2	1	1	1	3
Instituciones Públicas de Formación Técnica o Profesional en Salud	10	-	2	1	2	1	-	1	3
Otro	1	-	-	-	-	-	1	-	-
Sin seguridad social	25	1	-	-	4	3	3	3	11
Servicios Estatales de Salud	25	1	-	-	4	3	3	3	11
Sector Privado	476	34	58	54	75	57	72	56	70
Servicios privados	462	33	57	54	68	55	72	54	69
Clínicas sin servicio de hospitalización	47	-	-	-	11	7	12	11	6
Consultorios	231	22	29	25	30	27	36	28	34
Hospitales	180	11	28	29	27	20	22	15	28
Laboratorios y gabinete	4	-	-	-	-	1	2	-	1
Asistencia privada	14	1	1	-	7	2	-	2	1
Cruz Roja	2	1	-	-	-	-	-	1	-
Cruz Verde	1	-	1	-	-	-	-	-	-
Otro	11	-	-	-	7	2	-	1	1

FUENTE: Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Nuevo León.
SAQMED Estatal.

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONCLUSIÓN EN QUEJAS.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE NUEVO LEÓN,
2003-2010.



N = 654.

FUENTE: Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Nuevo León.

SAQMED Estatal.

IMPACTO SOCIAL

Como resultado de la existencia y operación de la COESAMED Nuevo León, se ha beneficiado a la población de la entidad federativa en general, particularmente a los derechohabientes del sector público del Sistema Nacional de Salud (SNS), los que constituyen la mayoría de los pacientes.

Además, se cultivó un vínculo estrecho entre la COESAMED Nuevo León y las autoridades delegacionales del IMSS e ISSSTE, lo que nos guió hacia el establecimiento de canales de comunicación de alta calidad que han repercutido en la obtención de mejores resultados, como en el rubro de las gestiones inmediatas en cuanto a tiempos de resolución de situaciones apremiantes; por ende, indicadores favorables de satisfacción de los usuarios.

Cada semana se llevan a cabo reuniones en las que se convoca a representantes de la Secretaría Estatal de Salud y de las instituciones del sector público de salud, para detectar nuevas áreas de oportunidad en la prestación de servicios y consensuar la forma óptima de brindarles solución.

El personal de la COESAMED Nuevo León se reúne para analizar y discutir los casos, a la vez que se efectúan sesiones de retroalimentación (de autocrítica y autoevaluación); así se procura un monitoreo constante de la

calidad en los procesos de atención de los usuarios, lo que redundará en el mantenimiento de altos estándares de calidad en los mismos.

Se han desarrollado reuniones con personal de autoridades hospitalarias del sector privado, Colegios y Asociaciones Médicas, e instituciones académicas y universitarias, en particular a nivel de Facultades o escuelas de Medicina, Odontología y Derecho, personal médico y de enfermería de los sectores público y privado; incluso con la Séptima Zona Militar (asentada en nuestro estado), convocándose a conferencias informativas respecto de las funciones, atribuciones y competencias de la COESAMED Nuevo León; todo con la finalidad de mejorar la calidad de la atención médica e incrementar la confianza y seguridad de los usuarios de los servicios médicos.

Se han signado convenios con la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO) y la Procuraduría de Justicia en el estado, a fin de canalizar a la COESAMED Nuevo León todos aquellos asuntos de conflictos originados por actos médicos que acudan de primer contacto a las dependencias citadas.

Lo anterior ha fructificado favorablemente en el posicionamiento de la Comisión ante la comunidad médica y el público en general, al delinearse perfectamente la imagen de la Institución como una dependencia caracterizada por el profesionalismo, el respeto y la confianza, eliminando del todo los conceptos erróneos surgidos desde su creación respecto a que se trataba de una institución punitiva o creada sólo para la protección de algunos médicos.

PERSPECTIVAS

Una de las principales metas de la COESAMED Nuevo León consiste en modificar el marco jurídico para conseguir un estatus de autonomía. Con esto se pretende delimitar sus facultades en cuanto a la aplicación de sanciones en determinados casos que así lo ameriten; esto es, eliminar la situación de que la COESAMED Nuevo León, por el hecho de admitir quejas provenientes de servicios proporcionados por instituciones gubernamentales de salud, se erija como juez y parte.

También se visualiza la apertura de los candados administrativos que hoy limitan el ejercicio de los recursos financieros, particularmente en lo que concierne a la difusión de actividades y logros.

Otra de las acciones que se considera de gran importancia, es llegar a definir y establecer la reglamentación jurídica necesaria para el sometimiento de los casos asesorados por compañías aseguradoras, a los procedimientos de arbitraje de la COESAMED Nuevo León.

Se está de acuerdo en la participación activa dirigida a homologar la nomenclatura de las Comisiones estatales de arbitraje médico de todo el país, para la estandarización de su imagen corporativa ante la población.

Otro objetivo consiste en colaborar en la instauración de cátedras universitarias a impartirse en Facultades de Medicina, Enfermería, Odontología y Derecho de universidades públicas y privadas. Con esto se pretende difundir las funciones de la Comisión Estatal como método alternativo de solución de las controversias originadas por algunos actos médicos, así como las consideraciones legales implícitas en la práctica médica. Lo anterior, con la finalidad de sensibilizar al personal de salud desde su formación académica.

Se considera de suma importancia el hecho de que todo el personal operativo de la COESAMED Nuevo León cuente con la Maestría en Métodos Alternos de Solución de Controversias, con la finalidad de mantener un alto nivel de profesionalismo en el manejo de los procesos que se llevan a cabo, lo que a su vez reeditarán en mejores índices de satisfacción de los usuarios y una posición e imagen de excelencia de la Institución en la región.

Se ha contemplado también (en el largo plazo) la creación de Unidades Periféricas en los principales núcleos poblacionales alejados del área metropolitana de Monterrey, capital del estado, con miras a lograr una mayor cobertura de difusión de las actividades de la Comisión, así como de capacitación de casos.

En cuanto perspectivas de objetivos permanentes, se enumeran: la constante capacitación del personal operativo; el fortalecimiento de los vínculos de comunicación e interacción con la CONAMED y el resto de las Comisiones estatales; la participación activa en los diversos talleres, simposios y reuniones de trabajo del CMAM. También, el permanente contacto e interacción con Colegios y Sociedades médicas del estado, dirigidos a consolidar la presencia e imagen de la COESAMED Nuevo León ante la comunidad.

Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca

Arturo Molina Sosa

ANTECEDENTES

El 11 de septiembre de 2004 fue publicado el Decreto por el que se creó la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca (CEAMO), como *Organismo Público Autónomo* de la administración del Estado libre y soberano de Oaxaca, con participación ciudadana, dotado de autonomía de gestión, personalidad jurídica y patrimonio propio; creada con el objetivo de promover una buena práctica de la Medicina como medio para elevar la calidad de los servicios de atención en salud, con plena jurisdicción en el territorio estatal para atender y resolver las controversias entre los profesionales de la salud y sus pacientes.

Fue la XXIV Comisión en abrir sus puertas, y la única fundada como Organismo Público Autónomo en todo el territorio nacional. Esta característica le ha permitido desarrollar libremente sus actividades como ente mediador de las controversias médicas, sin mecanismos de coacción de ninguna índole.

Para el desempeño de sus actividades, su plantilla está integrada en primer término por nueve consejeros médicos, quienes son nombrados en ternas (tres por parte del Gobernador del Estado y el resto por parte de los Colegios Médicos de Oaxaca), con el requisito o condición de que se incluya como mínimo a tres mujeres en el Consejo de la CEAMO.

De entre los nueve consejeros se nombra un Presidente de la Comisión, quien se encarga de dirigir el Organismo y vigilar que se cumpla con la misión y visión siguientes:

Misión: Brindar atención especializada a las diferencias derivadas de la atención médica, para lograr una entera satisfacción entre pacientes y pro-

fesionales de la salud, en un ámbito de respeto, cordialidad, confidencialidad, profesionalismo e imparcialidad.

Visión: Ser la institución donde se obtiene confianza entre usuarios y profesionales de la salud, para dirimir sus diferencias y lograr la calidad de atención médica en nuestro estado.

La CEAMO atiende al público en módulos integrados cada uno por un médico especialista y un abogado; orienta, brinda asesorías especializadas; realiza gestiones inmediatas, atiende quejas; emite laudos, recomendaciones, y realiza en forma colegiada dictámenes periciales para ayudar a otros organismos, tanto jurisdiccionales como administrativos y de contraloría para encontrar la verdad histórica en una controversia.

Al principio se creía que era un organismo punitivo o castigador; en cierta forma, fue satanizado por el gremio médico. Sin embargo, en la actualidad, y gracias a la difusión de sus actividades, cada vez más profesionales de la salud se acercan e informan sobre sus derechos y obligaciones. Al mismo tiempo, los usuarios de los servicios de salud prefieren acudir a la CEAMO que a otras instituciones de Procuración de Justicia.

Oaxaca es un estado con características demográficas extremas. Sus cerros y montañas provocan una alta dispersión de sus habitantes, por lo que sus funcionarios se trasladan a la localidad en donde se solicita el servicio, principalmente en el caso de las quejas. En ese sentido, para poder cubrir todo el territorio y facilitar el acceso a sus servicios, actualmente se plantea crear módulos de atención en cada una de las ocho regiones estatales.

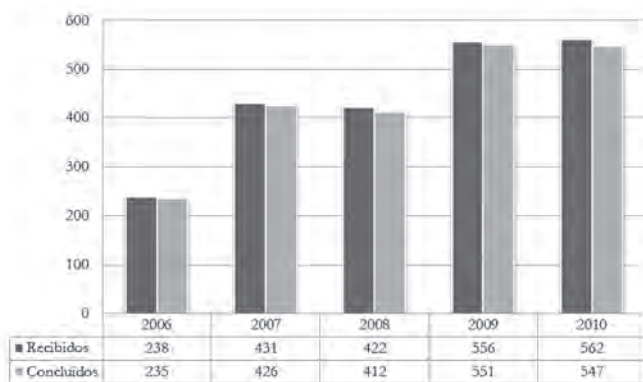
La CEAMO no sólo se creó para atender las inconformidades médicas, sino para prevenirlas por medio de pláticas que se imparten en todas las unidades médicas del estado; públicas y privadas. Sus acciones resultan cada vez más aceptadas al percibir a la Comisión como órgano mediador especializado en controversias entre los profesionales de la salud y sus pacientes.

Desde su creación, la CEAMO ha trabajado a la sombra de varias dificultades, que podrían resumirse principalmente en la desinformación de los profesionales de la salud sobre sus derechos y los derechos de sus pacientes.

A lo largo de estos primeros años, hemos atendido un total de 2,306 asuntos (véase gráfica 1).

El aumento de las inconformidades ha sido gradual; sin embargo, es claro que la labor de la CEAMO no es fomentar la cultura de la queja; por el contrario, las actividades desempeñadas se han centrado en evitar los conflictos y conciliarlos en forma justa y equitativa.

GRÁFICA 1
ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE OAXACA,
2006-2010.



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

A partir de 2010 se implementaron una serie de pláticas y capacitaciones a todas las instituciones de salud en el estado de Oaxaca, observándose una carencia de información, principalmente sobre la responsabilidad legal inherente a los profesionales de la salud.

De 2006 a 2010 se registró que las tres principales especialidades médicas denunciadas en la Comisión fueron: Ginecología y Obstetricia; Traumatología, y Cirugía general. Se ha luchado por incluir propuestas para evitar las muertes maternas en Oaxaca. En el 2010, las inconformidades mostraron una reducción mínima en cuanto a quejas de Ginecología y Obstetricia; sin embargo, ello no representa un referente importante en la erradicación de este mal social. (Se ha implementado la difusión de diversos Programas, como “Lavado de manos” y “Cirugía segura salva vidas”).

La Medicina privada es la que más quejas recibe en los asuntos tramitados ante la CEAMO. Cabe señalar que el IMSS ha ocupado el primer lugar en inconformidades en todos los años. Lo anterior puede deberse tal vez al alto porcentaje de derechohabientes que atiende ese instituto. (Véase gráfica 2.)

Los métodos utilizados y la capacidad de los conciliadores en la CEAMO, nos han permitido concluir más de 80% de los asuntos (véase gráfica 3). No

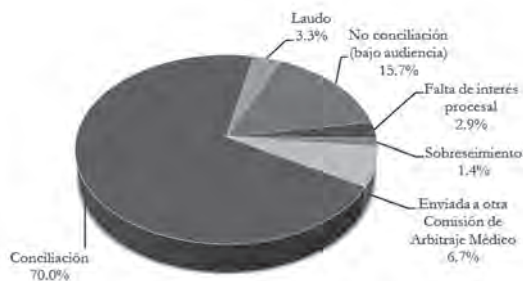
GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE OAXACA,
2006-2010.



N = 2,171.

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

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONCLUSIÓN EN QUEJAS.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE OAXACA,
2006-2010.



N = 210.

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

CUADRO 1
QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA RELACIONADA SEGÚN AÑO.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE OAXACA,
2006-2010.

<i>Sector / Grupo / Institución</i>	<i>Total</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
Total	210	32	40	32	66	40
Sector Público	120	13	19	17	42	29
Seguridad social	69	6	13	6	25	19
IMSS	49	4	9	5	17	14
ISSSTE	19	2	4	1	8	4
PEMEX	1	-	-	-	-	1
Asistencia social	1	-	-	-	-	1
DIF	1	-	-	-	-	1
Sin seguridad social	50	7	6	11	17	9
Hospitales Federales de la Secretaría de Salud	1	-	-	-	-	1
Servicios Estatales de Salud	49	7	6	11	17	8
Sector Privado	90	19	21	15	24	11
Servicios privados	90	19	21	15	24	11
Clínicas sin servicio de hospitalización	9	8	-	-	1	-
Consultorios	20	2	5	5	4	4
Hospitales	59	9	15	10	18	7
Laboratorios y gabinete	2	-	1	-	1	-
Asistencia privada	-	-	-	-	-	-

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

obstante, en fechas recientes observamos una actitud renuente de las instituciones federales para cumplir las solicitudes de la CEAMO.

Con todo, estamos en el camino correcto hacia una mejora de los servicios de salud en Oaxaca.

La CEAMO trabaja para mejorar la calidad de los servicios médicos y la seguridad en la atención de los pacientes. No es una instancia punitiva sino conciliadora, con altos índices de éxito en la resolución de controversias.

Identificamos que la causa más importante en la generación de inconformidades en la atención de los pacientes, es la falta de información proporcionada a los usuarios, lo que deriva en el deterioro en la relación médico-paciente.

IMPACTO SOCIAL

La falta de calidez o humanismo en el trato a los usuarios de los servicios de salud, es un fenómeno generado en ocasiones por la sobrecarga de trabajo en las instituciones. Este tipo de distorsiones afectan notablemente la atención médica, más aún con las características propias de la población oaxaqueña. De los 570 municipios que integran el estado, en 418 hay población predominantemente indígena. Aunado a esto, la falta de distribución equitativa de los recursos se refleja en las principales enfermedades, asociadas siempre con la pobreza, además de las enfermedades crónico-degenerativas, cánceres y adicciones.

Así, la Comisión salvaguarda una expectativa social importante, debido a la violación de los derechos elementales de los pacientes, tanto por causas de ignorancia o desconocimiento, como por la escasísima presencia de valores morales y la falta de trato humanitario de parte de las instituciones médicas. El trabajo de la CEAMO se ha centrado en recuperar la práctica clínica ética de la Medicina; para ello, se han implementado cursos, capacitaciones y pláticas, además de foros para generar conciencia en los prestadores de servicios médicos.

Nuestras gestiones han permitido la atención oportuna de un número importante de la población, principalmente de localidades lejanas, pues al agruparse los hospitales de tercer nivel en el centro capitalino, muchas personas tienen que viajar desde sus comunidades para ser escuchadas, enfrentándose a muchas dificultades. La CEAMO desempeña un papel importante para lograr la atención oportuna de estos pacientes, con lo que se evitan conflictos mayores, tanto en la salud de las personas como en la relación con el personal médico. También se han emitido recomendaciones para incrementar la contratación o disponibilidad de profesionales de la salud en aquellas clínicas en donde a veces la responsabilidad de atención respecto a toda una comunidad, recae en un solo médico. Con estas recomendaciones se pretende obtener una mejor distribución de la atención, pues se ha identificado que la mayor parte de los profesionales se ubica en la capital o el centro del estado

(lógicamente, por la facilidad en cuanto al acceso a los servicios, y por supuesto, a la remuneración económica adquirida).

El territorio oaxaqueño está compuesto por conjuntos montañosos, cubriendo casi 90% de la geografía estatal. Esta característica topográfica provoca una enorme dispersión de las localidades, lo que hace prácticamente inaccesibles a algunas comunidades, por lo que los servicios de salud muchas veces son prestados por organizaciones sociales médicas y por personal de enfermería, quienes por tradición son reconocidos como médicos en sus localidades. Es entonces cuando interviene nuestra Comisión, para informar a este grupo médico sobre cómo protegerse en caso de una eventualidad, al tiempo que se reconoce su importancia ante la sociedad y las comunidades. Cabe mencionar que a lo largo de estos años en la CEAMO, no se han recibido quejas en contra de este tipo de personal que trabaja en comunidades o pueblos. Esto nos lleva a suponer que el trato respetuoso y digno constituye una de las bases —quizá la más importante— para evitar controversias (es una hipótesis de trabajo que habrá que contrastar con la experiencia de las demás Comisiones estatales).

Por su parte, los médicos se sienten desprotegidos ante el sinfín de normas legales que regulan sus acciones, en donde únicamente se les sanciona a ellos en el acto médico; no obstante, sabemos que no existen leyes que obliguen al paciente a llevar su tratamiento en la forma adecuada, o a cumplir con las citas programadas, lo que deja en desventaja a los médicos ya que la supuesta “mala praxis” queda así en entredicho, por lo cual la CEAMO ha informado sobre la finalidad de sus funciones:

Al ser un órgano especializado en la solución de conflictos relacionados con la práctica médica, los médicos tienen la satisfacción de que su litigio será resuelto en forma equilibrada, no sólo a partir de lo plasmado en las normas, lineamientos y leyes, sino que además tienen la garantía de que se analizarán otros factores, como por ejemplo: el medio ambiente, las circunstancias materiales, condiciones físicas, que no son considerados en otros procedimientos.

Esto se refuerza gracias a la firma de convenios de colaboración con el IMSS e ISSSTE. Uno de los más importantes y trascendentes es el firmado con la Procuraduría General de Justicia del Estado de Oaxaca, por medio del cual los Ministerios Públicos invitarán al denunciante a acudir como primera instancia a la CEAMO, con lo que se evita un proceso legal largo y costoso, con repercusiones tanto para el paciente como para el médico, además de que se faculta la evaluación por medio de dictámenes médicos institucionales.

PERSPECTIVAS

La CEAMO pretende ubicarse como máximo órgano en la atención de inconformidades en contra de prestadores de servicios de salud, a fin de mejorar la calidad de los servicios médicos en el estado de Oaxaca. Estamos conscientes de que los eventos adversos existen, y de que muchas veces no pueden evitarse. La Medicina es una disciplina científica basada en el trato social, con diversos factores en donde el profesional de la salud ocupa la figura de piedra angular en la prestación de un servicio de gran significación humana, como es promover o restablecer la salud. (Es erróneo pretender castigar o suspender a un médico por mala praxis, cuando lo que hace falta en el estado es impulsar la calidad en la atención e incrementar la captación de recursos humanos técnicamente capaces.)

La capacitación desempeña entonces un papel importante; el profesional que no está consciente de sus deberes y derechos, fácilmente incurrirá en un error, así como aquel que no cumple con una capacitación continua de su especialidad. A medida que se esté informado, podrán evitarse siniestros e inconformidades de parte del público usuario.

Las actividades iniciadas para lograr este objetivo trascienden el ámbito local y repercuten en todo el país; por ejemplo: La firma del convenio con la Procuraduría General de Oaxaca, otorga la facultad a los Ministerios Públicos para enviar o remitir a aquellas demandas (en contra de un médico) directamente a la CEAMO, para que se resuelvan como primera instancia por medio de la conciliación y el arbitraje, antes de entrar a un proceso ante la Procuraduría de Justicia, que se vuelve un trance largo y penoso, con gastos tanto materiales como físicos, psicológicos y emocionales para ambas partes.

Pero todavía resta mucho trabajo por delante. Hoy existe una iniciativa de reforma al Código Procesal Penal de Oaxaca, con la que se busca establecer la figura del peritaje institucional, figura jurídica sin reconocimiento oficial hasta ahora. Si se consolida esta reforma, el peritaje institucional de la CEAMO tendrá un peso importante ante el criterio del juzgador. Esta es la primera iniciativa en el país con la que se intenta conjugar el reconocimiento de la actividad tan importante de las Comisiones estatales.

Además, otro punto importante es la propuesta de incluir en las carreras de Medicina, Enfermería y Odontología, una materia sobre Derecho Sanitario para que los egresados de las universidades tengan conocimientos básicos sobre sus responsabilidades legales y éticas en la práctica médica. El objetivo es fomentar la prestación de servicios de salud con calidad y seguridad del paciente.

Oaxaca es un estado cultural y de raíces ancestrales y conservadoras, en donde la calidad en la atención sigue siendo vital en la relación médico-paciente. Las inconformidades pueden ser vistas como síntomas que expresan un sentimiento social.

Las instituciones proveedoras de servicios médicos deben implementar áreas exclusivas y cómodas para los pacientes y proveedores de la atención en salud, con los recursos técnicos necesarios en donde se pueda proporcionar de manera oportuna, clara, confiable, de primera mano, la información necesaria del diagnóstico, tratamiento, pronóstico y riesgos inherentes en los diferentes actos médicos, cuya complejidad es cada día mayor, retomando la relación que debe existir entre la institución, el galeno y los pacientes y sus familiares. Así se podría preservar la viabilidad del binomio médico-paciente, tan necesario para la recuperación de la salud de nuestra población.

El Modelo de Arbitraje Médico en la CEAMO garantiza a la ciudadanía una opción viable y profesional para la solución de controversias en los servicios de salud. Representa una de las actividades más encomiables que pueda desempeñar un organismo, pues se manejan dos valores principales: la salud y la justicia; máxime en una disciplina tan extensa y compleja como lo es la Medicina, en la que interviene una serie de factores, donde la comunicación y el apego a la *Lex artis ad hoc* deben ser una parte esencial del acto médico.

Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Puebla

Eduardo Vázquez Valdés

ANTECEDENTES

Mediante Decreto del Ejecutivo del estado de Puebla, el 27 de diciembre de 1999 se creó la Comisión Estatal de Arbitraje Médico (CESAMED) como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con plena autonomía para emitir opiniones técnico-médicas, gestionar conciliaciones, arbitrajes y elaborar dictámenes médicos. Nació con el objetivo de solucionar las controversias que se suscitaban entre pacientes y profesionales de la salud, derivadas de una atención médica aparentemente inadecuada, promoviendo al mismo tiempo la mejoría en la calidad de la atención médica que se otorga en el estado de Puebla.

La publicación oficial del marco legal, del Reglamento Interno y del Manual de Procedimientos, se efectuó en el mes de septiembre de 2000.

Desde el inicio de sus actividades, en la CESAMED se consideró trascendente la firma de convenios de colaboración con Academias, Colegios, Asociaciones y Sociedades Médicas, para apoyar desde el punto de vista técnico-médico, las definiciones y conclusiones de cada caso en el que los usuarios de los servicios presentan una inconformidad ante una atención médica en apariencia inadecuada. Hoy día se han firmado 46 convenios con las Sociedades y Colegios médicos, además de 28 convenios de colaboración e intercambio de información y captación de quejas con las Comisiones de Arbitraje de Veracruz, Estado de México, Morelos, Oaxaca, Tlaxcala y Guerrero; así como con los municipios de Teziutlán, Tehuacán, Huauchinango, San Martín Texmelucan, Acatlán, y con la Comisión Estatal de Derechos Humanos, Asociación de Ciudadanos Poblanos Unidos por la Justicia y la Atención a Víctimas del Delito; el Instituto Poblano de la Mujer, DIF Estatal, Hospital para el Niño Poblano, Club de la Salud, Procu-

raduría General de Justicia del Estado de Puebla, Fundación Lupus, Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP) y Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP).

En 2002, a partir de mesas de trabajo relacionadas con la Bioética, la CESAMED Puebla genera un grupo de profesionales de la salud y de la abogacía denominado “Círculo de Amigos de la Bioética”, donde se reúnen profesionales de diferentes áreas y de instituciones diversas como: Secretaría de Salud, IMSS, Comisión de Derechos Humanos, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) y UPAEP. Todos ellos desarrollan actividades encaminadas a la difusión del tema de la Bioética. Paralelamente, la CESAMED generó un proyecto de modificación a la Ley General de Salud relacionada con la necesidad de incluir en los hospitales a los Comités de Bioética, sumados a los ya existentes. De manera similar, se integró un anteproyecto del Decreto de creación de una Comisión Estatal de Bioética.

El 7 de septiembre de 2004 se fundó la Academia Nacional Mexicana de Bioética “Capítulo Puebla”. Desde su creación y como miembro fundador, la CESAMED ha participado continuamente con los deberes humanitarios centrados en la ética médica.

A partir del tercer trimestre de 2003, se elabora y publica una revista denominada *CESAMED*, en la que se publican artículos de interés (tanto médicos como jurídicos), concernientes a las funciones, atribuciones, servicios y resultados de programas de dicha Comisión, así como todo lo referente a derechos y obligaciones de los pacientes y profesionales de la salud, lo que permite que se establezca un vínculo permanente de información y comunicación entre la CESAMED, los profesionales de la salud y la ciudadanía en general.

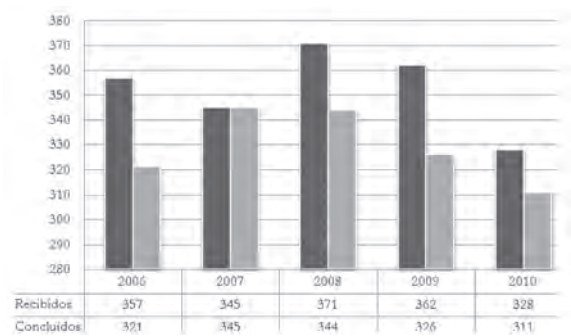
El 16 de junio de 2008 se lleva a cabo un convenio de colaboración suscrito por la CONAMED, la CESAMED Puebla, el ISSSTE y el IMSS, acuerdo que tiene por objeto establecer los lineamientos para la recepción de quejas presentadas en CESAMED procedentes de esas instituciones de salud públicas.

En agosto de 2009, la CESAMED obtuvo la certificación del Modelo de Equidad de Género (MEG): 2003. Entre sus principales acciones se encuentran: la formulación de políticas y prácticas internas para reorganizar y definir mecanismos que incorporen una perspectiva de género; así como promover un ambiente de trabajo satisfactorio entre el personal, mejorando sustancialmente el clima laboral de la CESAMED. En noviembre de 2010 se inició el proceso para obtener el “Aval Ciudadano”, dentro del programa de mejora-

miento de la Calidad en la Atención, dependiente de la Secretaría de Salud Federal, teniendo como aval a la Comisión Estatal de Derechos Humanos.

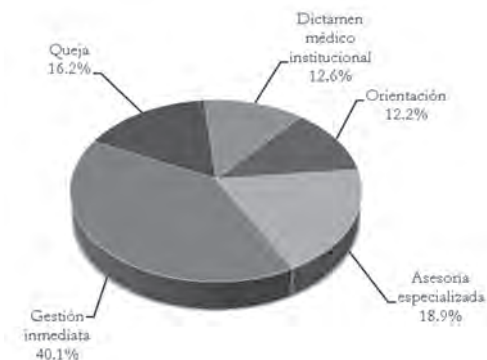
RESULTADOS ALCANZADOS

GRÁFICA 1
ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE PUEBLA,
2006-2010.



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

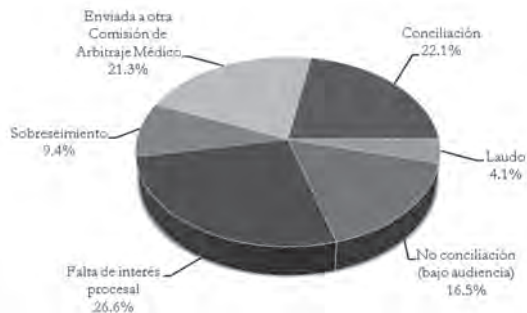
GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE PUEBLA,
2006-2010.



N = 1,647.

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

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONCLUSIÓN EN QUEJAS.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE PUEBLA,
2006-2010.



N = 267.

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

CUADRO 1
QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA RELACIONADA SEGÚN AÑO.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE PUEBLA,
2006-2010.

<i>Sector / Grupo / Institución</i>	<i>Total</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
Total	267	43	81	73	37	33
Sector Público	98	7	39	19	19	14
Seguridad social	73	1	30	14	17	11
IMSS	58	-	25	11	17	5
ISSSTE	6	-	2	1	-	3
ISSSTE Estatal	8	1	2	2	-	3
PEMEX	1	-	1	-	-	-
Asistencia social	6	1	4	-	-	1
DIF	6	1	4	-	-	1
Sin seguridad social	19	5	5	5	2	2
Hospitales Federales de la Secretaría de Salud	7	2	-	1	2	2
Servicios Estatales de Salud	12	3	5	4	-	-
Sector Privado	169	36	42	54	18	19
Servicios privados	10	7	1	2	-	-
Consultorios	5	4	-	1	-	-
Hospitales	4	3	-	1	-	-
Laboratorios y gabinete	1	-	1	-	-	-
Asistencia privada	159	29	41	52	18	19
Cruz Roja	5	-	3	2	-	-
Instituciones Privadas de Formación Técnica o Profesional en Salud	147	29	35	50	15	18
Otro	7	-	3	-	3	1

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

Ante las inconformidades generadas por resultados insatisfactorios de un tratamiento médico, a partir de las acciones de conciliación entre enfermos y profesionales de la salud, la Comisión ha generado un resarcimiento de gastos por un monto acumulado de 2,913,323 pesos durante su primera década de existencia.

CUADRO 2
Monto de las conciliaciones y laudos por año,
2003-2010.

<i>Año</i>	<i>Monto (miles de pesos)</i>
2000	30,000
2001	303,367
2002	228,653
2003	196,655
2004	206,365
2005	245,865
2006	516,850
2007	269,968
2008	63,175
2009	263,803
2010	588,622
Total	2,913,323

FUENTE: Área de Informática de CESAMED, 2011.

Conceptualizada como el Órgano de Difusión de la CESAMED, a partir de 2003 se edita e imprime una revista del mismo nombre. Hasta ahora se han distribuido 12 números, con un tiraje de 1,500 ejemplares cada uno de ellos. En cada uno aparecen artículos relacionados con las actividades y programas de la CESAMED, de los problemas actuales en torno a la relación médico-paciente, el arbitraje y la queja médica.

En forma periódica y como parte de la difusión de sus actividades, la Comisión ha llevado a cabo pláticas en los diferentes Colegios, Asociaciones y Agrupaciones de Profesionales de la Salud sobre temas médicos, además de acudir a hospitales, clínicas e instituciones del Sector Salud, públicos y privados, que han abarcado unas 250 pláticas con una participación global de 25,000 asistentes, al tiempo que se han distribuido cientos de trípticos, folletos, carteles, fascículos y volantes informativos sobre “Estructura, Fun-

ciones y Atribuciones de CESAMED”, “Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y los Médicos”, “Relación Médico-Paciente”, y temas relacionados con las posibles controversias que se presentan en el otorgamiento de los servicios médicos, la forma de resolverlos y prevenirlos, lo que arroja un total de 150,000 ejemplares.

IMPACTO SOCIAL

Debemos mantener informada a la ciudadanía sobre sus derechos en materia médica, así como la Organización, Funcionamiento y Atribuciones de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico.

Por parte de los usuarios de los servicios médicos, se señalan los siguientes logros:

- Mejorar la comunicación con su médico tratante;
- Evitar expectativas demasiado elevadas;
- Crear una cultura médica general;
- Difundir y favorecer el conocimiento de los derechos y las obligaciones de los pacientes;
- Establecer una corresponsabilidad en la toma de decisiones respecto al tratamiento.

Por parte del profesional de la salud, se enuncian los siguientes logros:

- Proporcionar información suficiente e idónea al paciente;
- Identificar y conocer las Normas y Procedimientos Médicos;
- Elaborar e integrar el expediente clínico conforme a la NOM-168-SSA1-1998;
- Extender el consentimiento válidamente informado;
- Explicarle al paciente y a sus familiares los pormenores de la intervención que se efectuará debido al tratamiento indicado o idóneo;
- Evitar la Medicina defensiva, así como la usurpación de funciones, a partir del conocimiento de los aspectos legales sobre la responsabilidad profesional.

Nuestras acciones se han orientado de forma complementaria a contribuir a que estos factores sean corregidos, tanto a nivel de estudios de pregrado y posgrado en las Facultades de Medicina, como en el de los profesionales de

la salud que ya ejercen, para así contribuir a elevar la calidad de la práctica clínica que se ofrece en el estado de Puebla.

Como resultado de todas estas acciones, se ha beneficiado a casi 2,000 profesionales de la salud y a la ciudadanía en general.

PERSPECTIVAS

Los que laboramos en la CESAMED estamos convencidos de las bondades que se brindan con las acciones que realiza la Comisión de Arbitraje Médico; reconocemos la importancia de los valores que caracterizan nuestro trabajo como son: ética, honestidad, confidencialidad. Nuestro trato basado en esos valores nos hace diferentes de otras instancias que gestionan inconformidades, tales como el Ministerio Público, además de que en la Comisión pueden concluirse los asuntos en un lapso mucho menor, aunado a la ventaja de gratuidad de nuestros servicios.

En Puebla, la Comisión es única en su género, hecho que la caracteriza por la transparencia de su actuar, promueve la confianza del usuario y de las autoridades judiciales al emitir dictámenes y peritajes consistentes y altamente calificados.

Para lograr lo anterior, es importante reconocer el papel que ocupan los Convenios signados con todos los Colegios Médicos del estado, Universidades, representantes de la Sociedad Civil, además del intercambio constante con las demás Comisiones estatales, y en especial con la propia CONAMED.

También se registra el mérito de haber logrado ser parte del Movimiento de Equidad de Género, estar por obtener el Aval Ciudadano, y que nuestro aval fuera la propia Comisión Estatal de Derechos Humanos.

Nuestras principales expectativas se mencionan a continuación:

- Somos un Organismo Desconcentrado del Sector Salud, lo que implica dependencia de éste (en el caso de Puebla, las instalaciones de la CESAMED se encuentran dentro de las propias instalaciones de la Secretaría de Salud); sin embargo, las Descentralizadas se encuentran —aunque en menor grado— con la misma situación. Lo ideal sería obtener la condición de Autonomía (como sucedió en el caso de la Comisión oaxaqueña). Trabajaremos coordinadamente con el CMAM para lograr la homologación institucional.
- Es un hecho que estamos supeditados a la voluntad de las partes; así, un médico demandado (cuando no quiere someterse a determinado

proceso de la Comisión, ya sea la conciliación o el arbitraje) no puede ser obligado a acatar o cumplir con una determinada resolución, lo que da lugar en muchas ocasiones a la pérdida de confianza por parte del público en nuestras acciones, para ello llevaremos a cabo la propuesta de acciones que contribuyan a mejorar el proceso administrativo y legal de esta Unidad, encaminadas a desmotivar la renuencia o negativa de muchos médicos a cooperar con la Comisión.

- Daremos seguimiento a las actividades necesarias que nos permitan la gestión de recursos presupuestales adicionales, mismos que se destinarán al pago de la remuneración económica de los peritos externos, a quienes la autoridad judicial les exige su presencia hasta el punto de llegar a amenazarlos con multas en caso de no asistir cuando son citados, siendo que la actitud de estos peritos es un ejemplo de cooperación desinteresada.
- Factor importante lo es también que persiste cierto desconocimiento de las acciones de la Comisión, o lo que es peor, en ocasiones, de su propia existencia a pesar de todos los esfuerzos para lograr el reconocimiento de la población, al igual que en el caso del CMAM, que tiene que lograr su personalidad independiente y ser la autoridad máxima en la materia; por lo tanto, reforzaremos la difusión de las funciones que realiza esta CESAMED, con la finalidad de ocupar un espacio de reconocimiento y repercusión en nuestra sociedad.
- Permear nuestro actuar y misión, son dos elementos estratégicos que nos facilitarán la erradicación de la competencia que experimentamos por parte de las propias Comisiones de Derechos Humanos o de los Centros de Mediación, los cuales captan los casos que son estrictamente médicos y ya no los turnan a las Comisiones de Arbitraje, aun cuando existen Convenios signados para tal efecto.
- Además del ejercicio de nuestro quehacer diario, estamos conscientes del esfuerzo adicional que debemos llevar a cabo, en beneficio de la mejora en la calidad de la atención médica; y lo que es más importante, el volver a retomar una práctica de la Medicina más humana, y más comprensiva de las verdaderas necesidades del paciente y de su entorno.

Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Querétaro

José N. Plascencia Moncayo

ANTECEDENTES

El 11 de junio de 1999, la Asociación de Colegios de Profesionistas y la Cámara de Diputados publicaron en el periódico oficial del Gobierno del Estado, *La Sombra de Arteaga*, la Ley de Profesiones del Estado de Querétaro Arteaga, donde se estableció la creación de una Comisión Estatal de Arbitraje Profesional, para contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios profesionales y el personal de salud.

El 9 de julio del mismo año y derivado de lo anterior, se estableció por Decreto del Ejecutivo, la creación de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Querétaro (CAMEQ), con el propósito de atender las inconformidades que presentan los usuarios de los servicios médicos derivados de la atención brindada por los profesionistas prestadores de los mismos.

En agosto de ese año, la CAMEQ inició sus funciones con las siguientes áreas: Subcomisión de Recepción y Seguimiento de Quejas y de Divulgación; Subcomisión de Conciliación y Arbitraje, y un Asesor Jurídico; todos estos cargos sin goce de sueldo.

El 24 de mayo de 2000, la Comisión cambió de titular y se integró un nuevo equipo con las siguientes áreas: Subcomisión de Recepción y Seguimiento de Quejas y de Divulgación; Asesoría Médica y Asesoría Jurídica.

En enero de 2003 se integró a la CAMEQ dentro del presupuesto del estado para cumplimiento de los objetivos y programas establecidos.

En 2006 se sistematizó la captura de las quejas, asesorías, orientaciones y gestiones inmediatas; servicios que ofrece la CAMEQ mediante la creación del Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED Estatal), con lo que se facilitó la emisión de las actas en forma expedita y que permite un control total de las acciones realizadas, además de tener acceso inmediato para su consulta.

El 22 de mayo de 2009 se publicó en el Periódico Oficial de Gobierno del Estado, el Reglamento de Normas y Procedimientos para la atención de quejas de la CAMEQ que abrogó el Reglamento anterior publicado el 7 de marzo de 2003, resultado de los trabajos de homologación con la CONAMED y las demás Comisiones estatales para unificar criterios en cuanto a las actividades en todo el país.

Luego, el 17 de septiembre se signó un convenio con el IMSS, el ISSSTE y la CONAMED, en el cual, gracias a la homologación de actividades con esta última, se permite a la CAMEQ atender quejas médicas de los servicios que se brindan en el estado por instituciones federales.

El 5 de octubre del mismo año, la CAMEQ cambió de titular y se inició una nueva gestión con las siguientes áreas: Subcomisión de Recepción y Seguimiento de Quejas y de Divulgación; Subcomisión de Conciliación y Arbitraje y con Asesoría Médica.

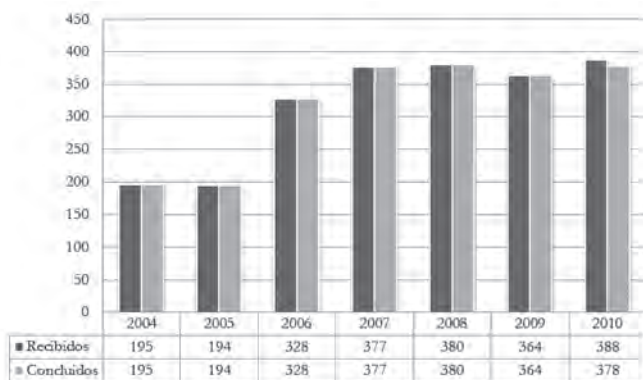
El 18 y 19 de febrero de 2010, la CAMEQ, en conjunto con la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ), la Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C. y el Colegio Médico de Querétaro, A. C., llevaron a cabo el Foro denominado “El Perito en Cirugía y Medicina”, cuya finalidad era que los participantes conocieran los marcos legales de los servicios médicos, los conceptos de pruebas, peritajes y dictámenes, así como los mecanismos y secuencias de los procedimientos administrativos, civiles y penales.

El 24 de junio de 2010 se inauguró la ampliación de las oficinas de la Comisión de Arbitraje Médico ubicadas de igual forma en Corregidora Norte 55, Centro, despachos 101 y 102, en la capital del estado, logrando un aumento del presupuesto en este rubro para un mejor desarrollo, y por el crecimiento de las actividades de la Comisión.

El 15 de julio de 2010, se signó el Convenio de Colaboración con los Colegios Médicos de Querétaro, A. C. y de San Juan del Río, estableciéndose las bases de colaboración con el objeto de contribuir a mejorar la calidad en la atención médica en el estado. Así mismo, los Colegios Médicos se comprometieron a apoyar a la CAMEQ en la elaboración de peritajes, asesorías y consultorías a través de sus filiales, sin costo alguno.

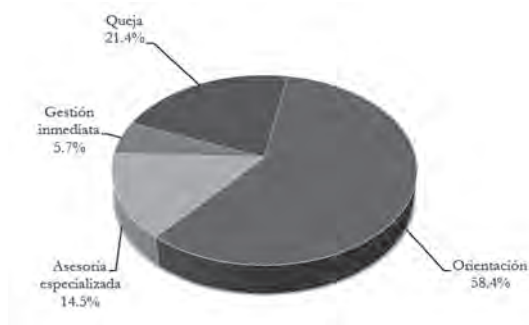
RESULTADOS ALCANZADOS

GRÁFICA 1
ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE QUERÉTARO,
2004-2010.



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

GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE QUERÉTARO,
2004-2010.



N = 2,216.

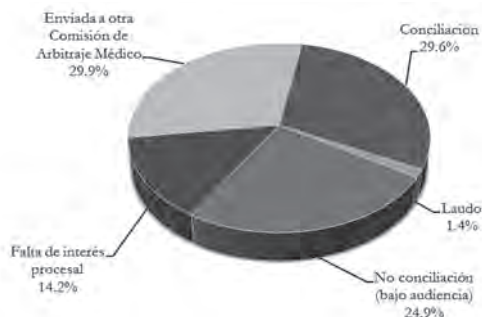
FUENTE: Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Querétaro.
SAQMED Estatal.

CUADRO 1
QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA RELACIONADA SEGÚN AÑO.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE QUERÉTARO,
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	475	60	57	64	72	85	63	74
Sector Público	174	-	-	32	31	45	36	30
Seguridad social	141	-	-	24	26	37	30	24
IMSS	121	-	-	20	22	29	28	22
ISSSTE Estatal	19	-	-	4	4	7	2	2
SEDENA	1	-	-	-	-	1	-	-
Asistencia social	2	-	-	-	2	-	-	-
Otro	2	-	-	-	2	-	-	-
Sin seguridad social	31	-	-	8	3	8	6	6
Servicios Estatales de Salud	31	-	-	8	3	8	6	6
Sector Privado	184	-	-	32	41	40	27	44
Servicios privados	184	-	-	32	41	40	27	44
Consultorios	178	-	-	31	39	39	26	43
Laboratorios y gabinete	6	-	-	1	2	1	1	1
Asistencia privada	-	-	-	-	-	-	-	-
No disponible	117	60	57	-	-	-	-	-

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

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONCLUSIÓN EN QUEJAS.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE QUERÉTARO,
2006-2010.



N = 475.

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

IMPACTO SOCIAL

A lo largo de su existencia (ya más de una década), la CAMEQ ha incrementado paulatinamente la atención de usuarios del servicio para el cual fue creada, como consecuencia de que existe cada vez más reconocimiento de los medios alternativos en la resolución de conflictos en cuanto a la atención médica recibida, lo que sin duda eleva el prestigio de la Comisión y la confianza de la sociedad en sus procedimientos. Esto se ha reflejado en que el número de personas que acuden por la atención brindada por esta Institución es mayor, ya que le resulta accesible por ser un medio gratuito y que ofrece una respuesta expedita. Es por ello que se ha convertido con el tiempo en la opción más requerida.

Si bien la cobertura de la CAMEQ aún no tiene presencia en todos los municipios de nuestro estado debido a las limitaciones presupuestarias, a pesar de esto se hace un gran esfuerzo para llegar a todos los rincones del estado y cumplir puntualmente un programa de visitas, donde la satisfacción expresada por los usuarios ha sido una constante.

Se han presentado en Querétaro casos médicos en los que se presume una atención profesional inadecuada que han tenido gran difusión mediática (prensa, programas de radio y televisión locales) y en los que se ha

solicitado la opinión experta de miembros de la Comisión. Dicha opinión ha sido aceptada siempre por la sociedad en general, lo que expresa de la credibilidad alcanzada por la CAMEQ.

Por otra parte, a partir del último año se ha incrementado el envío de recomendaciones a las instituciones de salud cuando se detectan deficiencias de las mismas a partir del análisis de los expedientes clínicos. Esas recomendaciones han sido consideradas por las instituciones públicas y privadas; además, se colabora en la vigilancia sanitaria mediante la detección y denuncia de prestadores de servicio médico que no cuentan con la acreditación académica correspondiente o que realizan publicidad de servicios médicos sin fundamento legal o académico.

De las inconformidades presentadas por la población queretana, es un hecho que a todas se les brinda una respuesta, ya sea mediante una orientación, asesoría o, incluso, por medio de una gestión inmediata.

A partir de los convenios interinstitucionales, de la asistencia a cursos y, sobre todo, a consecuencia del acercamiento entre las autoridades respectivas y las de esta Comisión, se ha logrado una aceptación de la CAMEQ en las instituciones públicas para solucionar de manera inmediata los conflictos suscitados entre la atención médica prestada y sus derechohabientes. Así mismo y gracias a la confianza adquirida entre el gremio médico, derivada de las pláticas de difusión realizadas en las Escuelas y Colegios Médicos, estos profesionales deciden aceptar la mediación de la CAMEQ para resolver las controversias que se presentan.

PERSPECTIVAS

Es primordial para la Comisión de Arbitraje Médico de Querétaro, contribuir con las instituciones involucradas en la salud hasta obtener resultados óptimos en esta materia, a fin de mejorar la calidad de los servicios médicos en beneficio de toda su población.

Uno de los pasos a seguir es anteponer la ética médica y la bioética para promover una verdadera relación médico-paciente que evitaría en mucho los conflictos entre las partes, lo que deriva en beneficios para todos.

Además, si la Comisión incorporara estrategias para que la población desarrolle mayor conciencia de la aplicación del consentimiento informado al paciente, más congruente sobre el procedimiento médico a efectuarse y de conformidad con el ámbito social e intelectual del usuario de los servicios de salud; entonces lograríamos una verdadera equidad en la atención médica y, con ello, el objetivo de mejorar la calidad de los servicios médicos en el estado.

Uno de los principales ejes rectores del Gobierno estatal es proporcionar atención médica oportuna y de calidad que llegue hasta el rincón más alejado. Para ello, esta Comisión constituye una parte esencial de este proceso. Así, esta dependencia se incluirá en los proyectos de investigación de “SÍ-CALIDAD 2011” para mejorar y optimizar sus servicios, a fin de cumplir con sus objetivos.

Comisión Estatal del Arbitraje Médico de San Luis Potosí

Alberto Rodríguez Jacob

ANTECEDENTES

La Comisión Estatal de Arbitraje Médico de San Luis Potosí tiene sus orígenes cuando en los Servicios de Salud de San Luis Potosí, se percibió que la población se quejaba de procesos tardíos e inalcanzables para denunciar inconformidades ante una posible actitud negligente que se hubiese presentado eventualmente durante la atención médica, además de observar que ese hecho era investigado por parte de las autoridades de procuración e impartición de justicia en el estado, los juicios eran llevados por abogados que carecían del debido conocimiento de la especialidad médica, motivo por el cual se propuso y aprobó en 1992, la Iniciativa de Ley que modificó el artículo 154 del Código Penal para el Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí, estableciendo que las autoridades, antes de emitir una sentencia que involucre actos médicos, deberán solicitar la opinión de los Servicios de Salud del Estado.

Presentación

- El avance científico y tecnológico en las áreas de la salud, el acceso a la información y las nuevas formas de demanda y prestación de servicios, hacen de la relación médico-paciente un acto complejo y dinámico.
- La reclasificación como derecho Constitucional de la prestación de los servicios de salud en México, y el crecimiento consecuente del acceso a los servicios médicos; la concurrencia de instituciones públicas y privadas, así como de profesionales en ejercicio libre de su actividad; son factores que contribuyen a la consecución del objetivo común de prevenir, restaurar y rehabilitar la salud de los potosinos.

- El Sistema de Salud en San Luis Potosí, atiende el legítimo reclamo de la sociedad de que esos servicios operen con niveles de equidad, calidad y eficiencia crecientes.
- Es de destacar que tan sólo en el sector público en San Luis Potosí, se otorgan en promedio 18,000 consultas diarias, sin contar las intervenciones quirúrgicas, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como un sinnúmero de acciones más, cuya complejidad implica nuevas situaciones de carácter profesional y ético no contempladas en el pasado.
- Sobra decir (en todo caso) que bajo ninguna circunstancia debemos aceptar actos negligentes o decididamente culposos en el ejercicio de la Medicina. Nadie debe pasar por encima de la Ley, pero antes de emitir un veredicto, es necesario que con toda objetividad se analicen uno a uno los casos en cuestión.
- El desarrollo de la garantía de protección a la salud, implica un sistema de prestación de servicios eficaz y justo que, como norma concreta, contribuya a la realización efectiva de los valores universales, de tal forma que los usuarios cuenten con medios que garanticen servicios adecuados a sus necesidades.

Estos fueron los argumentos planteados ante el Ejecutivo del Estado para poder crear la Comisión Estatal de Arbitraje Médico (COESAMED) de San Luis Potosí, mediante Decreto promulgado el 9 de octubre de 1998, aunque formalmente entró en operación el 2 de julio de 1999. Su propósito principal es contribuir a la resolución de conflictos suscitados entre los usuarios y los prestadores de servicios médicos. Para ello, se le ha dotado de plena autonomía técnica, como mediador en términos de amigable composición, asegurando a unos y a otros que su actuación estará caracterizada siempre por la ética, la imparcialidad y la justicia.

Misión:

- Tutelar el derecho a la protección de la salud; coadyuvar a mejorar la calidad de la atención médica, y resolver los conflictos entre usuarios y prestadores de servicios relacionados con la atención médica, ya sean públicos, sociales o privados, con imparcialidad, objetividad, confidencialidad y respeto, a partir de la mediación, la conciliación, el arbitraje, la gestión pericial y la emisión de recomendaciones.

Visión:

- Ser una institución líder en la resolución de conflictos entre usuarios y prestadores de servicios relacionados con la atención médica, reconocida por la población y la comunidad médica de San Luis Potosí como una instancia confiable por su objetividad, imparcialidad, confidencialidad y respeto.

Los objetivos de la COESAMED son:

- Brindar asesoría e informar a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones.
- Intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos.
- Fungir como árbitro y pronunciar los laudos que correspondan cuando las partes se sometan expresamente al arbitraje.
- Elaborar los dictámenes o peritajes médicos que les soliciten las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia.
- Emitir opiniones técnicas sobre las quejas, tanto en lo particular como en lo general.
- Intervenir de oficio en cualquier otra cuestión que se considere de interés general.
- Asesorar a los gobiernos municipales para la consolidación de instituciones análogas a la COESAMED.

Promoción y Difusión:

Se ha difundido la existencia, las atribuciones, la competencia y los principios que rigen el buen funcionamiento de la Comisión a prestadores de servicios de atención médica, por medio de simposia, congresos, pláticas y conferencias en Asociaciones y Colegios Médicos, así como a instituciones educativas en escuelas y Facultades de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP), Universidad del Valle de México (UVM), Universidad Mesoamericana, Institutos Tecnológicos, Secundarias y Bachilleratos.

A la sociedad en general se le informan sus derechos y obligaciones en materia de atención a su salud, por medio de folletos, carteles, boletines en medios masivos de comunicación (periódicos locales, radio y televisión), así como en pláticas con agrupaciones de trabajadores.

Recursos de la Comisión

- a) Planta física: unidad habitacional rentada, ubicada en la calle Bolívar núm. 673, zona centro. (Esta locación facilita el acceso de los usuarios.)
- b) Recursos humanos:
 - Comisionado médico
 - Administradora
 - Un médico y un abogado consultores de turno matutino
 - Un médico y un abogado consultores de turno vespertino
 - Una secretaria en el turno matutino
 - Dos vigilantes (servicio subrogado)
 - Un intendente (servicio subrogado)(Se requiere un mensajero para entrega de citatorios y documentos varios.)
- c) Cuenta con un presupuesto para gasto corriente de \$530,000.00, lo que incluye el pago de servicios de seguridad y limpieza, entre otros.

Hechos relevantes

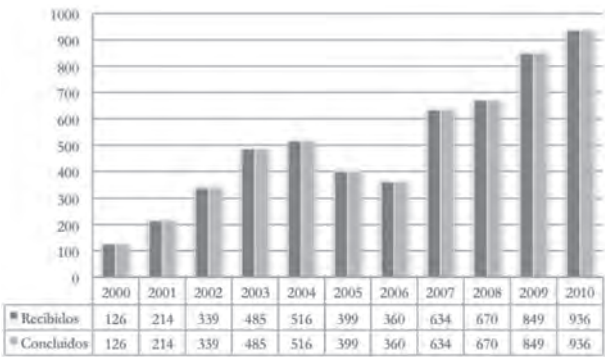
La COESAMED es miembro fundador del CMAM, y ha participado activamente en las diferentes tareas emprendidas por este organismo nacional, en coordinación con las demás Comisiones estatales.

La COESAMED organizó la 6ª Sesión Ordinaria del CMAM. También participó activamente en la integración del Modelo de Arbitraje Médico, llevando a cabo la Reunión de Homologación del Modelo el 20 de octubre de 2005.

La COESAMED ha participado activamente con el Congreso del Estado en la construcción de Leyes; destacan las modificaciones al Código de Procedimientos Penales en el Estado, donde se establece el “Delito por práctica de Dicotomía” y el normar las conductas para la Reproducción Asistida.

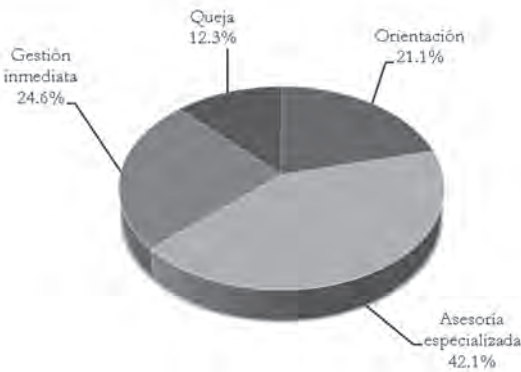
RESULTADOS ALCANZADOS

GRÁFICA 1
ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE SAN LUIS POTOSÍ,
2000-2010.



FUENTE: Comisión Estatal de Arbitraje Médico de San Luis Potosí.
SAQMED Estatal.

GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE SAN LUIS POTOSÍ,
2000-2010.



N = 5,528.
FUENTE: Comisión Estatal de Arbitraje Médico de San Luis Potosí.
SAQMED Estatal.

CUADRO 1
QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA RELACIONADA SEGÚN AÑO.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE SAN LUIS POTOSÍ,
2000-2010.

Sector / Grupo / Institución	Total	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	678	30	48	67	82	98	42	70	48	55	77	61
Sector Público	347	15	27	35	40	45	21	33	29	26	44	32
Seguridad social	280	12	18	28	32	36	21	28	21	24	36	24
IMSS	209	9	14	21	22	25	13	22	15	17	32	19
ISSSTE	67	3	4	5	9	11	8	6	5	7	4	5
SEDENA	4	-	-	2	1	-	-	-	1	-	-	-
Asistencia social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sin seguridad social	67	3	9	7	8	9	-	5	8	2	8	8
Servicios Estatales de Salud	67	3	9	7	8	9	-	5	8	2	8	8
Sector Privado	331	15	21	32	42	53	21	37	19	29	33	29
Servicios privados	329	15	21	32	42	53	20	36	19	29	33	29
No disponible	329	15	21	32	42	53	20	36	19	29	33	29
Asistencia privada	2	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
Cruz Roja	2	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-

FUENTE: Comisión Estatal de Arbitraje Médico de San Luis Potosí.
SAQMED Estatal.

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONCLUSIÓN EN QUEJAS.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE SAN LUIS POTOSÍ,
2000-2010.



N = 678.

FUENTE: Comisión Estatal de Arbitraje Médico de San Luis Potosí.
SAQMED Estatal.

Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa

Víctor Manuel Pérez Pico

ANTECEDENTES

La Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa (CAMES) es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con plena autonomía técnica y administrativa para emitir opiniones, dictámenes y laudos.

Fue creada el 8 de noviembre de 2000, por el gobernador del estado, y el 1 de agosto de 2001 empezó sus actividades en la capital, Culiacán; empleando al igual que la CONAMED, los procedimientos de orientación, gestión, asesoría, conciliación y arbitraje; además, con el propósito de colaborar con los organismos de procuración de justicia, se le facultó para emitir opiniones, dictámenes o peritajes que le fueran solicitados por estas autoridades, sin pretender sustituirlas.

En el decreto de creación de la CAMES se contempla 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.

Como prioridad en 2004, se solicitó la creación de un Módulo de la Comisión en el puerto de Mazatlán, a fin de atender las solicitudes de asesorías y de inconformidades de la zona sur del estado; este módulo empezó a funcionar desde el 15 de mayo de 2004. El 18 de abril de 2008, el Módulo de la zona norte comenzó sus actividades en la ciudad de Los Mochis, con lo que se logró dar cobertura a todo el estado (zonas norte, centro y sur).

RESULTADOS ALCANZADOS

Todos los años se programan las actividades a desarrollar, en coordinación con todas las instituciones de salud en el estado (IMSS, ISSSTE, SSA, clíni-

cas privadas), con Facultades y Escuelas de la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS), y los Colegios Médicos del estado, además de la población abierta (sindicatos, sectores sociales y organizaciones civiles).

Con la puesta en operación de dos nuevas unidades de atención, se amplió la cobertura a la población que sumadas a la oficina central, complementan nuestra presencia en el norte, sur y centro de Sinaloa.

Paulatinamente se han ampliado las actividades de difusión a la población general, a través de espacios en medios masivos como: Radio UAS, Radio Sinaloa, Televisoras Grupo Pacífico y Canal 8 de la televisión regional.

Se han suscrito convenios de colaboración entre CAMES y los 18 Ayuntamientos del estado, a fin de que las quejas puedan atenderse en el lugar donde se originan, en beneficio de las partes involucradas, con un empleado del municipio como enlace con la Comisión.

Se han firmado convenios con:

- Procuraduría General de la República
- Procuraduría Estatal de Justicia
- Comisión Estatal de Derechos Humanos
- Con los 18 municipios del estado
- UAS
- Facultad de Medicina de la UAS
- IMSS e ISSSTE

Se han elaborado dos iniciativas de Ley. Con la primera se consiguieron modificaciones al Código de Procedimientos Penales para el reconocimiento de la figura del “Perito Institucional”, y la segunda permitió que el estado cuente con una “Ley para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones”.

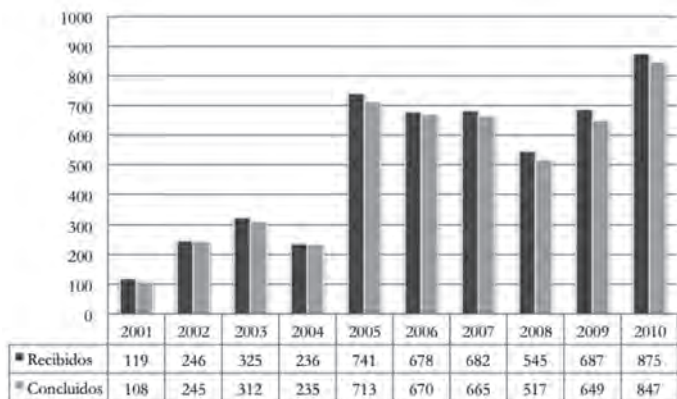
Hemos participado en exposiciones de temas diversos en las Facultades Universitarias relacionadas con la salud, a partir del Convenio de colaboración institucional suscrito con la UAS y su Facultad de Medicina.

La Secretaría de Salud ha invitado a miembros de la Comisión para participar en reuniones programadas, a fin de conversar sobre los diferentes temas que se trabajan en CAMES.

Editamos la revista trimestral *CAMES*, con un tiraje de 1,500 ejemplares que hemos enviado puntualmente a la CONAMED y a todas las Comisiones del país.

El total de asuntos recibidos y concluidos se ha visto afectado en la disminución de las orientaciones, debido a la difusión de las funciones y atribuciones de la Comisión en todo el estado.

GRÁFICA 1
ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE SINALOA,
2001-2010.



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

En la gráfica se observa que el número incrementó en el periodo de 2001 al año 2005, y permaneció estable entre 2006-2007, en contraste con el año 2008 cuando se muestra un descenso, pero se incrementa considerablemente hasta el 2010.

Características del procedimiento arbitral

El procedimiento arbitral comienza con la presentación y admisión de una queja y termina por alguna de las causas establecidas en el Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas. Durante el lapso 2001-2010, en la CAMES se resolvieron 536 quejas; de ellas, 273 se solucionaron mediante un convenio de conciliación y pronunciamiento institucional, y 11 con emisión de laudo.

El resto no se concilió por los medios correspondientes, y/o por falta de interés de alguna de las partes involucradas para resolver el asunto, entre otras causas.

Tanto en gestiones inmediatas como en las quejas, se generaron compromisos para resolver la inconformidad. De las 790 gestiones inmediatas concluidas del periodo 2001-2010, se generaron compromisos para brindar

GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE SINALOA,
2001-2010.



N = 4,961.

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

atención médica especializada más oportuna, así como revaloraciones de los casos impugnados, que fueron las de mayor repercusión en cuanto al tipo de compromiso para solucionar las quejas de los usuarios.

La ubicación geográfica de los módulos de CAMES hizo posible regionalizar la magnitud de los problemas de atención médica por zonas: norte, centro y sur, con lo que se determinó un indicador de la cultura de la denuncia, sumada a la gran labor de difusión por parte de los integrantes de esta Comisión.

CUADRO 1
QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA RELACIONADA SEGÚN AÑO.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE SINALOA, 2001-2010.

Sector / Grupo / Institución	Total	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	385	31	34	36	21	43	42	29	58	59	32
Sector Público	192	12	34	11	14	11	25	13	29	25	18
Seguridad social	150	12	28	11	12	11	14	11	19	16	16
IMSS	118	11	22	9	10	11	10	7	15	10	13
ISSSTE	32	1	6	2	2	-	4	4	4	6	3
Asistencia social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sin seguridad social	42	-	6	-	2	-	11	2	10	9	2
Hospitales Federales de la Secretaría de Salud	27	-	5	-	1	-	8	2	4	5	2
Servicios Estatales de Salud	15	-	1	-	1	-	3	-	6	4	-
Sector Privado	193	19	-	25	7	32	17	16	29	34	14
Servicios privados	193	19	-	25	7	32	17	16	29	34	14
Clínicas sin servicio de hospitalización	158	16	-	17	5	24	14	15	25	29	13
Consultorios	26	3	-	5	2	3	3	1	4	4	1
Hospitales	7	-	-	2	-	4	-	-	-	1	-
Laboratorios y gabinete	2	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-
Asistencia privada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa.
SAQMED Estatal.

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONCLUSIÓN EN QUEJAS.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE SINALOA,
2001-2010.



N = 385.

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

IMPACTO SOCIAL

A través de los programas de difusión a la comunidad (prensa, radio y televisión), se ha conocido cada vez más la actividad de la Comisión. La gente sabe que por ahora es el único lugar a donde puede acudir y presentar su queja o inconformidad, y también está consciente de que este es el camino más fácil para resolver sus conflictos derivados de la relación médico-paciente.

CAMES garantiza la solución del conflicto porque tiene capacidad técnica para juzgar los actos médicos y capacidad de consejo jurídico. Un 85% de los servicios se resuelve por la vía de la gestión y conciliación. Esto habla por sí solo del parámetro de eficiencia.

Los cuatro hospitales certificados en la última década en Sinaloa reflejan también la repercusión social que representa el mejoramiento en la calidad de atención y seguridad del paciente.

La presencia de CAMES en la comunidad y el Programa de Difusión dirigido al personal de salud, haciendo énfasis en la integración del expediente clínico y la validez del consentimiento informado, han permitido mejorar los servicios médicos, e incrementado la satisfacción de los usuarios.

PERSPECTIVAS

Se deberán establecer convenios con las instituciones de salud para la revisión periódica de los estándares de calidad en los servicios médicos.

CAMES seguirá con los programas de difusión a la comunidad para lograr un acercamiento entre los quejosos de la atención médica.

Se tiene la propuesta de capacitar (mediante talleres en instituciones y Colegios de especialidades médicas) al personal de salud sobre el uso de las tecnologías de la información, como una herramienta útil para la búsqueda de información médica útil, acorde con una metodología de Medicina basada en la evidencia.

Homologar criterios de atención médica mediante la divulgación de guías clínicas de evidencia en las instituciones de salud.

Insistir en la importancia de la utilización del buzón de quejas y su seguimiento en todas las instituciones públicas como índice de mejora y seguridad del paciente.

Distribuir periódicamente a los prestadores de servicios médicos privados, los folletos informativos sobre la seguridad y relación médico-paciente. Supervisar de manera más amplia y propositiva la prestación de los servicios médicos privados.

Enviar una iniciativa de Ley al Congreso del Estado para obligar a los médicos particulares a presentarse en CAMES para responder ante los conflictos suscitados con sus pacientes.

Signar convenios con las aseguradoras para que en la póliza de gastos médicos mayores, incluyan los servicios de CAMES en la resolución de conflictos.

Establecer un convenio con las instituciones públicas para que el personal de CAMES participe de los Comités de Expediente Clínico y Bioética.

Asistir como parte del Comité de Salud del Congreso del Estado, con objeto de gestionar un presupuesto anual de CAMES suficiente para cumplir con los programas de capacitación y difusión.

Insistir en la promulgación de una Ley General y única de Arbitraje Médico en el país.

Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sonora

Rubén Vázquez Xibillé

ANTECEDENTES

En el Plan Estatal de Desarrollo 2009-2015 y el Programa Estatal de Salud, se retoma la expectativa de la comunidad sonorense de mejorar —aún más— la calidad y calidez de los servicios de salud; que los responsables lo otorguen con trato humanitario de acuerdo con los lineamientos y normas correspondientes, pero sobre todo, con base en códigos de ética, y que la formación de los nuevos profesionales debe estar inmersa en el mantenimiento de niveles de excelencia para enfrentar la demanda social.

Debemos reconocer que México y en particular Sonora, se han caracterizado por la formación profesional de grandes médicos, y que su práctica ha ganado fama a nivel internacional por sus avanzados logros en la atención institucional.

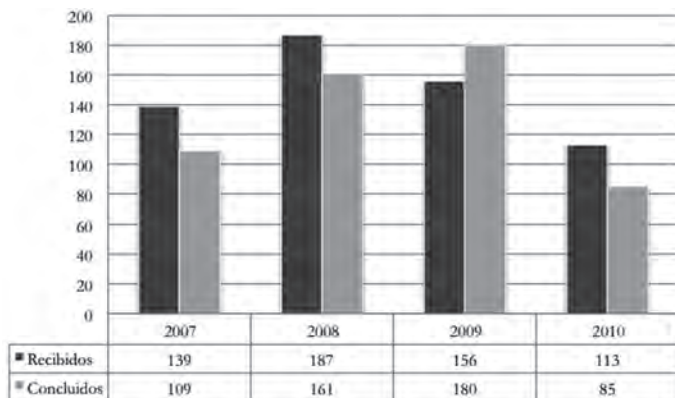
Es así que con la idea de mejorar la atención médica en nuestro estado y resolver los posibles conflictos entre pacientes, sus familiares y el personal prestador de servicios de salud, en una forma amigable que cuide y fortalezca la dignificación de la profesión médica; se consideró preciso reforzar el quehacer institucional de la Comisión de Arbitraje Médico (CAM) Sonora, como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, al establecerse el uso del Arbitraje Médico como figura de buena fe por los usuarios y prestadores de servicios médicos, y que adicionalmente contribuirá a evitar grandes cargas de trabajo para los órganos jurisdiccionales, sin perjuicio de que éstos deban tutelar el derecho a la protección a la salud (al no tener que entablar juicios o litigios en tribunales civiles, mercantiles o penales).

La coordinación establecida con la Comisión Estatal de Derechos Humanos, estrechada con la firma del Convenio de colaboración de fecha 24 de mayo de 2010, ha permitido atender y llegar a un mayor número de ciudadanos usuarios y prestadores de servicio sonorenses, brindándoles la certeza de contar con una atención especializada en el quehacer médico.

A cuatro años de instalada la Comisión de Sonora, la cercanía con los usuarios y prestadores del servicio, en una mística de buena fe, profesionalismo, imparcialidad, confidencialidad, y la voluntad de las partes, han sido el signo distintivo en las más de 574 inconformidades atendidas.

RESULTADOS ALCANZADOS

GRÁFICA 1
ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE SONORA,
2007-2010.



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

GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO
OFRECIDO.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE SONORA,
2007-2010.



N = 535.

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

CUADRO 1
QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA RELACIONADA SEGÚN AÑO.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE SONORA,
2007-2010.

<i>Sector / Grupo / Institución</i>	<i>Total</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
Total	279	31	71	122	55
Sector Público	170	11	35	87	37
Seguridad social	123	9	21	67	26
IMSS	85	5	13	52	15
ISSSTE	14	3	2	6	3
ISSSTE Estatal	24	1	6	9	8
Asistencia social	4	-	1	3	-
DIF	4	-	1	3	-

CUADRO 1 (*continuación*)

<i>Sector / Grupo / Institución</i>	<i>Total</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
Sin seguridad social	43	2	13	17	11
Hospitales Federales de la Secretaría de Salud	22	2	6	4	10
Servicios Estatales de Salud	20	-	7	12	1
Otro	1	-	-	1	-
Sector Privado	109	20	36	35	18
Servicios privados	100	20	30	32	18
Clínicas sin servicio de hospitalización	11	1	6	4	-
Consultorios	63	16	16	18	13
Hospitales	26	3	8	10	5
Asistencia privada	9	-	6	3	-
Otro	9	-	6	3	-

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

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONCLUSIÓN EN QUEJAS.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE SONORA,
2007-2010.



N = 279.

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

IMPACTO SOCIAL

Del periodo comprendido del 11 de enero de 2007 hasta febrero de 2011, la labor que tiene encomendada la CAM de Sonora, se ha caracterizado por llevarse a cabo de una manera más directa para la atención de las quejas de naturaleza médica que interpone la ciudadanía sonorense, con respuestas más rápidas, directas, con atención personalizada y mayor claridad, con plena imparcialidad, entendiendo que su sentido social es brindar un servicio gratuito y de calidad. Dichos principios realmente se aplican (porque así se entiende esta nueva mística de servicio en nuestro estado).

El funcionamiento profesional y especializado de la Comisión ha permitido llegar a diferentes ciudades, municipios y comunidades de Sonora, tales como la ciudad de Hermosillo, donde es innegable que ha habido la mayor repercusión de las labores preventivas de la Comisión, ya que se han llevado a cabo 151 pláticas educativas de prevención del conflicto médico, dirigidas a los hospitales de la Secretaría de Salud, a los diferentes Colegios Médicos, con temas como: el Expediente clínico; Expediente clínico odontológico; Derechos de los médicos y Derechos de los pacientes; Procedimiento para el desahogo de quejas médicas de CAM Sonora; Ética profesional; Responsabilidad profesional de Enfermería; Responsabilidad profesional de psicólogos; entre otros tópicos, con lo que se llegó a 8,135 prestadores del servicio médico en el estado.

También se han impartido estas pláticas educativas para la prevención del conflicto que involucra al personal médico, en ciudades como: Obregón, Nogales, Guaymas, Puerto Peñasco, Caborca, Agua Prieta, Magdalena de Kino, y en municipios como Moctezuma y Ures; a prestadores de servicios médicos del IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud, y distintos Colegios y Federaciones Médicas, Odontológicas, de Enfermería y Psicología. Además de pláticas con Ministerios Públicos y médicos legistas de la Procuraduría General de Justicia del estado.

La vertiente principal del quehacer que representa la actuación de CAM Sonora, es la atención de las inconformidades en torno a la atención médica. Desde su creación, se ha atendido a 581 usuarios de los servicios de salud (sectores público y privado) en el estado. De ellos, 55% optó por conciliar, el 2% decidió no conciliar, y 14% interrumpió sus gestiones o abandonó el proceso de la queja, por lo que éstas se dieron por concluidas, por falta de interés procesal (hay que añadir las que se encuentran en trámite).

PERSPECTIVAS

Es importante reconocer que aún falta mucho por hacer, por lo que hemos decidido enfocarnos en generar acciones que nos permitan acercarnos aún más a los lugares donde se originan las quejas, y a los lugares de donde son originarios los usuarios de los servicios de salud, que es en las comunidades y los municipios, que ya sea por la distancia o por dificultad geográfica, se perciben —en ocasiones— como alejados de la sede de nuestra Comisión (ubicada en Hermosillo). Lo anterior, sin dejar de reconocer cada día el esfuerzo que llevan a cabo los diferentes prestadores del servicio médico, y entendiendo el actuar médico.

Una de las acciones será la formalización del Proyecto de Convenio de Colaboración que se tiene contemplado, y que ya se encuentra en trámite, como lo es con la Dirección General de Defensoría de Oficio, dependiente de la Secretaría de Gobierno del estado, con el cual se busca que las 16 oficinas de las Direcciones de la Defensoría de Oficio instaladas en los principales municipios del estado, operen también como receptoras de las quejas en contra de los servicios médicos. Esta acción deberá ir acompañada de un programa de capacitación integral por parte de CAM Sonora, dirigido al personal de las Defensorías.

Así mismo, se destaca el Convenio de Colaboración y Apoyo que se habrá de suscribir con la Secretaría de la Contraloría General del estado, con el propósito de que ésta derive a nuestra Comisión las quejas o denuncias de naturaleza médica que reciban, para fortalecer el vínculo que por disposición reglamentaria tenemos encomendado como coadyuvante por medio de la elaboración de dictámenes médicos.

Actualmente se pretende establecer módulos de recepción de quejas en contra de los servicios médicos, de manera itinerante en los principales hospitales dependientes de la Secretaría de Salud estatal, con el propósito de brindar una respuesta más oportuna a los usuarios de salud, enfocados principalmente en las gestiones inmediatas, orientaciones y asesorías especializadas.

Cabe mencionar el Convenio de Colaboración Interinstitucional que se ha firmado con la CONAMED-IMSS-ISSSTE-Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) y CAM Sonora, sin olvidar el apoyo decidido de la CONAMED para llevarlo a cabo. Con esto habremos de entrar en una nueva dinámica de coordinación con esas instituciones médicas, de donde resulta que el mayor beneficiado será el público usuario y los propios prestadores de servicios de salud en todo el estado.

Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico de Tabasco

Armando León Bernal

ANTECEDENTES

A tan sólo siete meses de creación de la CONAMED, se creó en Tabasco la Comisión de Arbitraje Médico de Tabasco (hoy llamada CECAMET), siendo la primera a nivel estatal en todo el país después de la CONAMED mediante el acuerdo de creación del Gobierno de Tabasco núm. 11027, publicado en el suplemento B-5684 del Periódico Oficial del Estado con fecha 26 de febrero de 1997, como un organismo desconcentrado, dependiente de la Secretaría de Salud estatal.

Tras la muerte del primer Comisionado estatal, el entonces Subcomisionado asumió el puesto el 26 de julio de 2002, concluyendo su gestión en agosto de 2008, cuando ocupa su lugar el tercer Comisionado estatal.

Para el cumplimiento de sus objetivos, la CECAMET dispone de las siguientes atribuciones: Recibir, investigar y atender las quejas que presenten los usuarios de servicios médicos por la posible irregularidad en la prestación o negativa de prestación de estos servicios. La CECAMET es un organismo público descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, con autonomía técnica y de gestión para emitir sus recomendaciones, acuerdos y laudos, que tiene por objeto contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos en general y los prestadores de éstos, siempre que no sean competencia de la autoridad federal. Sin embargo, a partir de 2011, se signan convenios de colaboración con el IMSS e ISSSTE que permiten a la CECAMET atender y resolver las controversias de los usuarios de esas instituciones de salud y sus resultados se los damos a conocer para retroalimentarlos en cuanto a la calidad de sus servicios, a fin de prevenir el origen de la controversia.

Para apoyar el cumplimiento de los objetivos de la Comisión, se llevan a cabo pláticas, conferencias y seminarios dirigidos a usuarios y prestadores

de servicios, con la finalidad de difundir las actividades y funciones de la Comisión, tanto en la capital del estado como en otras poblaciones, para lo cual los trabajadores de la Comisión se capacitan y actualizan anualmente.

En 2006, en el marco de la Séptima Sesión del CMAM efectuada en la Capital y el estado de Guanajuato, la CECAMET recibió un reconocimiento de parte de la CONAMED por ser la Comisión estatal “mejor posicionada en el conocimiento de la ciudadanía sobre sus funciones y sus objetivos”.

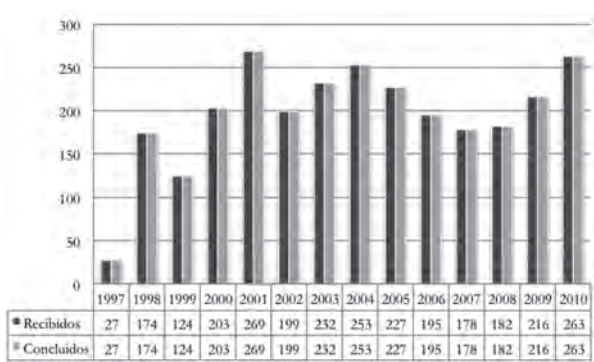
De 1997 a 2009 nos preocupamos por crear el marco jurídico de actuación de la CECAMET, y de gestionar ante los órganos de procuración de justicia el reconocimiento de nuestras actividades; de igual manera, estar atentos a sus seguimientos como institución especializada en la atención de los asuntos legales de la actuación de los prestadores de servicios de salud del ámbito público y privado.

Desde hace ocho años, la CECAMET funge como consejero del CMAM, órgano colegiado desde donde se pretende impulsar y modernizar el arbitraje médico en el país.

Así, con la colaboración y experiencia de varios galenos, abogados, enfermeras y enfermeros, odontólogos, químicos, trabajadores sociales, ciudadanos, Gobernadores, Secretarios de Salud, Delegados de instituciones federales de Salud y Seguridad Social y Consejeros; hemos construido el Arbitraje en el estado de Tabasco.

RESULTADOS ALCANZADOS

GRÁFICA 1
ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
COMISIÓN ESTATAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MÉDICO DE TABASCO,
1997-2010.



FUENTE: Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico de Tabasco.
SAQMED Estatal.

GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
COMISIÓN ESTATAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MÉDICO DE TABASCO,
1997-2010.



N = 2,742.
FUENTE: Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico de Tabasco.
SAQMED Estatal.

CUADRO 1
QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA RELACIONADA SEGÚN AÑO.
COMISIÓN ESTATAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MÉDICO DE TABASCO,
1997-2010.

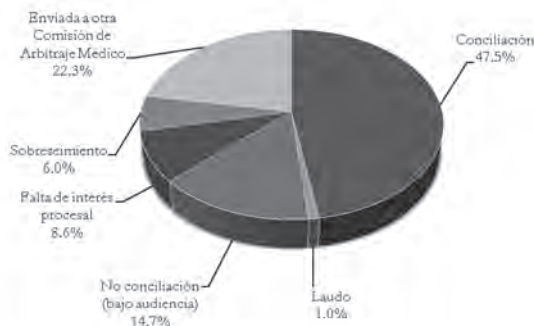
Sector / Grupo / Institución	Total	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	1,249	10	50	70	74	123	85	109	139	120	98	72	88	112	99
Sector Público	916	8	38	61	65	93	66	67	102	83	71	43	63	87	69
Seguridad social	707	7	25	50	57	77	54	48	78	58	58	33	48	65	49
IMSS	275	2	6	21	25	28	23	21	25	17	22	19	21	28	17
ISSSTE	98	2	4	8	11	14	9	5	12	6	3	4	7	8	5
ISSSTE Estatal	171	2	11	11	12	20	12	12	17	13	21	5	9	14	12
PEMEX	162	1	4	10	9	15	10	10	24	22	12	5	11	15	14
SEDENA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Asistencia social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sin seguridad social	209	1	13	11	8	16	12	19	24	25	13	10	15	22	20
Servicios Estatales de Salud	205	1	13	11	8	16	12	17	23	24	13	10	15	22	20
Otro	4	-	-	-	-	-	-	2	1	1	-	-	-	-	-

CUADRO 1 (continuación)

Sector / Grupo / Institución	Total	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Sector Privado	333	2	12	9	9	30	19	42	37	37	27	29	25	25	30
Servicios privados	333	2	12	9	9	30	19	42	37	37	27	29	25	25	30
No disponible	333	2	12	9	9	30	19	42	37	37	27	29	25	25	30
Asistencia privada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

FUENTE: Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico de Tabasco.
SAQMED Estatal.

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONCLUSIÓN EN QUEJAS.
COMISIÓN ESTATAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MÉDICO DE TABASCO,
1997-2010.



N = 1,249.

FUENTE: Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico de Tabasco.
 SAQMED Estatal.

IMPACTO SOCIAL

A partir de 2010, algunos representantes del Sistema Estatal de Salud han apoyado el esfuerzo conjunto para conocer el número de inconformidades, y durante el año pasado se reportaron 11,106 quejas presentadas en contra de instituciones públicas y privadas; situación que nos permite determinar de alguna manera el tamaño del problema en la prestación de servicios de salud por institución. Este es el tamaño de las inconformidades de los usuarios reconocidos por las instituciones en el lapso de un año, que contrastado con las 263 inconformidades atendidas en el mismo periodo en la CECAMET, nos da una clara idea de que 98% de las controversias se siguen tratando por las mismas Instituciones públicas de salud del estado de Tabasco. Es decir, siguen siendo juez y parte. Por tanto, el 2% que atendemos no refleja una repercusión real en la sociedad.

PERSPECTIVAS

En Tabasco, en los últimos nueve años se observa un crecimiento sostenido de las quejas en contra de los servicios de salud. Desde esta perspectiva,

quedaría por determinarse el grado de repercusión que ha habido respecto a la mejora de los servicios de salud. Sería necesario crear dentro de las Comisiones de Arbitraje, un área encargada de medir el resultado de nuestras actividades y cómo nos percibe la sociedad en cuanto a la mejora de servicios de salud.

Se contempla emprender las acciones siguientes:

- Refrendar cada día más la confianza de nuestros usuarios.
- Buscar la certificación en materia de calidad.
- Procurar la mejora continua en nuestros procesos de atención.
- Capacitar y actualizar a nuestro personal.
- Formar peritos en Medicina General, Especialidades y Enfermería.
- Firmar Convenios de colaboración con el Tribunal Superior de Justicia.
- Firmar un Convenio de colaboración con la Procuraduría de Justicia de Tabasco.
- Firmar un Convenio de colaboración con la Procuraduría General de la República.
- Establecer Módulos de Quejas dentro de las unidades médicas del Sector Público.
- Promocionar y difundir las actividades del arbitraje médico con los usuarios de servicios de salud, así como con los prestadores de los servicios.
- Gestionar ante las autoridades correspondientes la eliminación del trato de la queja en contra de los servicios médicos por parte de las propias instituciones, lo que evitaría que actuaran como juez y parte.

Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Tamaulipas

Xicoténcatl González Uresti

ANTECEDENTES

La Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Tamaulipas (COESAMED) fue creada mediante Decreto gubernamental, el 17 de octubre de 2000, como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud; publicado en el periódico oficial del estado, núm. 112, el 25 de octubre de ese año por el Gobernador en funciones. Comenzó actividades en enero de 2003 como un Organismo Alternativo para resolver los conflictos suscitados entre los usuarios y los prestadores del servicio médico, tanto públicos como privados, para garantizar el derecho a la protección de la salud y contribuir al mejoramiento de dichos servicios con calidad y eficiencia, sin intervenir con la acción de los organismos jurisdiccionales.

Las recomendaciones del CMAM invitan a transformar las Comisiones en Organismos Descentralizados. En Tamaulipas se publicó en el Periódico Oficial, núm. 153, con fecha 23 de diciembre de 2010, la nueva Ley de Conciliación y Arbitraje Médico para el estado, mediante la cual el Honorable Congreso del Estado expidió dicho decreto (se contaba con 90 días hábiles siguientes a su publicación para entrar en vigor esta nueva ley).

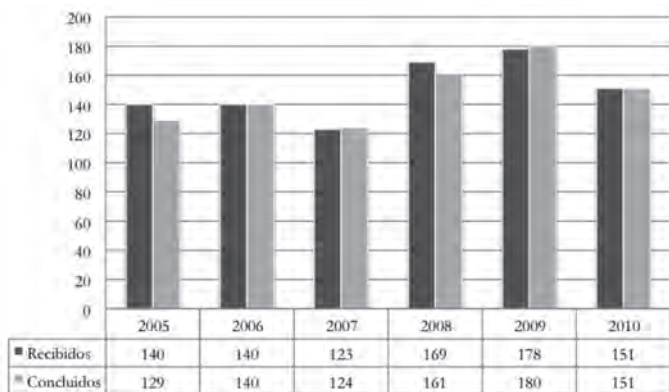
La COESAMED ha establecido relaciones sólidas con: Instituciones de salud del estado, delegados del IMSS y del ISSSTE, el Secretario de Salud, directores de hospitales, así como de universidades, siendo nombrada como enlace entre instituciones para la donación de órganos, tejido, así como de trasplantes (con Fundación ALE Tamaulipas), de la mano con los municipios más grandes del estado; con la Procuraduría, capacitando en conjunto con el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) de la Secretaría de Salud Federal a todos los Ministerios Públicos del estado y los Comités Internos de los hospitales involucrados, aprovechando en todo momento dar a conocer el quehacer de la Comisión, sus procedimientos, y al participar de manera definitiva en el nacimiento protocolizado de todo programa médico.

Se ha procurado participar en todos los eventos posibles con fines de difusión; entre otros: Congresos, reuniones de Colegios, de Asociaciones Civiles, Foros Ciudadanos, siendo incluso una parte destacada del Consejo Estatal de Trasplantes; nuestro Comisionado es también Presidente del Consejo Consultivo de la Universidad Valle de México-Valle del Bravo, y miembro del Comité de Fomento y Sanidad Pecuaria del estado (que norma las relaciones internacionales en el ramo).

Además, se colabora de manera estrecha con los Órganos de Control, con la Procuraduría General de Justicia y con la Comisión Estatal de los Derechos Humanos.

RESULTADOS ALCANZADOS

GRÁFICA 1
ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE TAMAULIPAS,
2005-2010.



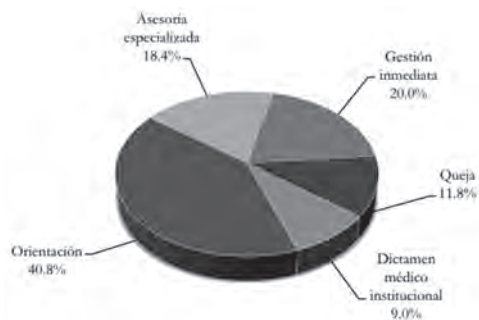
FUENTE: Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Tamaulipas.
SAQMED Estatal.

CUADRO 1
QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA RELACIONADA SEGÚN AÑO.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE TAMAULIPAS,
2005-2010.

<i>Sector / Grupo / Institución</i>	<i>Total</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
Total	104	37	23	11	10	13	10
Sector Público	57	21	14	5	2	10	5
Seguridad social	38	14	9	2	1	7	5
IMSS	22	6	6	2	1	3	4
ISSSTE	13	6	3	-	-	3	1
PEMEX	3	2	-	-	-	1	-
Asistencia social	1	1	-	-	-	-	-
DIF	1	1	-	-	-	-	-
Sin seguridad social	18	6	5	3	1	3	-
Hospitales Federales de la Secretaría de Salud	3	3	-	-	-	-	-
Servicios Estatales de Salud	15	3	5	3	1	3	-
Sector Privado	47	16	9	6	8	3	5
Servicios privados	40	10	8	6	8	3	5
Clínicas sin servicio de hospitalización	1	-	-	-	-	1	-
Consultorios	29	8	5	5	7	1	3
Hospitales	10	2	3	1	1	1	2
Asistencia privada	7	6	1	-	-	-	-
Instituciones Privadas de Formación Técnica o Profesional en Salud	1	-	1	-	-	-	-
Otro	6	6	-	-	-	-	-

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

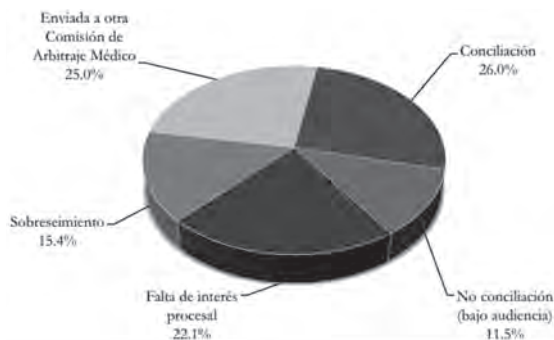
GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE TAMAULIPAS,
2005-2010.



N = 885.

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

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONCLUSIÓN EN QUEJAS.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE TAMAULIPAS,
2005-2010.



N = 104.

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

IMPACTO SOCIAL

La Comisión ofrece a la sociedad los medios alternos para la solución de controversias derivadas de la atención a la salud, al tiempo que promueve la prestación de servicios de calidad entre usuarios y prestadores mediante procesos que operan bajo estándares de calidad nacionales e internacionales.

En dos encuestas realizadas por la CONAMED en años diferentes, se confirmó que la COESAMED Tamaulipas es la de mayor difusión en el país, pues la población identifica los servicios que la COESAMED ofrece y al personal que está al frente de ésta.

Por ahora, falta llevar a cabo alguna investigación para evaluar el impacto o las repercusiones reales respecto de la mejora en cuanto a la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Se recomienda a la sociedad participar en su propia seguridad, evitando la exposición a tratamientos “mágicos” o milagrosos, y procedimientos realizados en sitios sin certificación oficial o no establecidos. El público debe verificar que su médico reúna las características académicas y profesionales en cuanto a actualizaciones en su campo de especialización, y la preparación técnica según sea el caso. En apoyo a esto, hemos dado a conocer páginas de interés como sería la del Comité Normativo Nacional de Especialidades Médicas.

La COESAMED Tamaulipas está al servicio de su población, ya que rebasa los tres millones, colaborando en la garantía del derecho a la protección de la salud y brindando una plataforma extrajudicial para todo el estado.

PERSPECTIVAS

1. Completar la estructura orgánica mínima recomendada por el CMAM, que sería de una plantilla de 12 personas, lo que se favorecerá en esta transición de Organismo Público Desconcentrado a uno Descentralizado.
2. Privilegiar la capacitación como una gran fortaleza que nos permita una credibilidad total, bajo los principios de objetividad e imparcialidad, altamente capacitados en el análisis del acto médico.
3. Establecer la investigación como fuente de mejora, con miras a publicar incluso en revistas indexadas, dirigidas predominantemente hacia la prevención.

4. Fortalecer los vínculos de comunicación y colaboración con las Comisiones de los estados vecinos (CMAM Región Norte).
5. Crear a mediano plazo delegaciones en las ciudades más importantes o con mayor número de habitantes (por lo menos en Tampico, Reynosa, Matamoros y Nuevo Laredo), a fin de acercar y agilizar nuestros procesos.
6. Identificar las propuestas o iniciativas de ley que correspondan para plantearlas en las sesiones del Congreso estatal, lo que nos permita acercamiento al Poder Legislativo y ser reconocidos como un agente indispensable en el quehacer de la salud en el estado; ello debido a que depende de ese Poder la asignación del presupuesto y crecimiento en los próximos años de la COESAMED Tamaulipas.

Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Tlaxcala

Alejandro Guarneros Chumacero

ANTECEDENTES

La Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Tlaxcala (CEAM Tlaxcala) es un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía en asuntos de su competencia, creado el 23 de mayo de 2002 por Decreto del Ejecutivo del Estado, para propiciar el mejoramiento en la calidad de la prestación del servicio médico a la población tlaxcalteca, y en concordancia con los propósitos y estrategias de la CONAMED para que los servicios estén disponibles en todo el ámbito nacional.

De manera similar a las demás Comisiones estatales, nuestra misión es: Propiciar las relaciones sanas entre los profesionales de la salud y sus pacientes, mediante la resolución de conflictos entre pacientes, familiares y personal de salud, en los ámbitos público y privado, actuando con imparcialidad, confidencialidad, objetividad, gratuidad y respeto; mediante la gestión, la conciliación y el arbitraje, para ser un factor de éxito y confianza en los servicios de salud en el estado.

Tras casi una década de su fundación, la Comisión cuenta con una estructura organizacional básica en cuyo vértice se encuentra el Honorable Consejo de la Comisión, encabezado por un Presidente, del cual dependen una Unidad Técnica y otra Administrativa. En la primera se encuentran dos asesores médicos y un asesor jurídico, y en la segunda, el administrador de la Unidad. Existen dos trabajadoras de apoyo secretarial y dos más de servicios generales. En total, nueve personas.

La Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Tlaxcala empezó a operar en 2002, en la ciudad de Apizaco, pero en enero de 2003 se reubica en la capital del estado, donde se asienta actualmente.

Desde el comienzo de sus actividades, una de sus primeras y grandes tareas fue la integración del marco normativo que guiara sus funciones y

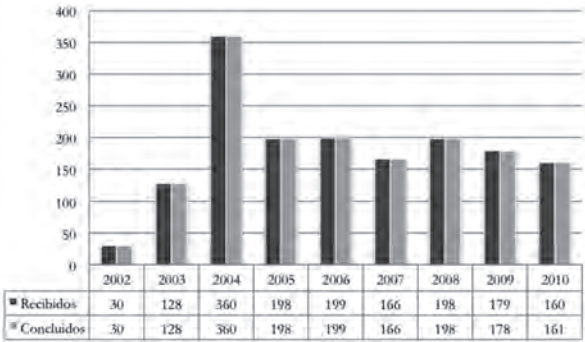
actividades, así como las relaciones interinstitucionales y con la sociedad en general. A la fecha, dichas normas se revisan continuamente para efectuar los ajustes necesarios y lograr el sustento legal pertinente, válido y acorde con las necesidades del contexto en que se desenvuelve.

El apoyo político del Gobierno Estatal, sobre todo en sus primeros años, ha sido uno de los factores determinantes para el desarrollo de la Comisión, sumado a las actividades de difusión a la población, la realización de eventos de capacitación del personal de salud para mejorar su práctica profesional y prevenir los conflictos derivados del acto médico.

A partir de 2006, se inicia un Programa de Coordinación Interinstitucional con el Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala, y las Delegaciones Estatales del IMSS y del ISSSTE, con el apoyo de sus autoridades, para promover el reconocimiento de la propia Comisión estatal y consolidar el Modelo Institucional de Arbitraje Médico. En 2008 se planeó y gestionó un Programa de Ampliación de Cobertura de los servicios de la Comisión; una de sus estrategias fue establecer Convenios de colaboración con los Ayuntamientos municipales que involucraban de manera especial a los regidores de salud. A la fecha, la cobertura pasó del 58 al 80% de los municipios del estado.

RESULTADOS ALCANZADOS

GRÁFICA 1
ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE TLAXCALA,
2002-2010.



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

GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE TLAXCALA,
2002-2010.



N = 1,618.
FUENTE: Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Tlaxcala.
SAQMED Estatal.

CUADRO 1
QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA RELACIONADA SEGÚN AÑO.
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE TLAXCALA,
2002-2010.

Sector / Grupo / Institución	Total	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	206	3	19	20	26	25	25	31	27	30
Sector Público	123	-	-	11	16	16	14	23	22	21
Seguridad social	80	-	-	7	11	11	9	14	13	15
IMSS	59	-	-	2	9	9	8	9	9	13
ISSSTE	21	-	-	5	2	2	1	5	4	2
Asistencia social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sin seguridad social	43	-	-	4	5	5	5	9	9	6
Servicios Estatales de Salud	43	-	-	4	5	5	5	9	9	6
Sector Privado	61	-	-	9	10	9	11	8	5	9
Servicios privados	59	-	-	8	10	9	10	8	5	9
Consultorios	36	-	-	7	6	4	6	5	3	5
Hospitales	17	-	-	-	3	5	3	1	1	4
Laboratorios y gabinete	6	-	-	1	1	-	1	2	1	-
Asistencia privada	2	-	-	1	-	-	1	-	-	-
Cruz Roja	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Otro	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-
No disponible	22	3	19	-	-	-	-	-	-	-

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

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



N = 206.

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

IMPACTO SOCIAL

De acuerdo con los resultados preliminares del Censo de Población y Vivienda 2010, Tlaxcala cuenta con 1,169,936 habitantes¹, que representan apenas el 1% de la población nacional. Esta población habita 60 municipios del estado. La Comisión ha atendido asuntos de 48 municipios que representan casi 80% del total. Sin embargo, dos de cada tres asuntos procedieron de los nueve municipios más cercanos, incluida la capital.

Por otra parte, cabe mencionar que de agosto de 2002 al 31 de diciembre de 2010, se recibieron y atendieron 1,618 asuntos, con una mediana anual de 179. En el Programa de Coordinación Interinstitucional que está en operación, se observa una buena participación y un gran acercamiento por parte de los representantes, tanto de la Secretaría Estatal de Salud y Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala, del ISSSTE y del IMSS, en particular de esta última institución, hasta ahora muy atenta a responder las gestiones de la Comisión.

¹ INEGI, "México en cifras: Tlaxcala", dato tomado del sitio de Internet <<http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?src=462&ent=29>> (consultado el 18 de marzo de 2011).

Por lo que concierne al impacto en la calidad de los servicios de salud que se proporcionan en el Sistema Estatal y en la seguridad del paciente, todavía no contamos con datos duros que permitan calcular el efecto de las acciones de la Comisión; tan sólo podemos extraer algunas inferencias respecto al cambio de actitud del personal de salud, a raíz de las actividades de capacitación que se les imparten. No obstante, los problemas organizacionales y de falta de recursos de las instituciones propician que sus procesos de atención no satisfagan con alguna frecuencia las expectativas de los usuarios de los servicios de salud, lo que genera molestia e inconformidad.

En donde se observan mejores resultados es en las gestiones inmediatas, ya que en más de 90% de los casos se dan respuestas favorables a las necesidades de los usuarios por parte de las unidades de atención.

La utilidad de la Comisión se puede ponderar también en las actividades de difusión a la población y en las de capacitación al personal de salud; las primeras, para que los pacientes conozcan y exijan el cumplimiento de sus derechos; las segundas, sobre la prevención de los conflictos y la Medicina defensiva².

En la actualidad, la Comisión se encuentra ante un escenario desafiante, ya que las quejas en los servicios estatales de salud muestran una tendencia ascendente y es necesario que mejore la disposición (tanto de los médicos operativos como de sus directivos) a participar en la conciliación, reparando el daño infligido a los usuarios, especialmente los daños patrimoniales, cuando existieren evidencias de responsabilidad profesional o institucional en cuanto a impericia; o bien, su disposición para comprometerse en la fase decisoria del proceso de arbitraje médico. Además, se deben atender las recomendaciones emitidas por la Comisión, hasta evitar la repetición de eventos adversos en las instituciones involucradas.

Por lo que toca a la práctica privada, es frecuente que los médicos estén asegurados contra demandas de los usuarios, con lo que rechazan el proceso arbitral; en otros casos, al escuchar los consejos de sus asesores o representantes legales, optan por tramitar el litigio por la vía jurídica.

Tanto en los Servicios Estatales de Salud como en la Medicina privada, las condiciones económicas de los usuarios —con frecuencia— no les permiten soportar el tiempo del litigio y el gasto que les origina el proceso ju-

² En 1978, Tancredi se refiere a la “Medicina defensiva” como el empleo de procedimientos diagnóstico-terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas por mala práctica. Paredes y Rivero la definen como: “Cambios en la práctica del médico para defenderse de controversias y demandas por juicios en su ejercicio profesional” (cf. “Medicina Defensiva”, en: *Arbitraje Médico. Análisis de 100 casos*, México, JGH Editores, 2000, pp. 89-91). Para una revisión completa del concepto, véase el artículo “Ética y Medicina Defensiva” disponible en el sitio de Internet: <http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2003/ponencia_sep_2k3.htm> (consultado el 28 de marzo de 2011).

dicial, y acaban por desistir en su demanda, lo que propicia impunidad en los prestadores de servicios de salud.

PERSPECTIVAS

1. Fortalecer aún más las acciones orientadas a la prevención del conflicto derivado del acto médico mediante la capacitación de los trabajadores de la salud y el personal en formación.
2. Refrendar acciones de difusión dirigidas a la población a través de los medios masivos de comunicación y de manera personal o individual (como con las organizaciones de usuarios de servicios de salud en el estado).
3. Consolidar el Programa de Ampliación de Cobertura de la Comisión para acercar los servicios a todos los municipios, con el propósito de facilitar su inclusión en las distintas comunidades de los 60 municipios, así como de los médicos que ejercen la profesión en los ámbitos rural y suburbano.
4. Mantener el Programa de Coordinación Interinstitucional con la Secretaría Estatal de Salud, el IMSS y el ISSSTE.
5. Gestionar con la autoridad de los Servicios Estatales de Salud una participación de mayor responsabilidad ante las inconformidades de la población.
6. Intercambiar experiencias con la CONAMED y otras Comisiones Estatales para aprender y aplicar las estrategias o mecanismos que han arrojado resultados satisfactorios en el proceso del arbitraje médico en otras zonas del país.
7. Actualizar el *Manual de Organización* de la Comisión para que se cumpla a cabalidad con la misión y los objetivos de la Comisión mediante el desarrollo de las funciones y actividades pertinentes en cada puesto.
8. Respalidar el proceso de gestión ante el Gobierno Estatal para contar con los recursos materiales y financieros necesarios para el funcionamiento de la Comisión.
9. Promover la educación continua de los trabajadores de la Comisión para su capacitación y actualización, así como para que en los casos en que sea pertinente, se cumpla con las especificaciones de los puestos.
10. Explorar alternativas de solución de conflictos generados por médicos y personal de la red de unidades acreditadas del Seguro Popular

(Sistema de Protección Social en Salud), para sensibilizar a las autoridades correspondientes acerca de la importancia de contar con instrumentos jurídicos y económicos que permitan la reparación de posibles daños infligidos a los pacientes.

Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz

Emilio Stadelman López

ANTECEDENTES

Por Decreto del titular del Ejecutivo Estatal, publicado en la *Gaceta Oficial* el 10 de febrero de 1999, se creó la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz (CODAMED VER.), como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, teniendo por objeto contribuir a resolver los conflictos que se presenten entre los usuarios y los prestadores de servicios médicos, a fin de mejorar la calidad y eficiencia de la atención. Se crea entonces una instancia previa a la cual pueden acudir los usuarios y prestadores de servicios médicos para esclarecer, en forma amigable y de buena fe, con la garantía de imparcialidad; los posibles conflictos derivados de la prestación de dichos servicios, lo que contribuye a aminorar las cargas de trabajo en los órganos jurisdiccionales, respondiendo así a los legítimos reclamos de los actores de la relación entre prestadores y usuarios. De este modo, se contribuye a tutelar el derecho a la protección de la salud, y a mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos en los que participan instituciones públicas y privadas, así como profesionales de la salud que ejercen libremente su actividad, con el objeto común de promover, proteger y restaurar la salud de los habitantes del estado, siendo un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con plena autonomía técnica para emitir opiniones, acuerdos y laudos.

Desde su creación, esta Comisión ha atendido más de 4,400 asuntos, con una respuesta satisfactoria que se expresa en el análisis de la estadística correspondiente.

ESTRUCTURA INTERNA

Para el cumplimiento de sus funciones, la CODAMED VER. cuenta con un Consejo, Órgano Supremo de Autoridad, cuyo objetivo primordial es esta-

blecer las políticas generales que conducen el quehacer de la Comisión, con las atribuciones de evaluar periódicamente el funcionamiento y formular las recomendaciones correspondientes al desempeño y resultados que se obtengan, además de analizar y (en su caso) aprobar el informe anual del Comisionado. Este órgano se compone de ocho consejeros, más el Comisionado que lo preside; todos designados por el titular del Ejecutivo Estatal; la permanencia de los consejeros en sus funciones es de tres años. El Consejo sesiona de forma ordinaria por lo menos una vez cada tres meses.

La estructura organizacional de la CODAMED VER. se integra por un Consejo, un Comisionado, un Subcomisionado y cuatro Unidades Administrativas (Subdirecciones de Orientación y Quejas, Administración, Conciliación, Arbitraje y Dictámenes).

CONVENIOS

Una herramienta fundamental, clave para incrementar la calidad de la atención médica, son los Convenios interinstitucionales cuyo objetivo es establecer bases de colaboración entre las partes, para atender de manera expedita y bajo criterios uniformes (procesos homologados), las inconformidades que se originen a raíz de la prestación inadecuada de los servicios médicos.

La Comisión ha firmado convenios con las siguientes instituciones:

- Convenio de colaboración interinstitucional CODAMED VER. y Servicios de Salud de Veracruz (SESVER); celebrado el 13 de septiembre de 1999.
- Convenio CONAMED - CODAMED VER. - Delegación ISSSTE Veracruz - Delegaciones Norte y Sur del estado de Veracruz IMSS; concertado el 6 de octubre de 2006.
- Convenio CODAMED VER. y los DIF de 14 municipios del estado; realizado el 15 de marzo de 2008.
- Convenio CONAMED - CODAMED VER. - Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) 14 del IMSS Veracruz; signado el 2 de octubre de 2009.
- Convenio CODAMED VER. - Comisión Estatal de Derechos Humanos (CEDH); firmado el 17 de enero de 2006.

Consejo Mexicano de Arbitraje Médico

Como miembro activo del CMAM, la Comisión reconoce que sus intercambios son útiles y productivos, a tal punto que se ha logrado la homologación del Modelo de Arbitraje Médico, lo que está retratado —entre otros recursos— por el SAQMED, logrando la unificación de los criterios en cuanto a estadística y la percepción real de la calidad del trabajo de cada Comisión.

COMUNICACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y DIFUSIÓN

El Portal de Internet se mantiene actualizado, proporcionando a todo el público los servicios sustanciales de esta Comisión.

El desarrollo de actividades de la Comisión abarca la organización de nueve Reuniones Anuales, con la publicación de 21 revistas semestrales y la impartición de 413 conferencias de difusión; así como la participación del personal de la Comisión en diversos cursos, reuniones, talleres y charlas.

Así mismo, se han emitido o impreso: Carta de los Derechos del Médico, Carta de los Derechos del Paciente y Carta de los Derechos de las Enfermeras; Normas Oficiales Mexicanas, carteles, monografías, cuadernillos, trípticos, dípticos, tarjetas; entrevistas en radio y televisión, así como la transmisión de promocionales de radio.

Este material de difusión se destinó a: público en general, Secretaría de Salud de Veracruz, hospitales y clínicas del IMSS Veracruz; hospitales, clínicas y centros de Salud de SESVER en el estado; hospitales y clínicas del ISSSTE, SEDENA, SEDEMAR, PEMEX y hospitales particulares.

La respuesta se ha mantenido uniforme a lo largo de cinco años, con un promedio aproximado de 414 asuntos por año, incluidas las solicitudes de dictámenes.

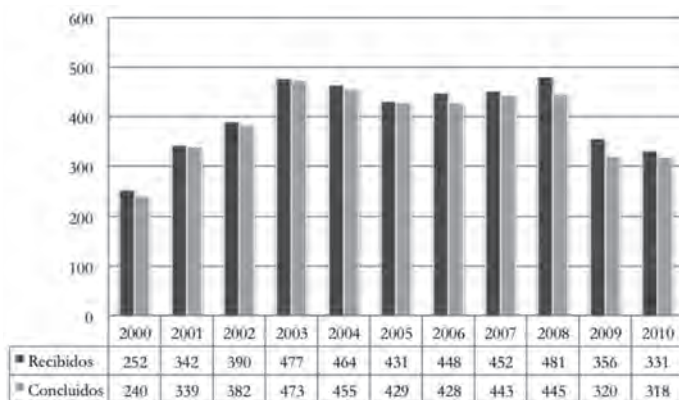
RESULTADOS ALCANZADOS

De las 1,223 quejas recibidas, 86% (1,046) fueron atendidas por la Comisión Estatal y 14% (177) pasaron a la Comisión Nacional por corresponder a instituciones federales, de conformidad con el Convenio de Colaboración CONAMED - CODAMED VER. - IMSS - ISSSTE.

La vía de tramitación llamada “gestión inmediata” se lleva a cabo en un plazo menor a 48 horas, lo que revela la gran participación de la CODAMED VER. en los casos que requieren la gestoría, lo que sin duda favorece una

solución satisfactoria para el usuario; con ello se contribuye a evitar un problema mayor, gracias a las bases de colaboración establecidas con algunas instituciones de salud.

GRÁFICA 1
ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE VERACRUZ,
2000-2010.



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

GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE VERACRUZ,
2000-2010.



N = 4,272.

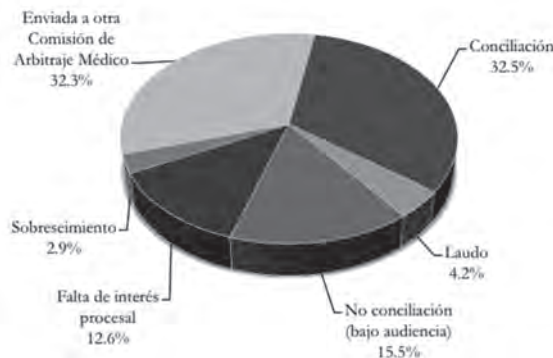
FUENTE: Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz.
SAQMED Estatal.

CUADRO 1
QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA RELACIONADA SEGÚN AÑO.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE VERACRUZ,
2000-2010.

Sector / Grupo / Institución	Total	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	548	78	52	65	63	57	31	32	34	45	45	46
Sector Público	109	-	-	-	-	-	-	-	-	35	35	39
Seguridad social	91	-	-	-	-	-	-	-	-	31	27	33
IMSS	81	-	-	-	-	-	-	-	-	27	24	30
ISSSTE	6	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	2
PEMEX	3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1
Otro	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Asistencia social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sin seguridad social	18	-	-	-	-	-	-	-	-	4	8	6
Servicios Estatales de Salud	18	-	-	-	-	-	-	-	-	4	8	6
Sector Privado	27	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10	7
Servicios privados	27	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10	7
Consultorios	27	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10	7
Asistencia privada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
No disponible	412	78	52	65	63	57	31	32	34	-	-	-

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

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONCLUSIÓN EN QUEJAS.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE VERACRUZ,
2000-2010.



N = 548.

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

IMPACTO SOCIAL

La CODAMED VER. es una instancia que conjuga el trabajo de profesionales de la Salud y del Derecho, a fin de ofrecer a la sociedad un espacio en el cual se puedan dirimir los conflictos inherentes a la práctica médica.

Por ser un método alternativo a la vía jurisdiccional, la Comisión ha permitido a los usuarios resolver sus controversias en tiempos más cortos y gratuitamente, lo que alivia el trabajo que aqueja a las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia.

Ya en el contexto de las controversias médico-paciente, en numerosas ocasiones ha quedado demostrado el beneficio real de la conciliación, lo que ha permitido dirimir percepciones equivocadas de los usuarios respecto a la atención médica provista. En aquellos casos en los que la conciliación no ha sido posible, el juicio arbitral ha permitido verificar la confianza de las partes involucradas al designar a esta Comisión como árbitro para acatar las resoluciones respectivas, con la ventaja de que este procedimiento se lleva a cabo en total confidencialidad; esto evita el daño moral que producen las acusaciones injustificadas a los profesionales de la salud, las cuales trascienden por los

medios informativos. Es así que la CODAMED VER. se convierte en un valioso aliado de aquel profesional de la Medicina que actúa con seriedad y apego ético en los servicios que proporciona, en casos donde la falta de comprensión del paciente o una expectativa irreal respecto de los resultados médicos, haya generado alguna inconformidad por los servicios prestados. También es una instancia que ha apoyado a los usuarios cuando se concluye que sus demandas son justas, tras un análisis basado en la capacidad y autonomía técnica de la Institución. En cualquiera de las dos circunstancias, se obtendrán siempre resultados equitativos, evitando procesos jurisdiccionales prolongados en los que prevalecen básicamente los aspectos jurídicos por sobre la comprensión del acto médico.

Paulatinamente, ha ganado su lugar en nuestra sociedad la percepción de que la Comisión es una instancia favorable y benéfica, cuyo fin no es la persecución punitiva de los prestadores de servicios de salud, sino fomentar una cultura que prevenga las controversias en esa materia.

Una muestra de que las actividades de la CODAMED VER. han repercutido a favor del quehacer médico, es el progresivo interés de los Colegios, Sociedades Médicas, así como de las instituciones educativas, en participar junto con la Comisión en el análisis de la causalidad y prevención de la inconformidad con los servicios de salud, hecho que alienta la expectativa de cumplir uno de los objetivos primordiales de la Comisión (mejorar la calidad de la atención médica, contribuyendo a garantizar el derecho Constitucional a la protección de la salud).

PERSPECTIVAS

Con base en el cumplimiento de sus atribuciones, hemos identificado algunas de las causas generadoras de las controversias médico-paciente, abriendo un marco para el análisis de éstas con los profesionales de la salud, con miras a inculcar una cultura preventiva al respecto. El análisis de las causas identificadas ha sido discutido en reuniones anuales con el personal de salud, lo cual ha permitido generar una conciencia en pro de la seguridad del paciente; lo que se ha traducido en la mejoría de algunos aspectos de la relación médico-paciente, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención médica de la población en general.

Los logros registrados a lo largo de nuestra historia nos obligan a efectuar el mayor de nuestros esfuerzos, y con ello dar cumplimiento a nuestra razón de ser. Para ello, en 2011 hemos implementado campañas permanentes de

difusión de las actividades de la Comisión para llegar a un mayor número de habitantes:

Análisis de accesibilidad y una estrategia de reubicación de nuestras instalaciones, que habrán de modernizarse y ser más cómodas al reubicarlas en los centros de mayor asistencia de usuarios y prestadores de los servicios médicos.

Se están emprendiendo las acciones necesarias para descentralizar de la zona conurbada nuestras oficinas, a partir de la apertura de dos Módulos ubicados estratégicamente en el norte y el sur de la entidad, mismos que servirán de apoyo a nuestras actividades y de mayor contacto con nuestros usuarios.

Nuestros objetivos se realizan año con año; y en la proyección de un estado próspero, hemos iniciado estas tareas que nos permitirán mayor contacto con quienes han sido atendidos por los servicios de salud.

Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Yucatán

Edgardo J. Martínez Menéndez

ANTECEDENTES

El 26 de mayo de 2000, el Secretario de Salud Federal, el Gobernador de Yucatán y el Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, atestiguaron la toma de protesta del Comisionado de Arbitraje Médico del Estado de Yucatán.

La Comisión inició sus trabajos con la asesoría de la CONAMED y la aplicación —en forma supletoria— de los Reglamentos para la Atención de Quejas y demás ordenamientos de la Comisión Nacional. Recibió su primer caso el 1 de junio de 2000.

El 14 de julio de 2003 fue publicado en el *Diario Oficial del Gobierno del Estado*, el Decreto de Creación de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Yucatán (CODAMEDY; órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud Estatal). El 4 de febrero de 2004 quedó integrado formalmente el H. Consejo de la CODAMEDY. El 21 de septiembre de 2004 se publicó en el *Diario Oficial* el Reglamento Interno, y el 9 de marzo de 2007, el Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas. El Honorable Consejo de la Comisión aprobó los *Manuales de Organización y de Perfil de Puestos* y el de *Políticas Operativas y Procesos*; se complementó así el marco jurídico de la CODAMEDY.

El organigrama quedó conformado por el H. Consejo, el Comisionado, dos médicos y un abogado, un enlace administrativo y personal de apoyo en informática y secretarial.

La Comisión, con su oferta de buena voluntad, imparcialidad, gratuidad, confidencialidad, crédito a la palabra y el esfuerzo para lograr conciliaciones, ofrece un matiz diferente a la sociedad; ésta es su utilidad real y es sinónimo de profesionalismo y honestidad.

La Carta Magna de los Estados Unidos Mexicanos consigna en el artículo 4º, párrafo tercero, que: “toda persona tiene derecho a la protección de

la salud”, por lo que el médico deberá observar la normativa que se derive de este precepto legal en la aplicación de su metodología científica, operativa y ética para regular la atención médica que proporcione. En todo acto médico, cabe siempre la posibilidad de incurrir en una acción de irresponsabilidad profesional, derivada de una falta de atención a un reglamento laboral, una infracción a un ordenamiento administrativo, o bien, por la inobservancia de la norma de carácter penal; en todos estos casos, las consecuencias jurídicas de la falta varían, por lo que se deberá analizar cuáles son los comportamientos del profesional de la salud en su ejercicio profesional, y en consecuencia, la probable derivación de alguna responsabilidad jurídica, civil o administrativa.

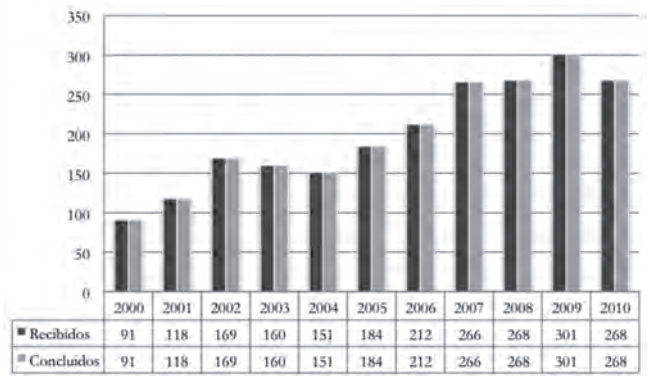
La queja en contra de las irregularidades en las prácticas médicas es ahora objeto de análisis e investigación, así como de propuestas y acciones preventivas que incluyen la detección de las inconsistencias del Sistema de Salud, la capacitación adecuada y las medidas necesarias en los eventos adversos. Están presentes las propuestas de soluciones a la queja, a partir de los llamados Medios Alternativos de Solución de Controversias, como los que brindan las Comisiones estatales.

En Yucatán, el Consejo de la CODAMEDY ha recomendado aplicar el trabajo de la Comisión a la conciliación y al proceso educativo asociado con el médico y el paciente. En el estado, los Colegios Profesionales Médicos proveen los peritos que son requeridos para el análisis de los casos.

Los pacientes que llegan a la Comisión provienen de instituciones públicas de salud, y en su mayoría (59%) están afiliados al Seguro Social. Los procesos que se llevan a cabo con el IMSS y el ISSSTE, son los de asesorías especializadas y gestiones inmediatas. Las quejas son debidamente documentadas de acuerdo con las Bases de Coordinación que celebraron la CONAMED y el ISSSTE para la atención de quejas médicas por la prestación del servicio, firmadas el 12 de noviembre de 1997, y las Bases de Coordinación entre la CONAMED y el IMSS, firmadas el 25 de febrero de 1998.

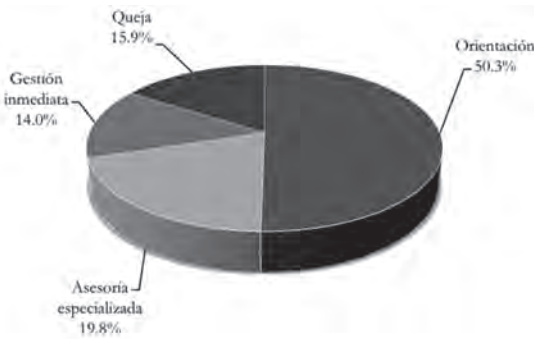
RESULTADOS ALCANZADOS

GRÁFICA 1
ASUNTOS RECIBIDOS Y CONCLUIDOS.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE YUCATÁN,
2000-2010.



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

GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN DE ASUNTOS CONCLUIDOS POR TIPO DE SERVICIO OFRECIDO.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE YUCATÁN,
2000-2010.



N = 2,188.
FUENTE: Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Yucatán.
SAQMED Estatal.

CUADRO 1
QUEJAS CONCLUIDAS POR INSTITUCIÓN MÉDICA RELACIONADA SEGÚN AÑO.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE YUCATÁN,
2000-2010.

Sector / Grupo / Institución	Total	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	348	29	47	9	20	20	24	36	29	42	49	43
Sector Público	211	21	35	3	7	6	15	12	15	25	33	39
Seguridad social	195	20	33	3	7	5	14	10	15	23	30	35
IMSS	159	16	31	3	5	5	11	7	12	19	22	28
ISSSTE	33	4	2	-	2	-	3	3	2	4	6	7
PEMEX	3	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-
Asistencia social	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Otro	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Sin seguridad social	15	1	2	-	-	1	1	2	-	2	3	3
Servicios Estatales de Salud	15	1	2	-	-	1	1	2	-	2	3	3
Sector Privado	137	8	12	6	13	14	9	24	14	17	16	4
Servicios privados	137	8	12	6	13	14	9	24	14	17	16	4
Consultorios	72	4	10	5	9	6	3	13	5	9	8	-
Hospitales	64	4	2	1	4	8	5	11	9	8	8	4
Laboratorios y gabinete	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Asistencia privada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MODALIDADES DE CONCLUSIÓN EN QUEJAS.
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE YUCATÁN,
2000-2010.



N = 348.

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

IMPACTO SOCIAL

La Comisión mantiene una coordinación efectiva con las universidades: El 6 de octubre de 2004 se suscribió el Convenio General de Colaboración entre la CODAMEDY y la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), con el que se establecen las bases y los lineamientos entre estas instituciones, con el fin de mejorar la atención de los prestadores de servicios de salud.

Se configuró un Comité Técnico con las Secretarías Académicas de las Facultades de Medicina, de Odontología y de Enfermería, que tiene la responsabilidad del Programa Anual Conjunto, en el que los estudiantes, pasantes y médicos en entrenamiento de posgrado tienen prioridad.

El 9 de diciembre de 2004 se firmó el Convenio General de Colaboración entre la CODAMEDY y la Universidad Anáhuac Mayab. En el Convenio se contemplan bases y lineamientos generales de colaboración entre las partes, con el propósito de mejorar la calidad en la atención médica, psicológica y odontológica. Los convenios facilitan la labor de difusión de la misión, el logro de los objetivos y estrategias de la CODAMEDY, al tiem-

po que sirven para disponer de los espacios de diálogo necesarios en los campus universitarios.

El 4 de febrero de 2004 se firmó el Convenio de Incorporación de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Yucatán al Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, como instancia de coordinación de acciones de las instituciones públicas que aplican el Modelo de Arbitraje Médico en México, a fin de promover acciones conjuntas que permitan mejorar la práctica de la Medicina y elevar la calidad de la atención que se brinda a la ciudadanía en los ámbitos federal y estatales.

Los Convenios han permitido, con la firma solidaria de la CONAMED, crear un proyecto anual de conferencias sobre temas específicos. Especialistas de la CONAMED y la CODAMEDY participan en estas conferencias que se imparten y van dirigidas en especial a maestros y en forma separada a los alumnos. Esto ha ayudado a sembrar importantes inquietudes, respecto a la inclusión formal en la currícula de las herramientas para la buena comunicación en el acto médico.

La CODAMEDY difunde su trabajo e intercambia conocimientos y experiencias con instituciones médicas y de enseñanza, realiza reuniones y visitas a grupos del sector salud (IMSS, ISSSTE, SSA), mesas de trabajo con secretarios académicos universitarios, Colegios y Sociedades de Médicos, de Odontología y de Enfermería; con asesores externos médicos y jurídicos; además, mantiene el diálogo con clínicas y hospitales privados. Esto permite que la Comisión participe en el trabajo que previene el conflicto médico; en esto incluye a la comunidad con mensajes que fomentan la correcta y buena relación médico-paciente.

Los Talleres de Homologación del Modelo de Arbitraje Médico, Simposia Nacionales e Internacionales de la CONAMED, y los trabajos del CMAM, han sido de particular relevancia para mantener el nivel de profesionalismo en la atención de las incidencias, la actualización y mejora de los procesos y la coordinación necesaria para la calidad de los servicios.

La CONAMED y la CODAMEDY imparten en Yucatán cursos y talleres dirigidos a profesionales médicos y jurídicos con temarios que incluyen: “La Comunicación Humana en la relación Médico-Paciente”, “Aspectos Jurídicos de la Práctica Médica”, “La Comunicación y Prevención de la Queja Médica”, “Dictamen y Peritaje Médico”, “Principios básicos de Medicina Legal aplicados al análisis del Acto Médico”, además de conferencias sobre “Mala Práctica Médica y sus responsabilidades jurídicas” y mesas de trabajo sobre “Medios alternos de procuración de justicia”.

La CODAMEDY mantiene relaciones cercanas con la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO)-Delegación Yucatán, y con la Procuraduría de la Defensa del Trabajo (PROFEDET) para establecer mecanismos de colaboración que permitan dar a conocer y optimizar la atención a los ciudadanos inconformes con los servicios médicos brindados en el estado.

En la Comisión, el marco de referencia jurídica se encuentra en continuo perfeccionamiento como producto del trabajo diario y de las recomendaciones que emite el CMAM, unidad nacional de acuerdos constituidos por las Comisiones estatales y la CONAMED.

PERSPECTIVAS

Los servicios que presta la CODAMEDY continúan en la línea de calidad que los distingue. Se promociona el buen quehacer médico apegado a los Códigos Éticos, Deontológicos y la *Lex artis ad hoc*.

La posibilidad de resolver un conflicto de manera rápida, sencilla, confidencial y gratuita, permanece con el apoyo y profesionalismo de quienes se desempeñan en la Comisión. Se propician las oportunidades para actualizar y promover los conocimientos y experiencias de los miembros de la Comisión, y se prosigue con el programa permanente de difusión de las actividades de la CODAMEDY. En la medida de lo posible, se amplía la oferta de servicio.

Se mantiene estrecha coordinación con la Comisión Nacional; se participa activamente en los trabajos y propuestas del CMAM, así como en la construcción del marco jurídico de referencia de las Comisiones y las correspondientes al Arbitraje Médico en México.

El Honorable Consejo de la Comisión continúa su labor de supervisión, ordenamiento y toma de decisiones sobre las políticas de atención; toma nota de los cambios que sean necesarios, y los pone en práctica. A la actividad del Consejo se suma la de los asesores médicos y jurídicos de la Comisión, y el apoyo de las autoridades locales y estatales, personal de las instituciones de salud públicas y privadas, así como de las universidades.

Reflexiones finales

ES PREVISIBLE QUE DESPUÉS de la lectura de esta obra, se despertarán algunas interrogantes. A manera de conclusión, a continuación compartimos algunas reflexiones, que seguramente no son exclusivas, ni limitativas, sino puntos que fueron identificados como coincidentes entre los participantes. En ellas se pretende reflejar las explicaciones de los protagonistas que interactuaron, de un modo u otro, en la aplicación del modelo de atención de inconformidades con los servicios médicos y en el proceso de atención de quejas médicas.

El panorama presentado en esta obra, sugiere que las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico contribuyen con la mejora de la calidad de la atención y la seguridad del paciente en las entidades federativas, toda vez que la atención de quejas médicas ofrece la oportunidad de identificar la problemática, y en consecuencia, permite dictar medidas preventivas y correctivas para disminuir a un mínimo aceptable, lo que sin duda beneficia a pacientes, personal de salud y a las propias instituciones de salud, sean éstas de carácter público, privado o social. Así mismo, permite reconocer algunas aristas en donde existen áreas de oportunidad, para instrumentar cambios que mejoren la actuación en esta materia, ya que existe la plena convicción de que el cambio es la única condición para promover la mejora continua y, por ende, el desarrollo.

Es importante mencionar, que si ello es posible hoy día para el arbitraje médico, se debe a que éste ha alcanzado un grado de madurez y consolidación que garantiza el establecimiento de discernimientos objetivos, fundamentados en su congruencia y capacidad, en sus puntos débiles y en sus bondades. La propuesta así diseñada está sustentada, ajustada y modificada e incorpora la experiencia y el saber de los médicos, así como aquellas otras profesiones afines, que interactúan en la conciliación y el arbitraje médico.

La experiencia adquirida en estos 15 años de desempeño profesional en las Comisiones de Arbitraje Médico, una de carácter nacional y 26 estatales, permite generar propuestas tanto conceptuales como operativas.

Si bien es cierto que en ese recorrido se ha logrado el Modelo de Arbitraje Médico, reconocido como único y tomado como ejemplo por países de este continente y aun de Europa (como en España), tiene el atributo adicional de estar homologado y aceptado por las diferentes Comisiones Estatales de Arbitraje Médico (CEAM's).

Con la finalidad de coordinar las acciones de las instituciones que hacen uso del modelo de arbitraje médico en el proceso de atención de inconformidades de la atención médica, surge el Consejo Mexicano de Arbitraje Médico (CMAM), cuerpo colegiado creado en 2002 mediante la celebración del Convenio de Coordinación de Acciones entre la CONAMED y las CEAM, al que se sumaron aquellas creadas posteriormente.

Con la modificación a ese convenio, el 28 de noviembre de 2008 se incorporan algunos cambios estructurales y operativos al CMAM, el cual es presidido por el Comisionado Nacional, que permiten que se estudien, con apertura crítica y propositiva, las diferencias o heterogeneidades de las Comisiones Estatales, con el fin de lograr, a pesar de los diferentes contextos estatales en que operan, una articulación que propicie la homologación de criterios y procesos de atención de las inconformidades con la atención médica.

De esas diferencias identificadas, pueden extraerse cuatro conclusiones prioritarias para la generación de propuestas encaminadas a homologar el modelo de atención:

1. La denominación o nombre de las CEAM;
2. La naturaleza jurídica;
3. Su estructura orgánica;
4. La disponibilidad de recursos.

Es un hecho que las Comisiones de arbitraje médico se desempeñan en el cumplimiento del artículo 4º Constitucional en materia del derecho a la protección de la salud.

Por otra parte, si consideramos que la Medicina no es una ciencia exacta, existe la probabilidad de que en la atención otorgada haya posibles beneficios, así como posibles riesgos inherentes al diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico, u otras circunstancias vinculadas con la relación entre médicos y usuarios que, en un momento dado, pueden dar lugar a quejas e inconformidades, que a su vez conducen a controversias derivadas del acto médico.

Al respecto, en el artículo 17 Constitucional se establece que las leyes preverán mecanismos alternativos de solución de controversias. Tal es el caso de la mediación, la conciliación y el arbitraje, observando en todo momento el principio jurídico de oralidad.

Es en ese contexto donde funcionan las Comisiones Nacional y Estatales de Arbitraje Médico.

Entre las atribuciones conferidas a la CONAMED en el artículo 4º, fracción XI, de su Decreto de Creación (publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 3 de junio de 1996), que establece que deberá: “[...] Asesorar a los gobiernos de las entidades federativas para la constitución de instituciones *análogas* a la Comisión Nacional [...]”; dicha atribución la ha desempeñado a cabalidad la CONAMED y el resultado está a la vista, pues casi todas las entidades federativas han creado un organismo equivalente para atender localmente las quejas médicas de la ciudadanía.

Sin embargo, por diferentes razones, los procesos de atención de cada una de ellas no son a la fecha totalmente equivalentes y la homologación del proceso de atención ha tenido —en la práctica— algunas limitaciones.

De ahí que la primera conclusión de este documento se refiere a la necesidad de homologar la denominación o nombre de las CEAM (véase cuadro 1).

Como se puede observar, la nomenclatura no es la misma, algunas son de Arbitraje Médico (20) y otras de Conciliación y Arbitraje Médico (6). Además, se identifican con el apelativo de la entidad, en tanto que otras refieren que son “Del estado de...”.

En el seno del CMAM, se ha considerado la conveniencia de unificar la denominación de las Comisiones estatales, en consonancia con la CONAMED, lo que, además de fortalecer la imagen, consolidaría el concepto de homologación, y la figura corporativa del arbitraje médico, los cuales son sustantivos para su funcionamiento.

Para ello, los titulares de las Comisiones estatales han asumido el compromiso de gestión ante el titular del Ejecutivo en sus entidades o, según el caso, de los legisladores del Congreso local.

La segunda conclusión se refiere a la naturaleza jurídica de las Comisiones de arbitraje médico: Mientras que la CONAMED fue creada por Decreto presidencial como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, las CEAM presentan la diversidad jurídica que se aprecia en el Cuadro 2.

La opinión pública cuestiona la aparente ambigüedad de ser juez y parte en la atención de quejas médicas, cuando éstas son atendidas por las propias unidades o instituciones donde se generan. Por otra parte, en el otro extremo se encuentran los organismos de carácter autónomo que atienden que-

CUADRO 1
NOMBRES DE LAS COMISIONES ESTATALES DE ARBITRAJE MÉDICO.

	<i>Estado</i>	<i>Nombre de la Comisión</i>	<i>Siglas</i>
1	Aguascalientes	Comisión Estatal de Arbitraje Médico para el Estado de Aguascalientes	COESAMED
2	Baja California	Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Baja California	CAME
3	Campeche	Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Campeche	CAMECAM
4	Chiapas	Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Chiapas	CECAM-Chiapas
5	Coahuila	Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico	COCCAM
6	Colima	Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico de Colima	COESCAMED
7	Guanajuato	Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Guanajuato	COESAMED
8	Guerrero	Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Guerrero	CEAM-GRO
9	México	Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México	*
10	Hidalgo	Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo	*
11	Jalisco	Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco	CAMEJAL
12	Michoacán	Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Michoacán	COESAMM
13	Morelos	Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Morelos	COESAMOR
14	Nayarit	Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico para el Estado de Nayarit	*

CUADRO 1 (*continuación*)

	<i>Estado</i>	<i>Nombre de la Comisión</i>	<i>Siglas</i>
15	Nuevo León	Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Nuevo León	COESAMED NL
16	Oaxaca	Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca	CEAMO
17	Puebla	Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Puebla	CESAMED
18	Querétaro	Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Querétaro	CAMEQ
19	San Luis Potosí	Comisión Estatal de Arbitraje Médico de San Luis Potosí	COESAMED SLP
20	Sinaloa	Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa	CAMES
21	Sonora	Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sonora	CAM Sonora
22	Tabasco	Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico de Tabasco	CECAMET
23	Tamaulipas	Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Tamaulipas	COESAMED
24	Tlaxcala	Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Tlaxcala	CEAM TLAX
25	Veracruz	Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz	CODAMED VER.
26	Yucatán	Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Yucatán	CODAMEDY

* No abrevian su nombre con siglas.

CUADRO 2
NATURALEZA JURÍDICA DE LAS CEAM.

	<i>Estado</i>	<i>Desconcentrado</i>	<i>Descentralizado</i>	<i>Autónomo</i>
1	Aguascalientes		X	
2	Baja California		X	
3	Campeche	X		
4	Chiapas		X	
5	Coahuila		X	
6	Colima	X		
7	Guanajuato		X	
8	Guerrero	X		
9	México		X	
10	Hidalgo	X		
11	Jalisco		X	
12	Michoacán		X	
13	Morelos		X	
14	Nayarit		X	
15	Nuevo León	X		
16	Oaxaca			X
17	Puebla	X		
18	Querétaro	X		
19	San Luis Potosí	X		
20	Sinaloa	X		
21	Sonora	X		
22	Tabasco		X	
23	Tamaulipas	X		
24	Tlaxcala	X		
25	Veracruz	X		
26	Yucatán	X		

jas, que se supone son neutrales o imparciales, pero que por su naturaleza jurídica, tienen que ser discutidos y aprobados por el Poder Legislativo dentro del Congreso Estatal.

Al respecto, se han cuestionado pros y contras de llevar el debate a los partidos políticos en las Fracciones Parlamentarias, lo que, de suyo y por definición, tiene que estar muy por encima del sesgo de conveniencias, compromisos o intereses políticos y sociales.

En consecuencia, se estima que la descentralización sería la mejor y más práctica figura jurídica de una Comisión de Arbitraje Médico. Al no depender de ninguna institución de salud ni involucrar su estructura y funcionamiento con otros órdenes de gobierno, en rigor, no especializados en la materia, se brinda y asegura la autonomía técnica indispensable en su estructura orgánica y funcionamiento.

La heterogeneidad se muestra en la existencia de Comisiones que nacieron como órganos desconcentrados de las Secretarías o Institutos de Salud estatales, y posteriormente se determinó su descentralización. Otra, fue creada como organismo público autónomo y luego, por ley, como órgano descentralizado.

El tema de la naturaleza jurídica de las Comisiones, se ha discutido en diferentes sesiones del CMAM. Como cuerpo colegiado, este tiene la capacidad de generar una propuesta y someterla a consideración de los ciudadanos gobernadores, para analizar su conveniencia, apoyando la capacidad de gestión y abogacía de los Comisionados y reconociendo el efecto y trascendencia de este recurso alternativo en la prevención y solución de controversias derivadas del acto médico y su contribución a la mejora de la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.

En lo relativo a la estructura orgánica, las diferencias son aún más evidentes. Si bien es cierto que el Modelo de Atención tiende a ser homologado, la heterogeneidad estructural de las Comisiones estatales es muy notoria.

En los Consejos Consultivos o Junta Directiva, autoridad máxima en las Comisiones, se advierten marcadas diferencias en su estructura, atribuciones y funcionamiento, que obligan al análisis imparcial, prudente y maduro.

Existen Consejos donde participan académicos, investigadores, Colegios de profesionales de la salud y del Derecho, así como representantes sociales de gran prestigio.

Otros, en cambio, están integrados por autoridades como el Gobernador que lo preside y titulares de las instituciones del sector salud como el Secretario del ramo, en cuyo caso funge como Secretario Técnico o bien, en otros casos inclusive es el propio Secretario de Salud Estatal quien, incluso, funge

como Presidente, hecho que plantea cuestionamientos y conflicto de intereses. Hay un caso en particular, donde el Consejo es la autoridad de la que dependen las áreas médica, jurídica y administrativa de la Comisión, lo que, a su vez, genera otras consideraciones que por sí mismas se explican.

Para evitar esa situación, sería recomendable proponer la implementación de un modelo de gestión por competencias que mejore el desarrollo gerencial de las CEAM, y promueva el desarrollo personal de quien se desempeña en el arbitraje médico.

Por otra parte, no todas las Comisiones estatales cuentan con Reglamento Interno, Manuales de Organización Específico y Procedimientos; lo que evidentemente limita su gestión y debilita su estructura orgánica. También hay que destacar que la Comisiones carecen del personal para desempeñar a cabalidad sus funciones; algunas cuentan con el mínimo necesario, y otras poseen poco menos de lo indispensable.

A pesar de ello, las actividades de la orientación, gestión inmediata y atención de inconformidades y quejas desempeñadas por las Comisiones Estatales, demuestran resultados muy favorables al concluir las a satisfacción de las partes involucradas, evitando litigios con los costos y el desgaste que en sí mismas conllevan y que, finalmente, ahondan las diferencias y el desprestigio personal, social e institucional de los proveedores de servicios de atención médica.

Es recomendable la debida valoración de estos esfuerzos y de sus logros, a fin de realizar las gestiones pertinentes para un mayor apoyo por los Gobiernos Estatales a las CEAM.

La última conclusión radica en la disponibilidad de recursos. Este punto, como los anteriores, es un renglón no menos sustantivo, toda vez que sin la suficiencia en recursos humanos, materiales y financieros, se dificulta y hasta se impide el óptimo desempeño en esta delicada responsabilidad.

El rubro de recursos, podría decirse, es el común denominador que destaca en la problemática detectada, ya que dificulta la operación y el funcionamiento de las Comisiones. Hay casos en los que la carencia es menos visible, pero hay otros en los que se carece casi de lo indispensable; sin embargo, la responsabilidad es la misma para todas.

Por si fuera poco, también hay casos contradictorios en cuanto a las fuentes de financiamiento. Por ejemplo, una Comisión desconcentrada, que depende de la Secretaría de Salud estatal, opera y funciona con recursos del Gobierno Estatal, en tanto que otra, descentralizada, lo hace con recursos federales que le transfiere de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado,

lo que (en sí mismo) se presta a confusiones de interpretación en su operación y gestión.

Estas conclusiones, aun cuando enunciativas, no pueden perder el valor de la crítica, de donde se desprenden algunas consideraciones de carácter general que identifican y caracterizan a las Comisiones Nacional y Estatales de Arbitraje Médico.

La CONAMED ha diseñado y logrado que el Modelo de Arbitraje Médico tenga reconocimiento internacional y que se le adjudique un papel de contribuyente protagónico en la compleja tarea de lograr la calidad de atención y la seguridad del paciente.

El modelo de atención, cuasi homologado en el ámbito nacional en las 26 Comisiones, tiene que avanzar en su estandarización para darle certidumbre y confianza a la sociedad que cree en la nobleza de este medio alternativo, el cual ha contribuido en la prevención y en la solución de las controversias derivadas del acto médico, la que de hecho se inicia con el conocimiento de las Cartas de los Derechos Generales de Pacientes, Médicos, Enfermería y Cirujanos Dentistas, elaborados por la CONAMED.

La sociedad mexicana, más y mejor informada, es también más puntual en sus exigencias. Y una de las más sensibles, sin duda, es el derecho a la protección de la salud, cuya tutela compete a la autoridad de la Secretaría de Salud y de las instituciones del sector. Como todo derecho, también impone obligaciones y, hasta ahora, la visión se ha enfocado unilateralmente a la responsabilidad del médico y acaso a la de los demás integrantes del equipo de salud, dejando de lado la que le corresponde al propio paciente como demandante y beneficiario.

En tal contexto y siendo la Medicina una ciencia no exacta, resulta lógico y natural que junto con los posibles beneficios también exista la posibilidad de riesgos indeseables, unos inherentes al tratamiento médico o quirúrgico y otros derivados del actuar humano que, como tal, no se exime de la responsabilidad propia o compartida del médico, como desde 2000 y 2001 lo publicó el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, al afirmar que el error es connatural al ser humano (en libros como *To err is human* y *Crossing the quality chasm*).

Bajo esa óptica, también es potencialmente probable el error médico y los eventos adversos en general, lo que, de suyo, generan inconformidad o conflicto. Sin embargo, hasta ahora, el problema se ha dirigido a las personas, particularmente a los médicos y eventualmente a los demás integrantes del equipo de salud.

Es necesario aceptar el hecho de que las quejas médicas no son una responsabilidad individual del médico y ni siquiera del denominado “equipo de salud”, para reconocer que son una responsabilidad del sistema de aten-

ción y por lo tanto, involucran a toda la organización de salud y por supuesto, a los gerentes a cargo de ella.

Es necesario cambiar al enfoque sistémico basado en el concepto de que, aunque las personas cometan errores, las características de los sistemas en los que trabajan pueden hacer esos errores más probables y también más difíciles de detectar y corregir. Además, aceptando que los individuos deben ser responsables de la calidad de su trabajo, la estrategia del enfoque centrado en el sistema de atención, ayudará a disminuir el número de quejas en comparación con el enfoque centrado sólo en los individuos.

Se trata de sustituir la búsqueda de culpables por los errores de la atención y las quejas médicas, a fin de propiciar un ambiente de aprendizaje a partir de los errores cometidos.

En este orden de ideas, destaca que en México, desde 1996, al crearse la CONAMED, se sentaron las bases primigenias de lo que ahora es el nuevo enfoque.

Nació así, creció y se ha desarrollado el Modelo de Arbitraje Médico que a lo largo de estos primeros 15 años ha demostrado su relevancia por la repercusión y trascendencia que en el derecho a la protección de la salud tienen la CONAMED y, conjuntamente, las 26 Comisiones estatales que actualmente funcionan en el país.

Ello es evidente en la contribución a la mejora de la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes. Sin embargo, la respuesta y el apoyo oficial no han sido igualmente recíprocos, lo que compromete su estructura y funcionamiento.

Las autoridades correspondientes habrán de valorar que la buena Medicina, la llamada *Medicina asertiva o buena praxis médica*, evita recurrir a la Medicina defensiva, que tanto daña el bolsillo de los pacientes, la imagen de profesionales y las finanzas de las mismas instituciones de salud por los grandes costos intangibles a que esta práctica da lugar.

Tal es el valor de la queja médica y su atención que, en la buena fe, arregla diferencias en la mediación, la conciliación o el arbitraje, antes que litigar en tribunales y juzgados.

Ello obliga, muchas veces, a desaprender lo aprendido, a actualizar conocimientos y, sobre todo, a cambiar actitudes, en lo que están igualmente comprometidos pacientes, médicos y personal de salud y, desde luego, directivos y autoridades en las instituciones de salud públicas, privadas y sociales. Y más allá, también otras profesiones y otras instancias vinculadas, en un momento dado, con esta problemática.

Es importante, así mismo, llevar el conocimiento de la responsabilidad profesional a los recursos humanos en formación en el pregrado y en la especialización, tanto como a los propios profesionales en la atención médica pública y privada. Aquí desempeña un papel de la mayor importancia, la comunicación más que la mera información que, desde luego, también tiene su propia repercusión, por lo que las Comisiones estatales deben integrarse a los Consejos Estatales de Salud y establecer sólidos nexos con las Instituciones formadoras de recursos humanos para la salud en sus entidades federativas.

Es prioritario retomar el caso para que el Arbitraje Médico, llevado a la categoría de Política Pública en calidad de vida, reciba los apoyos indispensables en recursos humanos, materiales y económicos.

Estamos seguros de que si se realiza la gestión necesaria, las autoridades nacionales y estatales ofrecerán su mejor disposición y voluntad política para que este asunto, incluso tratado en la Conferencia Nacional de Gobernadores (CONAGO), se aprecie en toda su dimensión.

Por lo pronto, las Comisiones Nacional y Estatales de Arbitraje Médico, desde nuestros propios ámbitos de acción, seguiremos compartiendo esta responsabilidad común que, desde el CMAM, se seguirá analizando para llevar a la práctica estos compromisos, a fin de servir mejor y contribuir así al mejoramiento de la calidad de la atención y la seguridad del paciente, en el contexto de la *lex artis medica ad hoc*, el Derecho, la ética y la bioética; con vocación profesional, convicción social y también con nuestra propia voluntad política.

El empeño de estos 15 años de las Comisiones no ha sido suficiente; deben mostrarse no sólo sus logros, sino sus grandes retos; empeño que debe continuarse, y bien, puede ser que éste sea el escenario que ayude a disminuir esas brechas existenciales.

A partir de esta información y la implementación de un mecanismo de observación continua, análisis y seguimiento, al mismo tiempo que de difusión e intercambio de experiencias, deberán concretarse acciones dirigidas a la unificación de criterios para mejorar la gestión pública y el bienestar que produce.

Francisco Hernández Torres
M. Alicia Alcántara Balderas
Javier Santacruz Varela
José F. Rivas Guzmán

México, D. F., mayo de 2011

A decorative graphic consisting of a horizontal dotted line extending from the left edge of the page, followed by a vertical dotted line that ends in a solid grey dot.

Apéndice

Apéndice I

115 términos sobre Arbitraje Médico

Francisco Hernández Torres

Ricardo Martínez Molina

Enrique Camarena Robles

Francisco Javier Rodríguez Suárez

Archivo

Conjunto orgánico de documentos en cualquier soporte, que son producidos o recibidos en el ejercicio de sus atribuciones por las dependencias y entidades [14].

Abandono

Ausencia de los servicios o recursos mínimos para satisfacer las necesidades básicas. El abandono [...] también puede incluir el hecho de situar a las personas en condiciones inseguras o sin supervisión [2].

Accesibilidad

Condición básica para que la población pueda utilizar con mayor facilidad los servicios médicos; puede ser obstaculizada por barreras geográficas, climáticas, territoriales, legales o financieras. Facilidad para obtener un bien o servicio [4].

Acreditar la relación médico-paciente

Acto mediante el cual el usuario de los servicios médicos presenta documentos relacionados con el acto médico (notas médicas, notas de ingreso/egreso, recetas médicas, recibos de honorarios, entre otros), del cual solicita se inicie su inconformidad, cuando las peticiones son susceptibles de conciliar con base en las atribuciones conferidas a las Comisiones de Arbitraje Médico[15].

Acta circunstanciada

Certificación, testimonio, asiento o constancia oficial de un hecho o conjunto de ellos, a efecto de consignar un hecho material, o un hecho jurídico con fines civiles, penales o administrativos [23].

Acto jurídico

Expresión de la voluntad humana con capacidad de producir efectos jurídicos, para crear, modificar, transmitir o extinguir derechos u obligaciones [5].

Acuerdo

Resolución adoptada por un Tribunal u órgano administrativo. Punto de coincidencia en relación con un conflicto de intereses de carácter privado o público [23].

Acumulación de autos

Reunir varios autos o expedientes para sujetarlos a una tramitación común y fallarlos en una sola sentencia [6].

Admisión de queja

Procedimiento mediante el cual, una vez reunidos los requisitos establecidos, se ingresa la inconformidad del usuario y/o su representante o promotor, donde se plantea un conflicto de índole médica que puede ser susceptible de solucionarse mediante el proceso arbitral [3].

Administración Pública Federal

Conjunto de órganos que auxilian al Ejecutivo Federal en la realización de la función administrativa; se compone de la administración centralizada y paraestatal que consigna la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal [5].

Adscripción

Unidad médica en donde debe recibir atención el paciente por razones de domicilio. Ubicación de una persona (médico, enfermera u otros) o departamento (consulta externa, transportes, entre otros) dentro de una estructura [4].

Alta prematura

Conjunto de actividades y decisiones con falta de apego a la *lex artis ad hoc* por personal de salud responsable de atender un paciente, que deciden equívocamente, terminar con la prestación del servicio médico y que puede poner en peligro la función, un órgano o su vida.

Alta voluntaria

Terminación de la prestación del servicio médico a petición del usuario o persona responsable de él, sin haber concluido el tratamiento, bajo su propio riesgo [3].

Ámbito de competencia

Ejercicio de autoridad jurisdiccional que un órgano practica dentro de un marco de acción, mismo que determina sus límites y alcances. Generalmente se refiere al área de responsabilidades o atribuciones que la Ley le atribuye a un órgano administrativo [5].

Amigable componedor

El árbitro elegido por las partes que debe decidir el litigio según los dictados de su conciencia, y no de acuerdo con las normas legales [6].

Análisis de riesgo

Cálculo de la probabilidad de que los rendimientos reales futuros estén por abajo de los rendimientos esperados. La probabilidad se mide por la desviación estándar o por el coeficiente de variación de los rendimientos esperados [5].

Arbitraje en conciencia

Procedimiento para el arreglo de una controversia, entre un usuario y un prestador de servicios médicos, en el cual la CONAMED o Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, resuelve la controversia en un ámbito de equidad, con sólo ponderar el cumplimiento de los principios científicos y éticos de la práctica médica [1].

Arbitraje en estricto derecho

Procedimiento para el arreglo de una controversia, entre un usuario y un prestador de servicio médico, en el cual la CONAMED o Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, resuelve la controversia según las reglas del Derecho, atendiendo a los puntos debidamente probados por las partes [1].

Árbitro

Persona que, por designación de los interesados en un caso dado, ejerce la función jurisdiccional, como juez accidental, resolviéndolo de acuerdo con el derecho o en conciencia [16, 16a].

Archivo de concentración

Es el sitio donde se deberá recopilar la información en forma organizada y guardar, conservar y custodiar la documentación enviada por las diferentes unidades de una organización [5].

Archivo de trámite

Unidad archivística responsable de procesos y técnicas destinadas a los archivos que se encuentran en etapa activa en las oficinas donde los archivos son de uso constante. Conserva archivos en forma temporal y luego los transfiere a un archivo de concentración [8].

Asesoría especializada

Orientación médico-legal que se brinda al usuario, al prestador del servicio médico o a sus representantes [15].

Atención médica

Conjunto de servicios que se proporcionan al usuario para proteger, promover y restaurar su salud [18].

Atribución

Cada una de las funciones, actividades o tareas que se asignan a una unidad administrativa, mediante un instrumento jurídico o administrativo [4].

Audiencia conciliatoria

Diligencia en la cual se hacen del conocimiento de las partes las formalidades de la etapa del proceso arbitral en el que se encuentran y su finalidad, el motivo de queja, las pretensiones y el informe médico; se señalan los elementos comunes y los puntos de controversia, y se invita a las partes a que lleguen a un arreglo [1].

Audiencia informativa

Audiencia a la que convoca el conciliador con la finalidad de recabar información que pueda ser útil para el proceso arbitral [1].

Auditor

Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría [9].

Auditoría

Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencia de la auditoría y evaluarla de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen las políticas, procedimientos o requisitos [9].

Autocomposición

Solución del conflicto por la presencia de las dos partes, ofendido y ofensor. Desde el punto de vista del Derecho Civil, tiene tres formas de resolución de conflictos:

Desistimiento: el ofendido retira sus pretensiones de castigo de su ofensor.

Allanamiento: Acto procesal que consiste en permitir o aceptar alguien cierta situación o ciertas condiciones, aunque no esté conforme con ellas o tenga derecho a otras mejores.

Transacción: Consiste en ceder ambas partes en sus pretensiones [6].

Calidad de la atención médica

Capacidad de la ciencia y la tecnología para conseguir mejoras de salud cuando son usadas bajo las circunstancias más favorables [20].

Consentimiento informado (carta de consentimiento informado)

Acto de decisión libre y voluntaria realizado por una persona competente, por el cual acepta las acciones diagnósticas o terapéuticas sugeridas por sus médicos, fundado en la comprensión de la información revelada respecto de los riesgos y beneficios que le puedan ocasionar [22].

Documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos o rehabilitatorios [21].

Causa de muerte

Condición mórbida o proceso de enfermedad, anormalidad, traumatismo o envenenamiento, que lleva directa o indirectamente a la pérdida de la vida [10].

Cédula profesional

Documento expedido por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, que avala la legalidad del ejercicio profesional [15].

Cláusula compromisoria

La establecida en cualquier contrato de prestación de servicios profesionales o de hospitalización, a través de la cual las partes designen a la CONAMED o Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, para resolver las diferencias que puedan surgir con ocasión de dichos contratos, mediante la conciliación o el arbitraje [1].

Comparecencia

- Actuar como parte de un juicio o procedimiento, formulando peticiones;
- El acto de presentarse físicamente una persona ante el juez o tribunal para llevar a cabo un acto procesal, bien sea espontáneamente o forzado ante el llamado de un juez [6].

Complicaciones

Evento que sobreviene durante la prestación de la atención médica, ya sea por la historia natural de la enfermedad, por riesgo inherente o por iatropatogenia [15].

Compromiso arbitral

Acuerdo otorgado por partes capaces y en pleno ejercicio de sus derechos civiles o de hospitalización, o de manera especial en cualquier otro instrumento a través de la cual las partes designen a la CONAMED o Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, para resolver las diferencias que puedan surgir con motivo de la atención médica, mediante el proceso arbitral [1].

Consejo consultivo delegacional / regional

Son órganos de gobierno de las delegaciones y tendrán las atribuciones que les confiere este Reglamento Interno del IMSS, los demás ordenamientos aplicables, así como los acuerdos emitidos por los Órganos Superiores del Instituto; estarán integrados por:

- I. El Delegado del Instituto, quien fungirá como Presidente;
- II. Un representante del Gobierno del estado sede de la Delegación, a invitación del Instituto, con su respectivo suplente;

- III. Dos representantes del sector obrero, con sus respectivos suplentes;
- VI. Dos representantes del sector patronal, con sus respectivos suplentes, y
- V. Un Secretario.

En casos excepcionales, el Consejo Técnico podrá ampliar la representación de los sectores hasta a cuatro miembros, cuando así lo considere conveniente [26].

Correspondencia

Proceso por el que se vinculan entre sí términos de distintas terminologías para poder llevar a cabo comparaciones y análisis [2].

Cuadro básico de insumos para la salud

Instrumento elaborado por el Consejo de Salubridad General, en el cual se definen los mínimos indispensables en la prestación de servicios de salud, por niveles de atención médica [3].

Cultura de la seguridad

La cultura de la seguridad de una organización es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización y el estilo y la competencia de dicha gestión [2].

Decreto

Por el que se crea la CONAMED, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 3 de junio de 1996 [1].

Derechohabiente

Los asegurados, pensionistas y beneficiarios legales de ambos, así como los familiares adicionales señalados en la legislación de la institución pública de seguridad social que presta los servicios [3].

Desistimiento/de la acción/de la instancia/

Apartarse del ejercicio de un derecho o facultad procesales ya iniciados. El desistimiento puede referirse a la acción, a la instancia, a un recurso, a una prueba, a un incidente y así sucesivamente. Acto procesal por medio del cual el actor renuncia a la acción que ha ejercitado en el juicio. Como la palabra acción en este caso está tomada en el sentido del derecho subjetivo que el

actor pretende tener contra el demandado, es evidente que el desistimiento de la acción equivale a la renuncia de ese derecho.

Aunque por regla general el actor no puede desistirse de la demanda sin el consentimiento del demandado, los especialistas sostienen que esa regla tiene dos excepciones:

- i. Cuando el demandado no se ha apersonado en el juicio;
- ii. Cuando carece de interés en oponerse al desistimiento porque no le concierne perjuicio alguno [6].

Dictamen médico institucional

Informe pericial de la CONAMED o Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, precisando sus conclusiones respecto de alguna cuestión médica sometida a su análisis, dentro del ámbito de sus atribuciones. Tiene carácter institucional, no emitido por simple perito o persona física, y no entraña la resolución de controversia alguna; se trata de mera apreciación técnica del acto médico, al leal saber y entender de la CONAMED o Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, atendiendo a las evidencias presentadas por la autoridad peticionaria [1].

Diferimiento de la audiencia

Interrupción de la diligencia conciliatoria, sea a instancia de ambas partes o a petición de los conciliadores, para la reanudación de la misma dentro de los 15 días hábiles siguientes [1].

Discapacidad laboral

Situación en la que un trabajador no puede realizar las funciones necesarias para desempeñar un trabajo de forma satisfactoria, a causa de una enfermedad profesional o un accidente laboral [2].

Dispensa de trámite

Compromiso que establece el prestador de servicio para atender al paciente en una unidad médica que no le corresponde administrativamente [3].

Documentación

Credenciales o conjunto de documentos, preferentemente de carácter oficial, que sirven para la identificación personal o para acreditar algo [11].

Efecto secundario

Efecto conocido, distinto del deseado primordialmente, relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento [2].

Egreso del paciente

Salida del paciente internado del hospital. Puede ser por curación (cuando el paciente ha terminado su tratamiento), por mejoría (cuando el paciente puede continuar su tratamiento fuera del hospital), voluntario (cuando a petición del paciente o de sus familiares responsables se le da trámite formal a su egreso del hospital), por fuga (salida del paciente sin autorización formal), por defunción (cuando el paciente ha fallecido en el hospital), por traslado (cuando el paciente es transferido a otro hospital), y por pase (cuando el paciente es transferido de un servicio de internación a otro dentro del mismo hospital) [4].

Enfoque sistémico

Se basa en el concepto de que aunque las personas cometen errores, las características de los sistemas en los que trabajan pueden hacer esos errores más probables y también más difíciles de detectar y corregir. Además, adopta la posición de que si bien los individuos deben ser responsables de la calidad de su trabajo, centrándose en los sistemas se eliminarán más errores que centrándose en los individuos. Sustituye la culpabilización por la investigación y se centra en las circunstancias más que en el carácter [2].

Error

El hecho de no llevar a cabo una acción prevista según lo que se pretendía, o de aplicar un plan incorrecto [2].

Evento adverso

Enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento del alta médica, o a ambas cosas [2].

Expediente / Expediente clínico

Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, según las disposiciones sanitarias [20].

Gestión inmediata

Forma rápida de solución de inconformidades referidas a demora, negativa de servicios médicos, o cualquier otra que pueda ser resuelta por esta vía; aceptada por las partes, mediante la intervención de los organismos o autoridades competentes [3].

Heterocompositivo

Solución al litigio, dada por un tercero imparcial, un juez privado o varios, generalmente designado por las partes contendientes, siguiendo un procedimiento que aunque regulado por una Ley adjetiva, tiene un ritual menos severo que el procedimiento del proceso judicial [28].

Imparcialidad

Principio ético que conduce al servidor público a actuar sin conceder preferencias o privilegios indebidos a organización o persona alguna.

Su compromiso es tomar decisiones y ejercer sus funciones de manera objetiva, sin prejuicios personales y sin permitir la influencia indebida de otras personas o instituciones [12].

Improcedencia

Imposibilidad para iniciar o continuar el proceso arbitral, cuando la queja no constituye materia del mismo, en términos del Reglamento. Respuesta negativa a una pretensión por no cumplirse las disposiciones aplicables [1, 7].

Incapacidad

Disminución o pérdida temporal o definitiva de facultades para desarrollar las actividades habituales [3].

Inconformidades

Término que denota no estar de acuerdo con algo. En la CONAMED o Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, se refiere a agrupar las quejas atendidas mediante una gestión inmediata, y las quejas que ingresan y son atendidas mediante proceso arbitral [3].

Indemnización

Cantidad de dinero o cosa que se entrega a alguien por concepto de daños o perjuicios que se le han ocasionado en su persona o en sus bienes [16, 16a].

Invalidez

Limitación en la capacidad de una persona, para realizar por sí misma, actividades necesarias en su desempeño físico, mental, social y ocupacional, como consecuencia de una insuficiencia somática, psicológica o social [7].

Irregularidad en la prestación de servicios médicos

Todo acto u omisión en la atención médica que contravenga las disposiciones que la regulan, por negligencia, impericia o dolo, incluidos los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica [1].

Justicia

Principio ético que manda al servidor público conducirse invariablemente con apego a las normas jurídicas inherentes a la función que desempeña.

Respetar el Estado de Derecho es una responsabilidad que, más que nadie, debe asumir y cumplir el servidor público. Para ello, es su obligación conocer, cumplir y hacer cumplir las disposiciones jurídicas que regulen el ejercicio de sus funciones [12].

Laudo

Resolución arbitral definitiva emitida por la CONAMED o Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, la cual deberá fundar y motivar el criterio arbitral, atendiendo a los puntos debidamente probados por las partes en juicio, conforme al cumplimiento de los principios científicos y éticos de la prestación de servicios médicos [1].

Lesión

Daño producido a los tejidos por un agente o un evento [2].

Mala praxis médica

Conducta negligente o incompetencia injustificada en el desempeño de una tarea médica por parte del médico tratante o de una parte (por ejemplo, un establecimiento de atención sanitaria) en la que se desarrolla esa acción o tarea; la mayoría de los casos de mala praxis médica son competencia de la jurisdicción civil (es decir, una demanda interpuesta por una persona contra otra), no de la jurisdicción penal (es decir, una demanda interpuesta por el Estado o un Gobierno contra una o varias personas infractoras); la mala praxis médica se basa en la teoría de la negligencia, que es una conducta que no alcanza el nivel de calidad asistencial reconocido por la Ley para proteger a otros frente al riesgo excesivo de daño, es decir, un desvío respecto a la norma

asistencial aceptada que deriva en daños a otras personas; para que la parte demandante gane una demanda por negligencia, deben alegarse y probarse ante el tribunal cuatro elementos: la obligación, su incumplimiento, los daños y la relación causal [2].

Médico

Persona legalmente autorizada para profesar y ejercer la Medicina [11].

Misión

Enunciado corto que describe el propósito fundamental y la razón de existir de una dependencia, entidad o unidad administrativa; define el beneficio que pretende dar y las fronteras de responsabilidad, así como su campo de especialización [5].

Motivo de queja

Apreciación del usuario que origina su insatisfacción con la prestación de los servicios médicos [7].

Negativa en la prestación de servicios médicos

Todo acto u omisión por el cual se rehúsa injustificadamente la prestación de servicios médicos obligatorios [1].

Negligencia médica

Es el acto en que puede incurrir un médico, técnico de salud o auxiliar, que labore en la Administración Pública o ejerza libremente cualquier actividad relacionada con la práctica médica, que cometan un descuido u omisión, cuando con pleno conocimiento de su responsabilidad, actúen con imprudencia, ya sea culposa o en forma dolosa, ocasionando daños, lesiones, o provocando la muerte de un paciente [24].

NOM (Norma Oficial Mexicana)

La regulación técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes, conforme a las finalidades establecidas en el artículo 40, que establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado, y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación [24].

Notas de egreso

Resumen de la estancia hospitalaria del paciente. Contiene, como mínimo, la fecha de ingreso/egreso, motivo de egreso, diagnósticos finales, resumen de la evolución y estado actual, manejo durante la estancia hospitalaria, problemas clínicos pendientes, plan de manejo y tratamiento, recomendaciones para vigilancia ambulatoria, atención de factores de riesgo y pronóstico [3].

Notificación

Acto mediante el cual, con las formalidades legales preestablecidas, se hace saber una resolución judicial o administrativa a la persona a la que se reconoce como interesada en su conocimiento o se le requiere para que cumpla un acto procesal [16, 16a].

Opinión técnica

Análisis emitido mediante el cual establecerá apreciaciones y recomendaciones necesarias para el mejoramiento de la calidad en la atención médica, especialmente en asuntos de interés general. Las opiniones técnicas podrán estar dirigidas a las autoridades, corporaciones médicas o prestadores del servicio médico, y no serán emitidas a petición de parte, ni para resolver cuestiones litigiosas [1].

Orientación

Medios informativos para guiar las actividades del usuario [7].

Partes

Quienes hayan decidido someter su controversia, mediante la suscripción de una cláusula compromisoria o compromiso arbitral, al conocimiento de la CONAMED o Comisiones Estatales de Arbitraje Médico [1].

Peritaje

Examen o análisis de personas, hechos u objetos, realizados por una persona capacitada en alguna materia científica, técnica, arte u oficio, con el propósito de ilustrar al Juez que conduzca el caso, sobre cuestiones que por su naturaleza requieran de conocimientos especializados, que sean del dominio cultural de tales expertos, cuya opinión resulte necesaria para pronunciar una resolución; por ello, para ser perito en cualquier ciencia, técnica, arte u oficio, la Ley exige de quienes la practican, conocimientos especiales, cuyo dominio cultural viene a convertir su ejercicio en una actividad altamente calificada.

Petición

Solicitud expresa del quejoso donde manifiesta las pretensiones que reclama al prestador o institución, con motivo de su insatisfacción [7].

Plazo de conservación

Consiste en la combinación de la vigencia documental, el término precautorio, el periodo de reserva, en su caso y los periodos adicionales establecidos en un reglamento o ley.

Política de calidad

Intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad, tal como son expresadas formalmente por la alta dirección [13].

Preclusión

Toda persona que requiera y obtenga servicios de salud de atención médica de los sectores público, social, y privado.

Prescripción

Es un medio de librarse de obligaciones según el texto del artículo 1135 del Código Civil que regula conjuntamente la prescripción negativa y la adquisitiva, que es una forma de adquirir derechos reales. “Prescripción es un medio de adquirir bienes o de liberarse de obligaciones, mediante el transcurso de cierto tiempo y bajo las condiciones establecidas por la ley”. (La liberación de obligaciones por no exigirse su cumplimiento, se llama prescripción negativa.)

Se puede definir como una constitución de orden público que extingue la facultad de un acreedor que se ha abstenido de reclamar su derecho durante determinado plazo legal, a ejercer coacción legítima contra un deudor que se opone al cobro extemporáneo o exige la declaratoria de prescripción.

Prestador del servicio médico

Instituciones de salud de carácter público, social o privado, así como los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, sea que ejerzan su actividad en dichas instituciones, o de manera independiente [1].

Principios científicos de la práctica médica (*lex artis médica*)

Conjunto de reglas para el ejercicio médico contenidas en la literatura universalmente aceptada, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo [1].

Principios éticos de la práctica médica

Conjunto de reglas bioéticas y deontológicas universalmente aceptadas para la atención médica [1].

Procedimiento

Sucesión cronológica de operaciones concatenadas entre sí, que se constituyen en una unidad de función para la realización de una actividad o tarea específica dentro de un ámbito predeterminado de aplicación. Todo procedimiento involucra actividades y tareas del personal, determinación de tiempos, de métodos de trabajo y de control para lograr el cabal, oportuno y eficiente desarrollo de las operaciones [5].

Proceso arbitral

Conjunto de actos procesales y procedimientos que se inicia con la presentación y admisión de una queja, y termina por alguna de las causas establecidas en el *Reglamento de Procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial* de la CONAMED o Comisiones Estatales de Arbitraje Médico; comprende las etapas conciliatoria y decisoria y se tramitará de acuerdo a la voluntad de las partes, en estricto derecho o en conciencia [1].

Pronunciamiento institucional

Manifestaciones hechas por la CONAMED o Comisiones Estatales de Arbitraje Médico a las partes, con el fin de promover el arreglo de una controversia sin pronunciarse sobre el fondo del asunto [1].

Queja

Petición a partir de la cual una persona física, por su propio interés o en defensa del derecho de un tercero, solicita la intervención de la CONAMED o las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico en razón de impugnar la negativa de servicios médicos, o la irregularidad en su prestación [1].

Suele llamársele “queja médica” o “controversia médica”.

Reacción adversa imprevista a un medicamento

Toda reacción adversa a un medicamento cuya especificidad o gravedad no concuerde con el manual del investigador vigente; o en caso de que no se necesite o no se disponga de un manual del investigador, cuya especificidad o gravedad no concuerde con la información sobre riesgos descrita en el plan general de investigación u otro lugar de la presente solicitud, según su última versión vigente [2].

Ratificar

Manifestación de la voluntad mediante la cual se aprueba un acto jurídico celebrado en otro momento o se confirma una declaración formulada con anterioridad [17].

Reembolso de gastos

Volver una cantidad erogada en atención médico-quirúrgico-rehabilitatoria o medicamentosa, a manos de quien la había desembolsado.

Referencia y contrarreferencia

Procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción y regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad [3].

Responsabilidad

La responsabilidad jurídica se basa en la no satisfacción de un criterio establecido por el Derecho, con independencia de si se pudo haber actuado también de otro modo [16, 16a].

Responsiva médica

Documento expedido por un médico legalmente autorizado en el que asume la atención médica de un paciente, previa solicitud de él, sus familiares o sus representantes [3].

Resumen médico (clínico)

Documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico.

Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete [21].

Revaloración médica

Nuevo estudio integral del paciente a petición del mismo, su representante legal, de una institución o de un tercero imparcial, para modificar o confirmar la valoración inicial por complicaciones, evolución insatisfactoria o presencia de padecimientos concomitantes [3].

Riesgo quirúrgico

Probabilidad de un resultado adverso y de muerte asociados a la cirugía y la anestesia. Las decisiones de llevar adelante una intervención quirúrgica se basan en razones de riesgo y beneficio conceptualizadas, que sólo pueden ser exactas cuando se aplican a grupos de pacientes comparables sometidos a procedimientos similares. Los riesgos pueden clasificarse como relacionados con el paciente, con el procedimiento, con el proveedor o con el anestésico. El estado general del paciente puede evaluarse y puntuarse mediante la Escala de Estado Físico de la *American Society of Anesthesiologists* (ASA-PSS), que se correlaciona con el resultado quirúrgico, aunque no se elaboró originalmente como predictor del riesgo [2].

Sanción

Consecuencia legal, derivada del incumplimiento de una ley, reglamento o procedimiento técnico o legal establecido, que tiene por objeto disciplinar al responsable y prevenir su eventual repetición [3].

SAQMED

Sistema informático diseñado para el registro de los asuntos ventilados por los usuarios en la CONAMED. Sistema de Atención de Quejas Médicas.

Secuelas

Limitación orgánica y/o funcional, temporal o permanente, originada por un procedimiento diagnóstico o terapéutico o por la historia natural de la enfermedad [3].

Seguridad del paciente

Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable [2].

Síntoma

Cualquier fenómeno morboso o desviación de lo normal en cuanto a función, aspecto o sensación, experimentado por el paciente e indicativo de enfermedad.

Sobreseer/Sobreseimiento

Cuando el proceso penal se desarrolla en forma completa, concluye con una sentencia definitiva que condena o absuelve al imputado. Pero no siempre el proceso llega a esa etapa final; en muchas ocasiones, por circunstancias

que hacen innecesaria su prosecución, se lo concluye prematuramente en forma definitiva o provisional. La decisión judicial que detiene la marcha del proceso penal y le pone fin anticipadamente, en forma irrevocable o condicionada, constituye un sobreseimiento.

Subrogación

Servicios de atención médica y quirúrgica, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, medicamentos, material de curación y de hospitalización que contrata el establecimiento directamente responsable, para sustituir o complementar el otorgamiento de la atención que requiere el usuario [3].

Transacción

Es un contrato consensual, bilateral, cuyo objeto es poner fin a un litigio presente o prevenir uno futuro. Dicho objeto se realiza por medio de concesiones recíprocas que se hacen ambas partes contratantes, sacrificando cada una de ellas algo de sus derechos o pretensiones [27]

En la CONAMED o Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, es un contrato o convenio por virtud del cual las partes, haciéndose recíprocas concesiones, ponen fin a una controversia en materia de salud o práctica médica [1].

Transparencia

Principio ético que el servidor público debe observar para permitir y garantizar el acceso a la información gubernamental, sin más límite que el que imponga el interés público y los derechos de privacidad de los particulares, establecidos por la legislación vigente [12].

Urgencia médica

Problema médico-quirúrgico agudo que pone en peligro la vida, órgano o función del usuario y requiere una atención inmediata [18].

Usuario

Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica [18].

Valoración médica

Determinación clínica del estado de salud de un individuo.

Vigencia de derechos

Lapso durante el cual existe el derecho de obtener los servicios de seguridad social requeridos.

Visión

Capacidad de ver más allá del tiempo y el espacio, para imaginar un estado futuro deseable que permita tener una claridad sobre lo que se quiere hacer y a dónde se quiere llegar en una organización.

La visión de la institución determina los objetivos a mediano y largo plazos; es decir, la forma como quiere verse la institución en los próximos años [5].

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CONAMED, “Reglamento de Procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial”, México, CONAMED, publicado en *Diario Oficial de la Federación (DOF)*, 10 de julio, 2006.
2. OMS, “Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1.”, informe técnico definitivo, Ginebra, Suiza, enero, 2009.
3. CONAMED, “Guía de términos sobre motivos de queja de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico”, México, 2008.
4. Fajardo Ortiz, Guillermo, *Diccionario terminológico de administración de la atención médica*, México, Salvat, 1983.
5. Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), *Glosario de términos más usuales en la Administración Pública Federal*, México, SHCP, <www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/cefp0282006.pdf>, <<http://www.google.com.mx/search?hl=es&biw=1276&bih=549&q=related:www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/cefp0282006.pdf+Glosario+de+t%C3%A9rminos+m%C3%A1s+usuales+en+la+Administraci%C3%B3n+P%C3%BAblica+Federal&tb=1&sa=X&ei=Aa2tTdPaIeL10gH98s24Cw&ved=0CBcQHZA>>.
6. Pallares, Eduardo, *Diccionario de Derecho Procesal Civil*, México, Porrúa, 24ª edición, 1998.
7. Aportaciones de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de México.
8. Secretaría de Salud Federal (SSA), *Manual de operación para archivos administrativos*, México, Comité de Información, DGTI/Centro de Documentación institucional de la SSA.

9. Norma UNE-EN ISO 19011:2002. "Directrices para la auditoría de los sistemas de calidad y/o ambiental", México, AENOR, octubre, 2002.
10. Stedman, Thomas L., *Diccionario de ciencias médicas*, Buenos Aires, Edit. Médica Panamericana.
11. Real Academia Española (RAE), *Diccionario de la Lengua Española*, Madrid, RAE, 22ª. edición, 2001.
12. Presidencia de la República, "Código de ética de los servidores públicos", México, DOF.
13. SSA, *Manual Institucional de Buen Gobierno* (INTRAGOB), México, SSA, mayo, 2005.
14. CONAMED, "Procedimiento de Archivo de Inconformidades DGC-P-7.5.1-02", México, CONAMED/SGC.
15. CONAMED, "Procedimiento de Atención de Inconformidades DGOG-P-7.5.1-01", México, CONAMED.
16. Pina Vara, Rafael, *Diccionario de Derecho*, México, Porrúa, 33ª edición, 2004.
- 16a. *Diccionario Jurídico Espasa*, Madrid, Edit. Espasa, 1998.
17. Palomar de Miguel, Juan, *Diccionario para Juristas*, México, Mayo ediciones, 1981.
18. SSA, "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica", México, SSA.
19. Fernández Busso, Nélica, "Calidad de la Atención Médica", en *Fascículo N° 1: Programa de educación a distancia "Nuevas formas de organización y financiación de la salud"*. Documento electrónico disponible en el sitio <http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/ARCAL/documentos/calidad_salud.pdf> (consultado el 18 de abril de 2011).
20. Donabedian, Avedis, "La investigación sobre la calidad de la Atención Médica", *Revista Salud y Seguridad Social*, México, IMSS, 1986.
21. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, publicada en DOF, 7 de diciembre, 1998.
22. CONAMED, "Consentimiento válidamente informado", México, CONAMED, 2ª edición, 2004.
23. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM), Campus Estado de México, *Referencia jurídica* disponible en el sitio de Internet <<http://www.cem.itesm.mx/derecho/referencia/diccionario/bodies/a.htm>> (consultado el 15 de abril de 2011).
24. Presidencia de la República, "Ley Federal sobre Metrología y Normalización", DOF, 30 de abril, 2009.
25. "Decreto de Creación de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Morelos" (Última reforma: 6 de octubre, 2010).

26. Presidencia de la República, “Reglamento Interno del Instituto Mexicano del Seguro Social”, *DOF*, 18 de septiembre, 2006.
27. Código Civil Federal, publicado en *DOF*, 28 de enero, 2010.
28. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. *Diccionario Jurídico Mexicano*, tomo A-CH, México, UNAM/IIJ, 10ª. edición, 1997, pp. 198-206.

Apéndice II

Cápsulas biográficas

Dr. Rafael Urzúa Macías. Comisionado de Arbitraje Médico del estado de Aguascalientes, nació el 31 de octubre de 1953, originario de la ciudad de Aguascalientes. Obtuvo su nombramiento el 9 de marzo de 2011. Es médico cirujano y cuenta con una maestría en Ciencias Químicas. Fue Rector de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Email: coesamed1@prodigy.net.mx; rurzua@correo.uaa.mx

Tel. (01 449) 918 11 88

CD Rodrigo Robledo Silva. Comisionado de Arbitraje Médico del estado de Baja California, nació el 8 de junio de 1958 en Tijuana, B.C. Obtuvo su nombramiento el 1 de diciembre de 2010. Es cirujano dentista; fue Diputado Local de la XIII Legislatura de Baja California, promotor de la Ley Estatal de Ecología y Medio Ambiente; Diputado Federal de la LVI Legislatura Federal; Subdirector del Centro de Capacitación y Finanzas del Gobierno del Estado (CENCAFI); ex director de la Oficina de Gobierno del XVI Ayuntamiento de Tijuana.

Email: dr_robledosilva@yahoo.com.mx

Tel. (01 686) 557 29 90

Dr. Francisco Daniel Barreda Puga. Comisionado de Arbitraje Médico del estado de Campeche, nació el 27 de octubre de 1953 en la ciudad de Campeche. Obtuvo su nombramiento el 1 de julio del 2010. Es médico cirujano por la Facultad de Medicina “Miguel Alemán Velasco” de la ciudad de Veracruz, Ver.; tiene una maestría en Salud Pública por el INSP. Ha sido Comisionado para la Protección contra Riesgos Sanitarios del estado de Campeche.

Email: ceamedcampeche@yahoo.com.mx

Tel. (01 981) 144 40 02

Dr. R. Andrés Gallardo Ocaña. Comisionado de Conciliación y Arbitraje del estado de Chiapas, nació el 8 de septiembre de 1970 en Arriaga. Obtuvo su nombramiento el 10 de febrero de 2011. Es médico cirujano; fue Director del

Hospital de Especialidades “Vida Mejor” del Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado de Chiapas (ISSTECH); Ex director del Comité de Asuntos Médicos Legales del Colegio Médico del Estado de Chiapas, A. C.

Email: cecam@chiapas.gob.mx

Tel. (01 961) 61 830 84

Dr. Luis Ramón Pineda Pompa. Comisionado de Conciliación y Arbitraje Médico en el estado de Coahuila, nació el 11 de marzo de 1967 en Tampico, Tamps. Obtuvo su nombramiento el 13 de enero de 2009. Es médico cirujano con especialidad en Cardiología. Ha laborado en el Hospital Regional de Monterrey (ISSSTE), 1º de Octubre (ISSSTE, ciudad de México), de la Clínica Hospital del ISSSTE “Dr. José Ma. Rodríguez”, en Saltillo, y en el Hospital del Magisterio-Sección 38 del SNTE. También, en el Hospital “La Concepción” y en el Hospital ISSSTE, ambos en Saltillo, Coah.

Email: pinedapompa@hotmail.com

Tel. (01 844) 415 57 79

Dr. José Fernando Rivas Guzmán. Comisionado de Conciliación y Arbitraje Médico del estado de Colima, nació el 5 de febrero de 1935 en la capital de su estado. Obtuvo su nombramiento el 29 de agosto de 2005, y fue ratificado el 1 de noviembre de 2009. Es médico cirujano con estudios de Maestría en Salud Pública.

Email: coesamedco@hotmail.com

Tels. (01 312) 330 15 71 y 313 99 39

Dr. Alfredo Isaías Sosa Lechuga. Comisionado de Arbitraje Médico del estado de Guanajuato, nació el 22 de diciembre de 1948 en Tulancingo, Hgo. Obtuvo su nombramiento el 1 de marzo de 2010. Es médico cirujano con una maestría en Salud Pública. Ex subdirector de Medicina de Aviación de la Fuerza Aérea Mexicana; Ex subdirector de Enfermería en el Campo Militar 1-A. Director del Hospital Militar Regional en Irapuato, y es miembro de la Sociedad Mexicana de Salud Pública.

Email: asosal@guanajuato.gob.mx

Tel. (01 462) 624 94 04

Dr. Ángel Leopoldo Díaz Garzón Chavelas. Comisionado de Arbitraje Médico del estado de Guerrero, nació el 29 de octubre de 1951 en Acapulco. Obtuvo su nombramiento el 16 de octubre de 2009. Es médico cirujano con la especialidad en Anestesiología por la UNAM, Ex consejero del Consejo Mexicano de Anestesiología; ha sido Jefe de Anestesiología del Hospital del IMSS

en Acapulco, Subdirector de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Guerrero.

Email: ceamgro@prodigy.net.mx

Tel. (01 744) 486 03 89

Dr. Gustavo Martín del Campo Olivares. Comisionado de Conciliación y Arbitraje Médico del estado de Hidalgo, nació el 4 de abril de 1960 en la capital, Pachuca. Obtuvo su nombramiento el 2 de marzo de 2011. Es médico cirujano con especialidad en Cirugía Cardiovascular (Instituto Nacional de Cardiología). Ha obtenido distinciones como el Premio “Robins” en la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), y la Medalla “Pilar Licon Olvera” que otorga dicha Universidad, entre otras.

Email: coesamedhidalgo@yahoo.com.mx

Tel. (01 771) 717 02 25, ext. 2229

Dr. Jorge Cruz Borromeo. Comisionado de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México, nació el 28 de mayo de 1958. Obtuvo su nombramiento el 16 de octubre de 2008. Es médico especialista en Medicina Interna.

Email: jorgacruz_58yahoo.com.mx

Tels. (01 722) 214 33 88, 214 33 65 y 213 8537; 01800 712 13 79

Dr. en C. Jorge Guillermo Hurtado Godínez. Comisionado de Arbitraje Médico del estado de Jalisco, nació el 7 de mayo de 1951 en Guadalajara. Obtuvo su nombramiento el 30 de abril de 2010. Es médico cirujano y partero con la especialidad en Oftalmología, una maestría en Ciencias Médicas con orientación en Cirugía, y Doctorado en Ciencias.

Email: jorge.hurtado@jalisco.gob.mx

Tel. (01 33) 36 15 59 93

Dr. Jaime Roberto Murillo Delgado. Comisionado de Arbitraje Médico del estado de Michoacán, nació el 21 de febrero de 1944 en Morelia. Obtuvo su nombramiento el 30 de marzo de 2004. Es médico cirujano con especialidad en Ginecoobstetricia.

Email: jmurillo@michoacan.gob.mx

Tel. (01 443) 317 65 94

Dr. Ramón José Cué González. Comisionado de Arbitraje Médico del estado de Morelos, nació el 12 de junio de 1951 en la capital del país. Obtuvo su nombramiento el 1 de mayo de 2008. Es médico cirujano egresado de la UNAM, con estudios de Maestría en Salud Pública (INSP). Ex Subsecretario de Salud, Subdirector de

Salud Pública, y actualmente trabaja como vocal del CMAM y catedrático de la Universidad Latinoamericana Campus de la Salud.

Email: coesamor@yahoo.com.mx

Tel. (01 777) 315 84 20

Dr. Mario Manuel Bertrand Parra. Comisionado de Conciliación y Arbitraje Médico de Nayarit, nació el 6 de febrero de 1952 en la ciudad de Tepic. Obtuvo su nombramiento el 16 de febrero de 2007. Es médico cirujano con especialidad en Cirugía General.

Email: cecamed@hotmail.com; mbertrandp@hotmail.com.

Tels. (01 311) 210 42 76 y 210 32 83

Dr. Francisco Decrescenzo Tancredi. Comisionado de Arbitraje Médico del estado de Nuevo León, nació el 31 de enero de 1932 en Monterrey. Obtuvo su nombramiento el 1 de febrero de 2004. Es médico cirujano partero con la especialidad en Cirugía General y Vascular Periférica por el Baptist Hospital (Nashville, Tennessee). Doctorado en Medicina por la UANL; fue profesor y Subjefe de Cirugía General del Hospital Universitario de Nuevo León; Presidente y fundador del Colegio Americano de Cirujanos del Noroeste, Presidente fundador de la Unión de Médicos, A. C., Director médico del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado de Nuevo León (ISSSTELEÓN); Consejero Propietario del Consejo Ciudadano de Salud, Miembro del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Biológicas de la UANL.

Email: fdecrescenzo@ssnl.gob.mx

Tels. (01 81) 83 43 51 48 y 83 43 51 55

Dr. Arturo Molina Sosa. Comisionado de Arbitraje Médico del estado de Oaxaca. Nació el 11 de agosto de 1934 en Oaxaca de Juárez. Obtuvo su nombramiento el 23 de noviembre de 2009. Es médico cirujano por la UNAM, miembro de la Academia Mexicana de Cirugía. Obtuvo el premio “Dr. González Castañeda” otorgado por esa Academia.

Email: armolina@infosel.net.mx

Tels. (01 951) 50 100 45 y 50 100 55; 01 800 2 32 66 29

Dr. Eduardo Vázquez Valdés. Comisionado de Arbitraje Médico del estado de Puebla. Nació el 12 de agosto de 1946 en la capital poblana. Obtuvo su nombramiento el 16 de febrero de 2011. Es médico cirujano y partero.

Email: cesamedpue@prodigy.net.mx

Tel. (01 222) 242 01 35

Dr. José Norberto Plascencia Moncayo. Comisionado de Arbitraje Médico de Querétaro, nació el 28 de mayo de 1947 en la capital de Jalisco. Obtuvo su nombramiento el 5 de octubre de 2009. Es médico cirujano con la especialidad en Ginecoobstetricia. Ha sido Secretario de Salud en Querétaro; Académico emérito de la Academia Mexicana de Cirugía; Jefe de Enseñanza e Investigación del IMSS-Querétaro y Subdelegado médico; Presidente de la Asociación de Ginecología y Obstetricia en Querétaro, miembro del Comité de Bioética de la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ). Es autor de varios capítulos y artículos en publicaciones destacadas.

Emails: norplasmon@hotmail.com, cameq42@hotmail.com,

Tel. (01 442) 21 44 819

Dr. Víctor Manuel Pérez Pico. Comisionado de Arbitraje Médico del estado de Sinaloa, nació el 27 de noviembre de 1946 en Culiacán. Obtuvo su nombramiento el 21 de enero de 2011. Es médico cirujano con la especialidad de Pediatría, miembro de la Academia Mexicana de Pediatría.

Email: perpico46@hotmail.com

Tel. (01 667) 761 50 89 y 714 10 13

Dr. Rubén Vázquez Xibillé. Comisionado de Arbitraje Médico del Estado de Sonora, nació el 29 de junio de 1976 en la ciudad de Agua Prieta, Son. Obtuvo su nombramiento el 8 de febrero de 2009. Es médico cirujano, licenciado en Derecho con estudios de Maestría en Derecho Fiscal; intérprete y traductor. Médico legal certificado.

Email: rvx.uno@gmail.com

Tels. (01 662) 217 55 82 y 217 55 85

Dr. Armando León Bernal. Comisionado de Conciliación y Arbitraje Médico del estado de Tabasco. Nació el 27 de febrero de 1954 en el municipio de Juárez, en el estado de Chiapas. Obtuvo su nombramiento el 10 de septiembre de 2008. Es médico cirujano con la especialidad en Medicina Familiar. Fue Secretario de Salud de la entidad, Jefe de Prestaciones Médicas del IMSS en los estados de Oaxaca y Tabasco; Ex presidente del Colegio Médico de Tabasco.

Email: armandoleon@tabasco.gob.mx

Tels. (01 993) 315 89 74 y 352 38 04

Dr. Xicotécatl González Uresti. Comisionado de Arbitraje Médico de Tamaulipas, nació el 1 de junio de 1964 en la ciudad de Torreón, Coah. Obtuvo su nombramiento el 3 de enero de 2005. Es médico cirujano por la Universidad Valle de Bravo Campus Victoria. Ha sido Subdirector médico del Hospital Ge-

neral “Dr. Norberto Treviño Zapata”, miembro del CMAM, Presidente del Consejo Consultivo de la Universidad del Valle de México (UVM) y fue premiado con el “Lince de Oro” por esta Universidad.

Email: ceamt lax@prodigy.net.mx

Tel. (01 834) 315 71 82

Dr. Alejandro Guarneros Chumacero. Comisionado de Arbitraje Médico de Tlaxcala. Nació el 3 de mayo de 1940 en la capital tlaxcalteca. Obtuvo su nombramiento el 1 de marzo de 2011. Es médico cirujano por la UNAM, con la especialidad de Cirugía General por el Hospital Juárez (SSa, ciudad de México). Ha sido Jefe de Servicios Médicos de la Delegación del IMSS-Tlaxcala, Coordinador médico de la Dirección Regional del IMSS en los estados de Tlaxcala, Puebla, Veracruz y Tabasco, y Coordinador Nacional de Atención Médica del IMSS.

Email: ceamt lax@prodigy.net.mx

Tels. (01 246) 466 15 53, 466 44 36 y 466 2706

Dr. Emilio Stadelmann López. Comisionado de Arbitraje Médico del estado de Veracruz. Nació el 21 de agosto de 1950 en la ciudad de Orizaba. Obtuvo su nombramiento el 7 de julio de 2008 y fue ratificado el 1 de diciembre de 2010. Tiene el título de médico cirujano.

Email: emiliostadelmann@hotmail.com

Tel. (01 229) 93 40 444

Dr. Edgardo J. Martínez Menéndez. Comisionado de Arbitraje Médico de Yucatán, nació el 1 de enero de 1943 en la capital, Mérida. Obtuvo su nombramiento el 19 de febrero de 2008. Es médico cirujano con la especialidad en Radiología e Imagen y en imagen de mama. Fue Secretario de Salud de Yucatán, Presidente de la Federación Mexicana de Radiología e Imagen, A. C. (FMRI). Obtuvo la medalla de oro que otorga la FMRI, y la Medalla Yucatán 2010. Actualmente es Consejero del Consejo Mexicano de Radiología e Imagen, A. C. (CMRI).

Email: codamed@prodigy.net.mx

Tel. (01 999) 92 67 835 y 92 63 779

CÁPSULAS BIOGRÁFICAS DE LOS COEDITORES

Dr. Germán Fajardo Dolci. Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, nació en la Ciudad de México y desde enero de 2007 encabeza la CONAMED.

Es investigador en Ciencias Médicas “C” de la Secretaría de Salud y profesor de la Facultad de Medicina de la UNAM. Ha sido Médico de Base y Subdirector del Hospital General de México, Director de Área y Director General del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Es miembro de 12 Asociaciones Médicas entre las que destacan la Academia Nacional de Medicina, la Academia Mexicana de Cirugía y la Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención Médica.

Ha recibido diferentes distinciones como el *Premio Bienal FUNSALUD “Alfonso Robinson Bours” 2001*; el de la Academia Nacional de Medicina a la mejor Obra Médica en 2001; el *Premio “Dr. Manuel Castillejos”* de la Academia de Cirugía en el 2005, así como el *Premio Nacional de Investigación 2009* por la Fundación GlaxoSmithKline (GSK) y FUNSALUD en la categoría de Economía de la Salud.

Dr. Francisco Hernández Torres. Director General de Calidad e Informática en la CONAMED. Nació en Chilpancingo, Gro.; estudió la carrera de Médico Cirujano en la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM). Realizó la Maestría en Administración de Hospitales en la Escuela de Salud Pública de México, y la Especialización en Planificación de Sistemas de Salud en la Escuela Nacional de Salud Pública de Brasil y de Alta Dirección en el IPADE. Cursó la Maestría en Administración Pública y estudios de Doctorado en Ciencias de la Salud.

Es coeditor del libro *Salud pública, el milagro invisible* (México, Gerencia de Instituciones en Salud, 1997) y ha participado como autor principal en múltiples artículos nacionales e internacionales sobre calidad de la atención, planificación de la salud y fortalecimiento de sistemas de salud. Es académico de número de la Academia Mexicana de Cirugía; miembro de la Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud y Seguridad del Paciente; de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, y de la Asociación Mexicana de Hospitales.

Por su desempeño, recibió el XV *Premio Nacional de Administración Pública*, el *Premio al Mérito Civil Guerrerense “Eva Sámano de López Mateos”* y el *Premio Anual de Investigación y Enseñanza Superior* del INSP.

Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

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, *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.

Donabedian, Avedis, *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*, México, Edit. La Prensa Médica Mexicana, 1991, pp. 95-155.

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.

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

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.

Salgado Ledesma, Eréndira, *Defensa de Usuarios y Consumidores*, México, Edit. Porrúa, 485 pp.

Smallwood, R. A., "Learning from adverse events", *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, vol. 12, núm. 5, pp. 359-61.

Rivera Lugo, Fidel R., *Gerencia Cataláctica*, México, Edit. Porrúa, 2007, 322 pp.

LEYES

Legislación sobre Derechos Humanos, México, Edit. Porrúa, 4ª edición, 1996, 349 pp.

Ley General de Salud, Nueva Ley publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, 7 de febrero, 1984.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

- Carrillo Fabela, Luz María Reyna, *La responsabilidad profesional del médico en México*, México, Edit. Porrúa, 5ª edición, 2005.

La autora nos invita a conocer los orígenes del incremento en las demandas y quejas en contra de prestadores de servicios médicos, a raíz del derecho social a la salud consagrado por nuestra Carta Magna; la forma reglamentaria que deben conocer los prestadores de servicios médicos, auxiliares y técnicos con el fin de brindarla con base en los principios de oportunidad, calidad, dignidad y respeto, basados en la bioética y deontología médica y jurídica. Sin duda, será de gran utilidad y guía; constituirá para el profesional de la salud y ramas afines, una herramienta de enorme valor en su formación humanista.

- Casa Madrid Mata, Octavio, *El proceso arbitral médico en México*, México, MMVIII, 331 pp.

En este libro se abordan los orígenes del arbitraje médico en el Derecho Procesal Mexicano, instaurado con fundamento en las recomendaciones de consenso como respuesta a las necesidades de atención a la salud, para ser visto finalmente como un servicio procesal orientado a la Salubridad General de la República Mexicana.

- CONAMED, *Memoria de la 1ª Reunión Regional sobre Solución de Controversias entre Usuarios y Prestadores de servicios de Salud*, México, SSA, 2009, 332 pp.

La atención de controversias entre usuarios y prestadores de salud es un asunto que compete 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 situación que afecta su calidad o incluso sus expectativas de vida; a los sistemas de salud, porque es su obligación satisfacer las necesidades de los usuarios, brindar servicios de calidad y cuidar la seguridad del paciente.

- Fundación Mexicana para la Salud, Suprema Corte de Justicia de la Nación, y Academia Nacional de Medicina de México, *Derecho y Medicina. Intersecciones y convergencias en los albores del siglo XXI*, México, 2008, 555 pp.

Los compiladores de estas ponencias logran plasmar y transmitir con claridad y pertinencia la información científica necesaria para coadyuvar a garantizar un alto nivel de protección de la salud, en la definición y ejecución de todas las políticas y actuaciones del Estado mexicano.

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

El arbitraje desde su utilidad histórica y actual, representa una oportunidad valorable por los contendientes en un pleito, conflicto o discrepancia en los términos inicialmente acordados; los temas y forma en la que se les aborda en esta obra, representan una oportunidad tanto para el profesional de la salud como para los usuarios de los servicios médicos. Conocer el origen del arbitraje médico y su funcionamiento en México y en el orbe, concede la oportunidad de valorar las ventajas ante procesos penales o civiles, resultando de importancia para su promoción como medio alternativo de solución de controversias.

- 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.

Los autores nos invitan a reflexionar sobre las acciones emprendidas a favor de la seguridad del paciente, la calidad de la atención y la prevención de errores humanos, y cómo éstas no han sido suficientes para evitar esos yerros. Por tanto, es latente la posibilidad en el encarecimiento de la Medicina y el aumento de medidas defensivas en su práctica; así mismo, nos plantean un panorama alentador al sugerir que debemos reconocer que muchos de estos errores son evitables al aplicar medidas de mejora en los procesos de atención y concientización de los participantes en la atención de los pacientes en los Sistemas Nacionales de Salud. Finalmente, resulta de gran interés el argumento de que: “Las personas tenemos que ser vigilantes y responsables de nuestros actos”.

- *Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de América Latina*. “IBEAS es un proyecto dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la OMS en colaboración con los Ministerios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú, y gestionado por la OPS”. Informes, Estudios e Investigación, 2009.

Resulta una herramienta vital, por un lado, como modelo de estudio para conocer los motivos que hacen que se presenten eventos adversos, la repercusión que conlleva su prevalencia y el resultado final de no prevenirlos, la elevación del costo en la atención médica e insumos debido a su presencia; los factores prevalentes de riesgo y el grado de evitabilidad. Y por otro, como factor que permite el conocimiento de la magnitud, naturaleza y factores predisponentes y contribuyentes, creación de estrategias de monitorización y vigilancia, y nos sugiere orientar las políticas y priorizar las actividades dirigidas a su prevención.

- *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005*, Informe, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, febrero, 2006,

Este modelo teórico toma como referencia el *Proyecto IDEA* (Identificación de Efectos Adversos) y ejemplifica la tenue línea que separa los eventos que pueden ser prevenibles y los que no lo son, y en su marco de referencia menciona los incidentes, casi *accidentes*, la negligencia y por último, el litigio, el cual se presenta tanto cuando el efecto adverso es

evitable y es independiente de que haya o no causado un daño. Su tamizado nos permite (como en el caso del *Estudio IBEAS*) identificar los porcentajes de variación de la posibilidad de prevalencia de un evento adverso, y conocer, medir, analizar y prevenir su presencia para así planificar estrategias encaminadas a mejorar los servicios en beneficio de la seguridad del paciente.

Índice

SIGLAS	7
PRESENTACIÓN	9
PRÓLOGO	13
INTRODUCCIÓN	15
AGRADECIMIENTOS	21
La protección al usuario de servicios de salud en el marco de los Derechos Humanos de última generación	23
Modelo de atención de inconformidades por la atención médica	47
Reseña estadística de la atención de inconformidades en la CONAMED	75
Sistema Nacional de Registro de la Queja Médica	107
El Consejo Mexicano de Arbitraje Médico	117
Comisión Estatal de Arbitraje Médico para el Estado de Aguascalientes	133
Comisión de Arbitraje Médico de Baja California	143
Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Campeche	151
Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Chiapas	161

Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico	171
Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico de Colima	179
Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México	187
Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Guanajuato	195
Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Guerrero	201
Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo	209
Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco	215
Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Michoacán	225
Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Morelos	231
Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico para el Estado de Nayarit	239
Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Nuevo León	247
Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca	255
Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Puebla	265
Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Querétaro	275
Comisión Estatal del Arbitraje Médico de San Luis Potosí	283
Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa	291
Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sonora	299
Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico de Tabasco	305
Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Tamaulipas	313
Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Tlaxcala	319
Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz	327
Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Yucatán	335

ÍNDICE	395
REFLEXIONES FINALES	343
APÉNDICES	355
APÉNDICE I. 115 TÉRMINOS SOBRE ARBITRAJE MÉDICO	357
APÉNDICE II. CÁPSULAS BIOGRÁFICAS	379
BIBLIOGRAFÍA	387

Se terminó de imprimir en mayo de 2011 en los talleres
de Impresora y Encuadernadora Progreso, S. A. de C. V. (IEPSA),
Calz. San Lorenzo 244, Col. Paraje San Juan
09830, México, D. F.

Se tiraron 300 ejemplares