

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

RVOE 871360

**“EL MODELO DE ARBITRAJE MÉDICO COMO POLÍTICA PÚBLICA, 14 AÑOS DE
EXPERIENCIA 1996-2010”**

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL GRADO
DE MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

PRESENTA

JOSÉ JAIME RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

DIRECTOR DE TESINA: DR. FRANCISCO JAVIER JIMÉNEZ RUIZ

México, D.F. diciembre de 2013

| | |
|---|-----|
| EL MODELO DE ARBITRAJE MÉDICO COMO POLÍTICA PÚBLICA 14 AÑOS DE EXPERIENCIA..... | 3 |
| INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| 1.- MARCO TEORICO..... | 6 |
| 1.1. Estado, Gobierno y Administración Pública..... | 6 |
| 1.1.1 Estado..... | 6 |
| 1.1.2. El papel del Estado en materia de Salud y Seguridad Social..... | 8 |
| 1.1.3. Gobierno..... | 15 |
| 1.1.4. Administración Pública..... | 17 |
| 1.2. Política Pública..... | 20 |
| 1.3. Mecanismos alternativos de solución de controversias..... | 28 |
| Arbitraje..... | 28 |
| 2. MODELO MEXICANO DE ARBITRAJE MEDICO..... | 33 |
| 2.1. Antecedentes..... | 33 |
| 2.2. Características del Modelo..... | 42 |
| 2.3. Marco Jurídico y Atribuciones..... | 46 |
| 2.4. Marco Administrativo..... | 47 |
| 2.5. Proceso de atención..... | 48 |
| 2.5.1. Orientación..... | 49 |
| 2.5.2. Asesoría especializada..... | 49 |
| 2.5.3. Admisión de inconformidades..... | 49 |
| 2.5.4. Resolución de inconformidades mediante gestión inmediata..... | 50 |
| 2.6. Proceso arbitral..... | 50 |
| 2.6.1. Etapa conciliatoria..... | 50 |
| 2.6.2. Etapa decisoria..... | 51 |
| 2.6.3. Metodología de análisis de casos..... | 52 |
| 2.6.4. Sistema de Información..... | 53 |
| 2.6.5. Características de los productos y su Capacidad Resolutiva..... | 53 |
| 2.6.6. Emisión de opiniones y recomendaciones..... | 54 |
| 2.7. Experiencias que se pueden analizar comparativamente con el Modelo de Arbitraje Mexicano:..... | 55 |
| 2.8. Numeralia. (Saldo Histórico del Modelo De Arbitraje Médico 1996-2010)..... | 60 |
| 2.9. Presupuesto..... | 71 |
| 2.10. Comprensión analítica del objeto de estudio..... | 71 |
| 2.11. Fortalezas y debilidades del modelo..... | 76 |
| 3. ESTUDIO ANALITICO Y REFLEXIVO DEL MODELO MEXICANO DE ARBITRAJE MÉDICO COMO POLÍTICA PÚBLICA..... | 83 |
| 4. FUENTES DE CONSULTA. BIBLIOGRAFIA Y HEMEROGRAFÍA..... | 101 |

EL MODELO DE ARBITRAJE MÉDICO COMO POLÍTICA PÚBLICA 14 AÑOS DE EXPERIENCIA.

INTRODUCCIÓN.

Ante la demora en la resolución de asuntos a cargo de los tribunales, la especificidad y dificultades técnicas de los juicios y su alto costo, lo cual limita enormemente la posibilidad a los gobernados de ejercitar plenamente sus derechos, se crearon algunas instituciones especializadas en la protección y defensa ciudadana y otras de resolución de conflictos sin facultades coercitivas, tales como las Comisiones Nacionales de: Arbitraje Médico y Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, con el fin de coadyuvar en tareas inherentes a la administración de justicia.

Dichas instancias se concibieron como instituciones a las que acuden los ciudadanos de manera voluntaria, para someterse a sus procedimientos, donde se fijan y establecen las reglas para resolver sus controversias.¹

En nuestro país los mexicanos reciben servicios médicos de instituciones públicas y privadas y de profesionales de la salud que ejercen libremente su actividad, cuyo objetivo primordial es proporcionar servicios de salud que impacten en el bienestar individual y colectivo, con el fin de restaurar su salud, en este contexto resultaba necesario que la población contara con instituciones y mecanismos, que sin perjuicio de los órganos jurisdiccionales en la solución de conflictos contribuyera a tutelar el derecho a la protección de la salud y a mejorar la calidad de los servicios médicos.

Para tal efecto se requería de un órgano al que acudieran los usuarios y prestadores de servicio médicos para resolver, en forma amigable y de buena fe, los conflictos derivados de la prestación de dichos servicios.

Se requería de una instancia especializada que garantizara la imparcialidad en el análisis, dictamen y resolución de las controversias sobre el proceso de la atención médica, que contara con autonomía técnica para recibir quejas, investigar irregularidades en la prestación de los servicios médicos o negativa de los mismos y poder emitir sus acuerdos, opiniones y

¹ Salgado Ledesma, Eréndira. "Medios alternos de resolución de conflictos: una opción para coadyuvar con la administración de justicia", En: Revista CONAMED, Año 5, Volumen 7 Número 18, enero-marzo, 2001, Pag 16.

laudos de manera imparcial y objetiva para conocer la verdad de los hechos. Esto era un reclamo de la sociedad ante la poca eficiencia y calidad de los servicios médicos, es así que el Ejecutivo Federal, dispuso la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), cuyo decreto aparece publicado el 3 de junio de 1996 en el Diario Oficial de la Federación.

La CONAMED fue creada como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud se le otorga autonomía técnica para emitir sus acuerdos y laudos y para que actúe en consecuencia de sus atribuciones con imparcialidad y justicia.²

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico constituye en nuestro país una instancia novedosa que reúne especialistas de la medicina y el derecho con el fin de brindar una atención médico-jurídica a la población y de esta forma coadyuvar en la solución de los conflictos que se derivan de la prestación de los servicios médicos.

Al ofrecer métodos alternativos en la resolución de conflictos derivados de la atención médica, permite aliviar las cargas de trabajo de las autoridades de impartición y procuración de justicia, lo que permite coadyuvar a disminuir la presión social que genera dichos conflictos.

Este modelo alterno de resolución de controversias de tipo médico. Permite atender de manera expedita las inconformidades planteadas por los pacientes y sus familiares, fortalece la calidad de la atención, al inducir en los prestadores del servicio la responsabilidad de una actuación profesional, apegada a los cánones de la medicina y la ética, sin descuidar el aspecto humano de la relación con los usuarios de los servicios que presta, independientemente si lo hace en una institución pública o en el medio privado. El impacto de su quehacer se refleja no sólo en la atención de quejas y amigable composición de las partes, sino también en la mejoría de la calidad de los servicios, e incluso en el costo y oportunidad de atención de los pacientes y las instituciones de salud.

En algunos medios prevalece la idea de que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, tiene carácter persecutorio. Esto debe ser rectificado, ya que ese no es su propósito, no son esas sus actividades, ni es su proyecto como institución. Desde esta perspectiva. “Su existencia

² Fernández Varela, Héctor. Resolución de controversias, revaloración de la práctica médica”. En: Revista CONAMED, Número 1, Año 1966, Volumen 1.

debe ser vista como algo positivo, tanto por los usuarios de los servicios médicos, que somos todos, como por el muy respetable gremio médico que seguramente tiene, como lo tiene la población en general, interés en que mejore la calidad de estos servicios. Ese es el designio de la Comisión, ese es su propósito”.³

Sin embargo desde su inicio la Comisión ha tenido que enfrentar por parte del gremio médico un rechazo a su intervención en la solución de conflictos entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de los mismos, debido a que la visualizan como una instancia persecutoria, y por desconocimiento de las atribuciones y funciones como instancia que concilia, mediante un proceso alternativo, a los órganos jurisdiccionales, que pretende acercar al binomio paciente médico para que de una manera amigable puedan dirimir sus diferencias. Una garantía adicional para el médico, es que los asuntos vinculados a su ejercicio profesional se atiendan por una institución con personal competente. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico significa una instancia positiva y benéfica para la sociedad y, sobre todo, para el gremio médico.

El propósito del presente trabajo es compartir la experiencia de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, como un caso institucional representativo sobre la evolución que han tenido los medios alternos de resolución de conflictos en el retador camino para modernizar la administración de la justicia en México.

Es en este estudio que se pretende abordar de una manera constructiva y crítica realizar un estudio de tipo retrospectivo, descriptivo e histórico el Modelo de Arbitraje Médico, el planteamiento es;

Abordar de manera objetiva y analítica la creación, implementación y desarrollo de la CONAMED, analizando los logros, fracasos y retos de manera que nos permita emitir juicios que ayuden a proponer, propuestas y estrategias que permitan a futuro su consolidación como política pública exitosa.

Para lograrlo se consultó bibliografía de libros sobre el marco teórico, y los aspectos conceptuales, al mismo tiempo se consultaron revistas especializadas sobre el tema del

³ García Ramírez, Sergio. “CONAMED: Una institución con autoridad moral” En: Revista CONAMED, Año 1, Número 3, Año 1997.

Arbitraje, se recurrió a la información documental y estadística sobre la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, también se revisaron fuentes electrónicas.

La exposición abarca un primer capítulo sobre el Marco teórico, donde se abordan los conceptos de estado, gobierno, administración pública, política pública, modelos de políticas públicas y los diferentes mecanismos alternativos de solución de controversias.

El segundo capítulo aborda el Modelo de Arbitraje Médico Mexicano, su fundamentación jurídica, su evolución histórica, sus riesgos, retos y la formulación de posibles escenarios futuros para su consolidación, se abordan los principales logros desde el punto de vista estadístico.

Finalmente el tercer capítulo pretende abordar como elementos conclusivos la estructura y esencia de la propuesta del documento, la viabilidad de la propuesta, las conclusiones, autocrítica y balance final.

1.- MARCO TEORICO.

1.1. Estado, Gobierno y Administración Pública.

1.1.1 Estado.

Existen diferentes concepciones de la palabra Estado. Se le puede entender como el territorio que cuenta con una organización jurídica para gobernar a la sociedad integrante del mismo, en pro de la convivencia, la armonía, la paz social y el bien común.

El origen etimológico de la palabra Estado, nace de la voz latina status, la cual toma un sentido político de “Unidad Política Moderna” con Maquiavelo, notable hombre de Estado y pensador del siglo XVI a quien se le atribuye la introducción del concepto del Estado con su obra “El Príncipe” 1496-1527. Maquiavelo en sus reflexiones sobre el poder, lo considera como uno de los ingredientes fundamentales de la comunidad política, y que al convertirse en Soberanía, dio origen al Estado Moderno.

El Estado no ha sido el mismo desde su origen. Es un fenómeno social que ha estado en constante evolución, desde formas organizativas simples, hasta dimensiones más complejas. La sociedad humana ha pasado desde el estado primitivo, que data de hace

aproximadamente cinco mil años, hasta llegar al Estado Nación que actualmente conforma nuestra sociedad.

Para Weber (1979), el término es definido como:

"La institución que monopoliza el uso de la fuerza legítima. Este concepto alude a una importante función del Estado que es la abolición de la venganza o justicia privada, que fue ejercida en los primeros tiempos, incluso cuando ya existía el Estado. El sistema de las acciones de la ley, creado en los primeros tiempos del Estado romano, surgió para suplantar la violencia privada de defensa de los derechos por la justicia del Estado, desarraigada de la subjetividad de la condena impuesta por la víctima."⁴

Por su parte Hegel define al Estado como:

"La máxima encarnación de la idea divina en la tierra y es el principal instrumento utilizado por el absoluto que se manifiesta en la medida que se desarrolla a su perfecto cumplimiento."⁵

En una visión clásica el Estado se concibe como una organización política soberana de una sociedad humana establecida en un territorio determinado, bajo un régimen jurídico, con órganos de gobierno y de administración que persigue determinados fines mediante actividades concretas. Por lo tanto se pueden definir como tres los elementos del estado: la población, el territorio y el poder (gobierno). La población, los hombres que pertenecen a un estado componen la población de este, puede ser considerada como objeto o como sujeto de la actividad del estado, es decir los hombres que integran la población háyanse sometidos a la autoridad política y, por tanto forman el objeto del ejercicio del poder; en cuanto ciudadanos participan en la formación de la voluntad general y son, por ende sujetos de la actividad del Estado.⁶

⁴ Max Weber. "La política como vocación" en *El político y el científico*. Alianza Editorial, Madrid: 1979.

⁵ Hegel, W F, George. "Lecciones sobre la filosofía universal", Revista de Occidente, Madrid: 1974.

⁶ Artega Nava, Elisur. *Derecho Constitucional*, México, Editorial Oxford, 2008, páginas 110-113

El territorio suele definirse como la porción del espacio en que el Estado ejerce el poder. Siendo este de naturaleza jurídica solo puede ejercitarse de acuerdo con normas, creadas o reconocidas por el propio estado. El ámbito espacial de validez de tales normas es precisamente el territorio en sentido político.

El poder político se manifiesta a través de una serie de normas y de actos normativamente regulados, en tanto que la población y el territorio constituyen los ámbitos personal y espacial de la validez del orden jurídico.

Un Estado de corte liberal tendrá un cúmulo más reducido de actividades a realizar, que las asumidas por un Estado solidario, y éste, a su vez tendrá un conjunto de tareas menos amplio. En todo caso como afirma Serra Rojas: (1994) “La actividad del Estado, es decir, lo que el Estado debe hacer, se define por el conjunto de normas que crean órganos, fijan su funcionamiento y los fines que deben alcanzar. La exigencia lógica del Estado se precisa por los fines o propósitos que una sociedad organizada le ha venido señalando de acuerdo con su propia naturaleza”.⁷

Desde otra perspectiva, la actividad estatal viene a ser el quehacer del Estado, o sea la totalidad de operaciones y tareas, las cuales se pueden clasificar en diferentes clases.

Desde hace más de dos siglos, bajo la influencia de Montesquieu, se acostumbra clasificar la actividad estatal en tres grandes categorías. 1) Legislación, 2) Jurisdicción y 3) Administración. La primera produce y promulga la norma jurídica; la segunda aplica el caso concreto y, de ser necesario, exige coactivamente su cumplimiento; la tercera realiza los fines concretos de seguridad, progreso y bienestar de la sociedad.

1.1.2. El papel del Estado en materia de Salud y Seguridad Social

En este apartado se intenta destacar los antecedentes del papel del Estado en materia de asistencia, salud y seguridad social, se pretende observar que en principio tiene un papel relevante la solidaridad humana, aunque también se tiene una tenue acción estatal diseñada al efecto, ello nos permitirá comprender como han evolucionado las diferentes formas de

⁷ Serra Rojas, Andrés, 1994, Derecho Administrativo Primer Curso, México D.F. Edit. Porrúa)

afrontar los problemas sociales, en los distintos momentos históricos, cuáles han sido sus formas de intervención y como hemos llegado a la situación actual.

En una primer etapa histórica, en la lejana antigüedad, los egipcios han desarrollado fama por su medicina, están los médicos reales en la casa de la vida, Sinuhe el egipcio es un clásico ejemplo de ello, sabían leer las enfermedades observando ya los ojos, el corazón o el hígado, distinguían las enfermedades graves de las benignas; también están los sacerdotes, distinguiendo las enfermedades del cuerpo y del espíritu, unos y otros extraían los jugos de las plantas para preparar brebajes y medicinas que atendían las enfermedades de la población. Los babilonios también tenían prácticas similares, los chinos e hindúes hacen lo mismo.⁸

En los pueblos de la antigüedad americana están los dioses, el médico, el cirujano, los sangradores y parteras, junto a ellos están el curandero y los chamanes, que tienen en el conocimiento de la botánica y herbolaria una fuente completa para atender las enfermedades. En una de sus cartas de relación Hernán Cortés decía al rey Carlos V que no era necesario que enviara médicos a América, ya que los de indígenas curaban pronto y bien; tal fue el impacto que causó en España la herbolaria que el rey Felipe II envió a Francisco Hernández para estudiar las propiedades de las plantas curativas y así escribió su *Rerum medicarum Novae Hispanis*.⁹

En el caso del imperio azteca, se han encontrado evidencias relativas a las instituciones similares a las de seguridad social, que se deben entender en su debido tiempo y circunstancias; por ejemplo, en la época de Moctezuma II, se protegía principalmente a guerreros que recibían atención médica, en establecimientos parecidos a los hospitales, en los que también se atendía a los enfermos del pueblo. También existía un servicio especial, muy parecido al seguro de invalidez. Manifiesta que en la Confederación de Anáhuac, existieron este tipo de establecimientos en Tenochtitlán, Texcoco, Cholula, entre otras poblaciones. Y que en Culhuacán sostenían un centro en el que se atendía a todos los

⁸ Véase Waltari Mika, Sinuhe el egipcio, Plaza y Janés, Barcelona 1984.

⁹ Zita Basich, Testimonios sobre medicina de los antiguos mexicanos. IMSS, 1982.

ancianos e impedidos que habían servido a la referida triple alianza, ya fue en asuntos políticos o militares. Estos establecimientos eran sostenidos con los sobrantes de las cosechas destinadas al culto de los dioses.¹⁰

Sin embargo el cuidado y atención de la salud en estos pueblos de la antigüedad no constituye una función estatal ni administrativa que se extienda a toda la población como un derecho, en todo caso la acción estatal se contrae a erradicar algunos problemas que atenten contra la salud pública.

En otro contexto geográfico e histórico, a la caída del imperio romano de occidente, y durante la llamada edad Media, sin duda, la solidaridad vecinal continúa en la actualidad desempeñando un importante papel, aunque ya no de un modo exclusivo. En todos los casos y regiones, la asistencia social se desarrolla en gran medida a través de la familia y de las relaciones de buena vecindad. Es la solidaridad vecinal o familiar la que actúa cuando un ciudadano tiene problemas. Se ayuda en el cultivo, a reconstruir una vivienda dañada, a la viuda que no tiene medios de subsistencia, o se acoge a esos huérfanos que han perdido a sus padres.

Otra forma de protección, típica de esta época, no basada en las relaciones de buena vecindad o familiares, son los gremios. Estos eran corporaciones formadas por los maestros, oficiales y aprendices de una misma profesión u oficio, regidos por unos estatutos u ordenanzas especiales. Los gremios establecían mecanismos de protección a los afiliados ante situaciones de necesidad por medio de cuotas aportadas por los miembros. Sólo tenían derecho a beneficiarse de estas prestaciones sus miembros, que contribuían al mantenimiento del gremio. Es la forma que se conoce como previsión.¹¹

Los señores feudales también daban cierta protección y refugio a los vasallos que formaban parte de su feudo, pero basada en una relación de sumisión. En este periodo, debemos

¹⁰ Meyer, Rosa María. Instituciones de Seguridad Social, Ediciones del Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, 1975.

¹¹ Casado, Demetrio y Guillén Encarna, "Los servicios sociales en perspectiva histórica" en Los servicios sociales. Documentación Socia, núm. 64, Madrid 1986.

destacar especialmente las acciones caritativas, cuyos beneficiarios no eran los miembros de una familia, un feudo o un gremio, sino los excluidos que no estaban sujetos a la protección de los sistemas anteriores. La caridad era ejercida por los ciudadanos dando limosna, los ayuntamientos mediante albergues y casas de misericordia, o las organizaciones religiosas con sus hospitales eclesiásticos. Estas formas caritativas, hoy superadas, estaban ligadas a sentimientos religiosos y piadosos, siendo fundamentalmente la Iglesia quien se ocupaba de la atención de pobres y marginados, ayudada en su labor de nobles movidos por sentimientos piadosos y religiosos.¹²

En la etapa caritativa, las tareas señaladas se basan en la voluntad de ayuda de carácter religioso o filantrópico. A partir del siglo IV d C, refiere Josefina Muriel, empieza a desarrollarse la caridad con un sentido religioso-social. Se inició la costumbre de destinar una parte de los bienes de las iglesias al socorro de los pobres, especialmente a través de organizaciones benéficas que se iban creando al efecto.

Esta corriente histórica se incrementa con la difusión del cristianismo y desemboca en el siglo xv, conocido en Occidente como el siglo de los hospitales. Tanto los particulares como las instituciones medievales se dedican a crear establecimientos benéficos. No obstante -aclara la autora- hubo muchas de las obras que se hicieron en aquellos tiempos, que no fueron propiamente hospitales en el sentido actual del término, es decir, no eran establecimientos de curación de enfermos. El hospital era en general una casa en donde se recibía a todos los necesitados. Por lo tanto, en unas ocasiones eran hospitales de pobres, en otras, hospederías de peregrinos, bien orfelinatos o asilos para enfermos. Además, no eran una cosa u otra privativamente, sino que podían presentar varios aspectos o todos al mismo tiempo. Pero al terminar la Edad Media las ideas cambian radicalmente, y aquella actitud caritativa cristiana se transforma y sustituye por un sentimiento de responsabilidad cívica. Así nacen, por ejemplo en Inglaterra, los hospitales reales.¹³

¹² López Alonso Carmen, "Memoria Introdutoria" en Cuatro siglos de acción social de la beneficencia al bienestar social. Seminario de historia de la acción social. Editorial Siglo XXI. Madrid 1986.

¹³ Muriel, Josefina. Hospitales de la Nueva España. Tomo I, p. 12 y ss. Fundaciones del siglo XVI. México. Instituto de Investigaciones Históricas. UNAM/Cruz Roja Mexicana. Segunda

En la España imperial de los siglos XVI al XVIII, la influencia de Tomás Moro es de singular importancia, pues le confiere al Estado e Imperio español una actitud racionalista. Para Tomás Moro, la obra hospitalaria no es ni caridad ni altruismo, sino simplemente un elemento indispensable en la vida de una ciudad se basa en la más rígida justicia social. Dentro de ese sistema, es una institución que tiene tanta importancia como valor tienen las vidas de sus ciudadanos. Goza por esto de primacía sobre todas las demás instituciones, es una pequeña ciudad privilegiada, donde los enfermos reciben los más dulces y eficientes cuidados y a donde se acude voluntariamente, prefiriéndola aún a su propia casa.

Es con esta actitud con la que en la Nueva España se establecen los hospitales, van a hacer florecer una obra hospitalaria de caracteres propios, en las zonas rurales con población indígena.

Ya para la Edad Moderna europea, cada vez más se va reduciendo la protección feudal y eclesiástica, y empieza a tomar forma la beneficencia pública, que a diferencia de la caridad, no es ejercida por la Iglesia o por ciudadanos con medios económicos, el protagonismo principal pasa a ser ocupado por los ayuntamientos. Esta acción pública tiene dos caras, por un lado trata de reprimir la pobreza y la mendicidad ampliándose la legislación represora de épocas anteriores; por otro, se comienza a pensar que el hombre desvalido no puede quedar a merced de las ayudas de sus semejantes, ni de las instituciones y, por tanto, se necesita establecer una ayuda social pública que pueda cubrir las situaciones de necesidad. Este interés cristaliza en las leyes de beneficencia, siendo el ayuntamiento de Brujas en 1526 el primer organismo público que convierte la asistencia caritativa a los pobres en el primer plan municipal de beneficencia pública.¹⁴

Tienen origen también en esta época, las primeras leyes respecto a la pobreza. La pobreza molesta a la colectividad, por tanto, intentan impedir la mendicidad al pobre que consideran válido para trabajar y que, por diversas razones no lo hace, su reincidencia en la mendicidad llevaba incluso al sufrimiento de penas. Los pobres eran tratados igual que si fueran ladrones

¹⁴ Heras, Patrocinio, de las "De la beneficencia al bienestar social: cuatro siglos de acción social", en La Cruz Roja en el bienestar social. Encuentro de las Sociedades Iberoamericanas. Cruz Roja Española, Madrid 1985.

u otro tipo de delincuentes y condenados a castigos similares. La Ley de pobres, expedida por la reina Isabel en Inglaterra, es ilustrativa al respecto.

A su vez, en el caso de Alemania, en el siglo XVIII, tenemos a Johann Heinrich von Justi, que hace referencia al cuidado que debe tener el soberano para impedir que las enfermedades y la mortandad afecten a sus súbditos, así como de los medios para desterrar la ociosidad y la mendicidad y otros aspectos semejantes, al efecto señala:

“Estando sujetos los hombres a una infinidad de enfermedades, que a menudo los hacen perecer en la flor de su edad, todas las reglas que yo acabo de dar para aumentar la población son inútiles, cuando el Ministerio no tiene cuidado en prevenirlas y velar por la sanidad de sus súbditos. Para este efecto es conveniente establecer en la capital a un Consejo o Junta de Sanidad compuesto de personas versadas en la policía y de algunos médicos famosos y experimentados, que se ocupe enteramente de este ramo.

El primer cuidado de este Consejo, debe ser prevenir el contagio y demás enfermedades epidémicas, prohibir toda comunicación con los países en donde reinan, mandar hacer cuarentena y velar atentamente tanto sobre las personas que vienen como sobre las mercaderías que salen de allá. Y si la enfermedad llega a extenderse por la ciudad, se deben amurallar las casas infectadas, y proveer el alivio y curación de las personas atacadas del contagio.

En caso de que reine alguna enfermedad epidémica en el país se debe dar luego aviso al Consejo de Sanidad para que examine sus causas y síntomas y que prescriba los remedios que juzgara necesarios.

En los casos extraordinarios, se enviará un médico al lugar infectado para que pueda instruirse mejor de todas las circunstancias de la enfermedad.

Igualmente debe velarse sobre los boticarios, a fin no solamente de que los remedios sean buenos y bien condicionados, sino también para que sean vendidos a su justo precio...

En cuanto a las causas que hacen que una ciudad o una comarca malsana, que hacen que las enfermedades reinen más en un paraje que en otro, y que la mortandad sea mayor, toca al Colegio de Medicina descubrirlas y remediarlas. A él pertenece, por ejemplo, hacer enjugar

las lagunas cuyas exhalaciones corrompen el aire, procurar a los habitantes aguas más sanas, como se ha hecho en Trieste, hacer limpiar la ciudad, impedir el mal aire dando una nueva forma a las casas, a fin de que el aire circule en ellas más libremente. Se debe impedir la corrupción y los excesos que causan las enfermedades y la muerte, por reglamentos y medios indirectos para que no piensen los súbditos que se ataca a su libertad.

En general, pertenece a la prudencia del gobierno no solo prevenir todo lo que tira a despoblar el Estado, sino también obviar las desgracias y calamidades que afligen a los hombres, o al menos dulcificarlas por la sagacidad de los reglamentos y las medidas que el emplea”.¹⁵

En la época contemporánea, a partir de las revoluciones independentistas de América, de la Constitución Política de los Estados Unidos y de la revolución francesa, con su Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, se forja un nuevo tipo de Estado, el llamado Estado de Derecho, basado en los principios de igualdad, fraternidad y libertad, todos los conceptos y relaciones Estado-Sociedad registran cambios significativos, los individuos dejan de ser súbdito y en adelante son ciudadanos, el mandato imperativo cede su lugar al mandato representativo, empieza a considerarse al marginado como un ciudadano con derechos y deberes. Es entonces cuando aparece la asistencia social como un nuevo sistema de protección social.

El Estado empieza a ocuparse de los problemas de los pobres y marginados como una obligación inherente a su propia concepción y no como una tarea residual. Esto provoca que progresivamente se vaya desplazando la acción de la Iglesia - omnipresente hasta ese momento. Si bien es cierto, que el peso mayoritario de la intervención continua estando en la Iglesia, pero la participación constante de otros sectores supone un salto cualitativo muy importante.

La consolidación de la asistencia social va en paralelo, tanto al desarrollo del Estado liberal, como del capitalismo industrial, de ahí la preocupación de los poderes públicos por la acción

¹⁵ Johann Heinrich Gottlieb von Justi, Ciencia del Estado, pp. 50-52. Instituto de Administración Pública del estado de México, 1996.

social, para mitigar el conflicto social entre los factores de la producción, lo que va a dar paso a los movimientos obreros del siglo XIX, y a las teorías del socialismo utópico.

El desarrollo industrial de la segunda mitad del XIX provoca un agravamiento de la marginación, sobre todo en los cinturones de las grandes ciudades, producto de una industrialización vertiginosa y de una inmigración masiva sin la más mínima planificación. Se produce un crecimiento incontrolado de las urbes, que se rodean de grandes cinturones de miseria. Podemos considerar la intervención en este periodo como filantrópico-asistencial. El protagonista de la acción pasa a ser esa potente burguesía que cada vez crece más en las grandes ciudades a consecuencia del desarrollo industrial. Sus acciones mezclan por una parte unos objetivos religiosos y por otra una defensa, no siempre consciente, del propio estilo de vida burgués.¹⁶

1.1.3. Gobierno.

Al gobierno se le puede considerar como el conjunto de Órganos a los que institucionalmente les está confiado el ejercicio del poder. En este sentido el gobierno constituye un elemento del Estado. Las instituciones son responsables de la organización política de la sociedad y en su conjunto, constituyen lo que se conoce como régimen político; las que tienen la tarea de manifestar la orientación política del Estado.¹⁷

De la palabra Gobierno, Roberto Ríos Elizondo, expresó lo siguiente; “gobierno del latín “gubernus” con relación al verbo gubernare, es la acción y efecto de gobernar una nación”¹⁸

Desde el momento en que la evolución de la división del trabajo determinó, por un lado, la formación de relaciones más complejas que las relaciones de parentesco y, por otro la presencia de profundas desigualdades entre los individuos y entre los grupos, surgió la necesidad de organizar a la población bajo el mando de un jefe, el que tenía la obligación de imponer reglas y limitar la presencia de los conflictos y desigualdades entre los individuos y

¹⁶ Véase Navajo Pablo, Del Estado de caridad al Estado de Bienestar, Iniciativa Social, 2004

¹⁷ Bobbio Norberto, Matteucci Nicola, Pasquino Gianfrancano. Diccionario de Política, México, Siglo XXI, 2011, Undécima Reimpresión, pp. 710-712.

¹⁸ RÍOS Elizondo, Roberto. El acto de Gobierno. Ed. Porrúa, México 1975, p.388

los grupos. Así, de manera gradual se dio la transición de la comunidad primitiva a la organización política de la sociedad, apareciendo por primera vez una forma rudimentaria de gobierno.

En todo el transcurso de la evolución histórica de la humanidad, a partir de una determinada fase de su desarrollo, en toda sociedad se puede encontrar alguna forma de gobierno, entendido este como un poder relativamente autónomo respecto de los distintos grupos sociales, y cuya función es llevar a cabo la integración de la sociedad y defenderla de los grupos externos. Es así que la supremacía del gobierno sobre los grupos que operan en una sociedad está garantizada por que detenta el monopolio de la fuerza. Lo anterior refleja un aspecto característico del Estado moderno; producto de una larga y compleja evolución histórica que permite garantizar la supremacía de su poder.

Si tratamos de especificar un poco más las determinaciones posteriores del concepto de gobierno, en relación con las funciones del Estado, tal como se han ido distinguiendo en el transcurso de la historia, y como se han formulado en la doctrina de la división de poderes, se puede afirmar que éste recae en el poder del ejecutivo, lo que conlleva la exclusión de todo el aparato de funcionarios que tienen la tarea de colaborar con el funcionamiento de los servicios públicos, dando cumplimiento a las decisiones del gobierno, en otras palabras estamos hablando de la administración pública.

De lo anterior se concluye que los órganos legislativos y judiciales no forman parte directamente de los Órganos de gobierno. Sin embargo el hecho de que estos Órganos concurren al ejercicio del poder implica también que puedan delimitar y ser un contrapeso en cierto modo a la acción del gobierno.

En el estado moderno el gobierno se compone normalmente del jefe del estado (monarca o presidente de la república), y del consejo de ministros, dirigidos por el jefe del gobierno.

En las repúblicas presidenciales el jefe del Estado es la figura prominente del gobierno, y en las repúblicas parlamentarias la figura prominente es, la del primer ministro. En algunos tipos de federación, como en los Estados Unidos, el presidente reúne los poderes del jefe del Estado y del jefe del gobierno. Así mismo, en las monarquías absolutas todo el poder le

pertenece al monarca. En los regímenes de partido único, el poder del gobierno es detentado por el jefe o los jefes del partido, y en los regímenes bipartidistas el jefe de gobierno es ordinariamente el jefe del partido de la mayoría, en los regímenes pluripartidistas, la designación del jefe de gobierno, surge de un compromiso entre los partidos de coalición de gobierno.¹⁹

1.1.4. Administración Pública.

La Administración Pública es “un término de límites imprecisos que comprende el conjunto de organizaciones públicas que realizan la función administrativa y de gestión del Estado y de otros entes públicos con personalidad jurídica, ya sean de ámbito regional o local”.²⁰ En un sentido abstracto o puro es el “conjunto de principios y reglas que determinan las relaciones entre el estado y sus miembros”

El trabajo que dio origen a los estudios de Administración Pública en los Estados Unidos, es un conocido artículo de Woodrow Wilson, “The Study of Administration”, que fue publicado en *Political Science Quarterly*, en 1887.²¹ Wilson encontró los antecedentes de lo que el llamo Ciencia de la Administración, fuera de los Estados Unidos, en la Prusia del siglo XVIII y en la Francia del modelo napoleónico de administración y organización territorial. Wilson propuso como objeto de la ciencia de la Administración “el descubrir, en primer lugar, qué cosas son las que puede hacer el gobierno de forma apropiada y con éxito y, en segundo lugar, como puede hacer esas cosas con la mayor eficiencia y al menor costo posible tanto en términos de dinero como de energía”. (Wilson, 1887, p.3).

¹⁹ Norberto Bobbio, Nicola Matteucci y Gianfranco pasquino, *Diccionario de Política*, Siglo XXI Editores 1981-1982 vol. 1 p.712

²⁰ Manuel María Diez. *Manual de derecho administrativo*. Plus Ultra. Buenos Aires: 1985.

²¹ Carrillo. Ernesto, “El Estudio de la Administración”, Texto de la Conferencia dictada en el Colegio de México, el 25 de noviembre del 2002.p 1

A más de un siglo del nacimiento de la Administración Pública su concepción ha cambiado. Actualmente los principales centros de producción científica y de difusión del conocimiento de esta disciplina ya no se encuentran en Europa, sino en los Estados Unidos.

Actualmente la disciplina ha mostrado un crecimiento constante, no solo en términos institucionales, sino también en lo relativo a su objeto de estudio. La Administración Pública inicio con el estudio de las organizaciones públicas y la búsqueda de una mejor forma de administrar.

La evolución sobre los estudios de la Administración Pública bajo el enfoque clásico, se hace referencia a los primeros escritos sobre la ciencia de la Administración, se incluye desde luego el escrito de Wilson de 1887, habría que mencionar también los clásicos estudios de Taylor, Fayol, Mooney y Reiley entre otros y finalmente, se podría incluir también, la sociología de la dominación de Weber. De todos los autores mencionados, Wilson y Weber han sido los más influyentes.

Ostrom realizó hace tiempo un análisis de las obras de Wilson y lo cual constituye uno de los mejores resúmenes de las proposiciones básicas al paradigma que Wilson propuso para su concepción de Administración Pública al respecto destaca:

- En cualquier sistema de gobierno siempre habrá un único centro de poder dominante y el gobierno de la sociedad estará controlado por ese centro de poder.
- Cuanto más dividido esté el poder más irresponsable se volverá; o dicho de otra manera, cuanto más unificado este el poder y cuando esté dirigido desde un único centro más responsable será.
- La estructura constitucional define y determina la composición de ese centro de poder y establece la estructura política relativa a la promulgación de las leyes y al control de la administración. Los sistemas de gobierno democráticos elevarán a los representantes del pueblo a la posición de soberanía absoluta.
- El ámbito político fija las tareas a la administración, y el ámbito de la administración permanece fuera de la esfera propia de la política.
- Todos los gobiernos modernos tendrán grandes similitudes estructurales en lo que respecta a las funciones administrativas.

- La perfección en el orden jerárquico de un servicio público profesionalizado proporciona las condiciones estructurales necesarias para una buena administración.
- La perfección en la organización jerárquica maximizará la eficiencia medida como el menor coste en dinero y energía.
- La perfección de una buena administración-tal y como se define más arriba- es una condición necesaria de modernidad de la civilización y para avanzar en el bienestar humano (Ostrom, 1971, pp.20-25).

Con este planteamiento Wilson, establece la dicotomía entre política y administración. Si se quiere que la administración sea eficiente resulta necesario aislarla del proceso político, separando las funciones del ámbito político y el administrativo, y creando una administración profesionalizada desde el punto de vista del personal público y jerarquizada en lo que respecta a su estructura organizativa. Wilson aporta dos temas centrales para el estudio de la ciencia de la administración; el de la distinción entre política y administración y el de la búsqueda de principios de gestión administrativa que contribuyan a mejorar la eficiencia organizativa. (También conocido como “paradigma tradicional (Golembiewski 1977) o la “era ortodoxa” (McCurdy, 1986).

Weber tiene muchos puntos en común con Wilson. Aborda el problema de las relaciones entre políticos y funcionarios y describe los principios de la organización burocrática, vinculándola a los procesos de racionalización, la dominación mediante autoridad, el régimen de gobierno, y los tipos puros de dominación legítima y sus cuadros administrativos.

Para buscar un paradigma alternativo se hizo necesario; buscar otro concepto central, como el de bienes públicos; Plantearse la cuestión de la legitimidad de la intervención del estado en la Economía y la sociedad; desarrollar una teoría de los fallos del mercado analizando los diversos supuestos; observar las disfunciones de la intervención pública, la teoría de los fallos del estado, y plantear el problema de la tensión entre el estado y mercado.

En suma, la Administración Pública tiene como único fin o razón de ser el de realizar o alcanzar los fines políticos del gobierno. Así se puede concluir que si gobernar es fijar metas, propósitos o políticas, administrar es poner los medios para la realización concreta o la conquista de tales objetivos.

1.2. Política Pública.

El uso extenso de la noción de política pública es una de las consecuencias más importantes de la revolución teórica que, en la segunda post-guerra, sacudió a la ciencia política. Esta revolución tuvo una relación directa con la redefinición del rol del estado en la economía, que puso de relieve la importancia de los procesos políticos por sobre el estudio de las instituciones.²²

Para Rafael Bañon y Carrillo (1997) las políticas públicas son “el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios”:²³ Desde este punto de vista, las políticas públicas se pueden entender como un proceso que se inicia cuando un gobierno o un servidor público detecta la existencia de un problema que por su importancia, merece su atención y termina con la evaluación de los resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o impactar ese problema siguiendo a Bañon y Carrillo. El proceso de las políticas públicas, comprende las siguientes fases: 1) Identificación y definición del problema. 2) Formulación de las alternativas de solución. 3) Adopción de una alternativa. 4) Implantación de la alternativa seleccionada. 5) Evaluación de los resultados obtenidos.²⁴

De acuerdo con ambos autores:

A este conjunto de decisiones y acciones emprendidas por el gobierno para influir sobre el problema se le llama política pública, ejemplo de ello son, la educación obligatoria hasta los dieciséis años, la atención sanitaria primaria, el control de las actividades contaminantes, las campañas de educación vial, las pensiones públicas son piezas de otras tantas políticas públicas sectoriales: la política educativa, sanitaria, medioambiental. La definición de

²² Álvarez Díaz, Ángel Eduardo. “Análisis de Políticas Públicas” En Serie Temas De Coyuntura En Gestión Pública, Centro Latinoamericano De Administración Para El Desarrollo, p. 11.

²³ Bañon, Rafael y Carrillo, Ernesto. La Nueva Administración Pública, Madrid, Alianza Universidad Textos 1997.

²⁴ Ídem.

problemas públicos es la primera fase del ciclo de las políticas públicas. Tradicionalmente no se le ha dado una gran importancia a este aspecto, tendiendo, tanto los analistas como los directivos públicos, a concentrar su atención en la búsqueda y valoración de las alternativas de solución, en lugar de concentrarse en el problema planteado.

En otras palabras, se pensaba que el problema existía, estaba ahí, se podía reconocer con facilidad. La dificultad se circunscribía, a lo sumo, a ciertos aspectos técnicos para separar el problema de otros y cuantificarlo con exactitud, de tal forma que se pudiera calcular su magnitud. La realidad nos muestra, por el contrario, que los problemas no existen, sino que son contruidos, definidos subjetiva e interesadamente por un observador. Actores distintos entenderán el problema planteado de manera diferente, reflejando en sus respectivas definiciones sus propios intereses y valores.

La primera tarea del analista de políticas en esta fase es, por tanto, identificar a los actores con algún tipo de intereses en el problema y reconstruir sus definiciones, la forma en que ven el problema. Desde este punto de vista, la definición de problemas es ante todo una cuestión política, decidir a quién se tiene en cuenta y hasta qué punto. El apoyo para la decisión sobre la definición del problema se resuelve con herramientas políticas -consultas, reuniones, intercambios de información, negociaciones y posteriormente con técnicas instrumentales fijación de las fronteras del problema, cuantificación del número de afectados, comprensión de sus posibles ramificaciones y evaluación de la gravedad e intensidad del problema.

En resumen, la definición del problema es una decisión de gran importancia que marca absolutamente el posterior desarrollo de la política pública, al reducir el ámbito de posibles alternativas a considerar. Una definición inadecuada del problema está en la base del fracaso de muchas políticas públicas.

El análisis de políticas pierde gran parte de su utilidad si los directivos públicos no detectan los problemas con la suficiente antelación. Es decir, el problema hay que anticiparlo para poder controlar sus efectos. La detección anticipada del problema no asegura el éxito de la política, pero coloca a su responsable en mejor posición para lograrlo. De entre los

mecanismos para detectar problemas destacan: 1) La función directiva. 2) La participación en redes de gestión. 3) El diseño de segmentos organizativos especializados en la detección de problemas. 4) El análisis de los clientes. 5) La evaluación de las políticas y de los programas en funcionamiento.

En conclusión, la detección es una tarea de búsqueda de informaciones que nos permitan reconocer la presencia de demandas, amenazas u oportunidades, para orientar las políticas presentes y futuras.

El analista debe identificar los problemas que preocupan a una sociedad en un momento determinado y establecer lo que se le denomina agenda sistémica. De esa agenda, los decisores públicos extraen algunos y confeccionan la agenda institucional o agenda política (Jones, 1984). Esta agenda está compuesta por los problemas que los directivos públicos consideran prioritarios en un momento determinado. El análisis del presupuesto de una organización pública, y su evolución en el tiempo, es el mejor modo de medir con precisión qué temas componen su agenda y qué orden de prioridad han establecido sus directivos.

No todos los problemas de la agenda sistémica tienen las mismas posibilidades de acceso a la agenda institucional; unos entran con más facilidad que otros. Podemos hablar, por tanto, de la existencia de sesgo en la accesibilidad a la agenda institucional.

El siguiente paso es, la formulación de las políticas públicas. Una vez que un gobierno conoce la existencia de un problema, lo define y rechaza la opción de no actuar sobre él, comienza el proceso de elaboración de la política pública para intentar proporcionar soluciones. La formulación de la política incluye: el establecimiento de las metas y objetivos a alcanzar, la detección y generación de los posibles caminos -alternativas- para llegar a los objetivos, la valoración y comparación de los impactos de esas vías alternativas y, finalmente, la selección de una opción o combinación de ellas. La fase de formulación es una tarea exclusiva de los actores públicos, la responsabilidad sobre la decisión final y el diseño de la política permanece en manos del gobierno. Para que una política sea pública es requisito indispensable que esté investida de legalidad, es decir, que sólo desde el ámbito público se puede formular una política pública.

El acuerdo sobre el concepto de elaboración de las políticas es aún un tema abierto que ha generado dos corrientes principales de análisis: el racionalismo y el incrementalismo. La diferencia fundamental entre ambas corrientes es la importancia que conceden al análisis de políticas para influir y mejorar la elaboración de las políticas. Para los racionalistas es posible, mediante el análisis, que las decisiones públicas se asemejen a las decisiones que adoptan los ingenieros, los industriales, los estrategas militares, decisiones cuantificables, operativas, guiadas por criterios de eficacia en la consecución de los objetivos y eficiencia económica, preocupándose no sólo de qué hacer, sino también de cómo hacerlo (Quade, 1989). Por el contrario, los incrementalistas abundan en el carácter elusivo, complejo, fragmentado y a veces incomprensible de los procesos sociales sobre los que las políticas públicas intentan influir, de modo que el análisis de políticas poco puede hacer para ordenar el cambio en presencia de factores como las relaciones entre los distintos niveles de gobierno, la divergencia de intereses, la inexistencia de objetivos claros y compatibles sobre qué debe hacerse, las presiones de individuos, grupos y empresas.

La implantación de las políticas públicas

Los estudios de implantación de políticas comienzan a desarrollarse al final de los años sesenta y conocen su máximo desarrollo en las dos décadas siguientes. Hasta ese momento la reflexión teórica y los estudios de caso se habían centrado en la fase de formulación. Era como si se presumiera que el proceso de formación de las políticas públicas concluía con la adopción de una alternativa. Se hacía coincidir el concepto de política pública con el de adopción de decisiones, de modo que la implantación, entendida como puesta en marcha de la decisión, no formaba parte de la política. La implantación era una cuestión técnica, sin importancia, que debían resolver los administradores profesionales.

La evaluación es la última fase del proceso de la política pública y, puesto que el proceso es cíclico, es también la primera. El análisis de los resultados conduce a una revisión del estado del problema que puede dar lugar a una nueva política, a la continuación de la existente o a la terminación de la misma.

La evaluación de políticas no es un simple instrumento técnico, es también un mecanismo político de primer orden. En los sistemas democráticos los productos de la evaluación tienen diferentes utilidades políticas Warin, (1993):

- * El control parlamentario de las actuaciones del ejecutivo y sus administraciones.
- * La presentación de resultados a los usuarios de los servicios públicos y al resto de los ciudadanos.
- * La legitimación de acciones de rediseño organizativo o de políticas de ajuste de recursos.
- * El mantenimiento de la confianza y la cooperación entre los actores públicos y no públicos que participan en el proceso de las políticas públicas.
- * El reforzamiento -o la destrucción- de la reputación de eficacia, eficiencia y oportunidad de una política.
- * El reforzamiento de la legitimidad de un tipo de liderazgo y de las oportunidades organizativas de apropiación presupuestaria. (Warin, 1993)

En definitiva, en un sistema democrático, el gobierno tiene que rendir cuenta de sus actos, explicar sus decisiones a los ciudadanos, presentar los logros alcanzados en las distintas áreas en las que interviene y legitimar, con resultados, sus decisiones. La evaluación cumple la función política de ofrecer un mecanismo de justificación de las actuaciones ante los clientes/ciudadanos, incluso en los casos en que ésta constituye sólo una representación simbólica de la responsabilidad pública, sin consecuencias prácticas de tipo correctivo. La justificación última de la evaluación es, pues, el ejercicio de la responsabilidad política y la búsqueda de lo que se ha denominado la eficacia democrática (Bañón y Carrillo, 1994). Esta finalidad política de la evaluación es particularmente clara en el caso de países como el nuestro, en que se observa un aumento del volumen de programas y políticas que se gestionan intergubernamentalmente.

La meta general de la evaluación es producir información que sirva para orientar y valorar las decisiones vinculadas al diseño, la gestión y el futuro de las políticas públicas.

El valor del enfoque de las políticas públicas radica en su preocupación por la acción del gobierno y sus administraciones. No se interesa tanto por la estructura y composición del sistema político-administrativo como por su funcionamiento.

Las políticas públicas definen y dan dirección a los esfuerzos coordinados emprendidos por la sociedad. Es así como los gobiernos determinan las estrategias que harán frente a las demandas de la población, las cuales muchas veces representan las necesidades y expectativas sociales. En este sentido las políticas públicas en salud dan forma a las acciones del gobierno encaminadas a proteger y fortalecer la salud de su población, mientras los sistemas de salud son los responsables de implementarlas.

Dentro de los mecanismos que orientan a la toma de decisiones e implementación de acciones en salud se encuentran los mecanismos de retroalimentación, tanto epidemiológica como demográfica y económica, además de elementos menos explorados como es la queja y las inconformidades en el marco de la atención a la salud.

El derecho a la protección de la salud, plasmado en la Constitución política del Estado mexicano, encabeza la dirección de las políticas públicas en salud en México y representa el compromiso del Estado para contribuir al bienestar de la sociedad; sin embargo, es claro que desde su conceptualización no resultaba posible definirlo completamente ni establecer sus alcances.

En principio podemos pensar que en varios aspectos está, por lo menos parcialmente atendido. Se han desarrollado programas universales de prevención de enfermedades y de control sanitario. En teoría, lo mismo ocurre con la atención médica. Una gran parte de la población puede recibir servicios de las instituciones de seguridad social; la otra, por los llamados servicios a población abierta y por los servicios de salud privados. Sus límites son la disponibilidad y la accesibilidad.

Si el acceso a los servicios de salud forma parte fundamental del derecho a la protección de la salud, resulta claro que la calidad con la que se ofrecen y la satisfacción de los usuarios está incluida en el concepto. Para intentar dar satisfacción a este concepto se establece un sistema de salud que, como todo sistema, debe tener un conjunto de reglas o principios enlazados entre sí que contribuyan a conseguirlo.

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal es mejorar la salud; requiere disponer de recursos humanos, financieros y de suministros entre otros, pero básicamente de un rumbo claro.

Así como el derecho a la protección de la salud es responsabilidad del Estado, también lo es el sistema de salud que es uno de sus ingredientes y que pretende mejorar la calidad de vida de la población a la que sirve.

El Sistema de Salud Mexicano

Existen diferentes modelos que estructuran a los sistemas de salud y definen sus funciones. México cuenta con un sistema de salud fragmentado en donde conviven instituciones privadas, públicas y de seguridad social. Esta fragmentación hace difícil concertar acciones y condiciona que los intereses generales de la sociedad no siempre estén representados en las acciones encaminadas a la atención y fortalecimiento de la salud.

Así, el sistema de salud mexicano ofrece servicios a través de servicios privados, de seguridad social y a aquellos que careciendo de capacidad de pago para tener acceso al primero, ni relación laboral que les permita ingresar al segundo, esto es, la llamada población abierta, reciben los servicios de la Secretaría de Salud y de otras instituciones, ya sean del sector público o de asociaciones civiles. Los grupos de población a los que sirven estos componentes no son permanentes; por ejemplo. Si una persona pierde su trabajo pasará a formar parte del grupo de población abierta o por el contrario, si una persona obtiene un empleo formal, se convierte en asegurado.

Por otro lado, ocurre que un asegurado no necesariamente acude a los servicios a los que tiene derecho y utiliza los servicios privados o incluso los que se ofrecen a población abierta. Hay también personas que tienen un empleo en el denominado sector privado y

simultáneamente otro en el sector público, lo que les concede derecho a utilizar dos tipos de servicios de seguridad social. De esta suerte, en el sistema de salud mexicano, potencialmente, hay personas o familias que dependiendo de sus condiciones laborales y de su capacidad económica pueden acudir a dos servicios de seguridad social, a los servicios privados e incluso a los de población abierta.

Creemos que no hay un sistema de salud perfecto y que los gobiernos están interesados en acercarse a ello; sin embargo, sus orígenes, varios resultado de luchas sociales, gremiales o de la búsqueda por ofrecer satisfactores a la población, o por sus características estructurales, jurídicas y administrativas dificultan, o de plano impiden un avance hacia un sistema armónico y funcionalmente adecuado.

Otra de las limitantes para tener un sistema de salud ideal es la falta de planeación y de visión a futuro. Muchas de las unidades médicas, particularmente las especializadas fueron creadas para dar satisfacción a necesidades propias del momento, sin considerar el dinamismo del comportamiento de la población y de sus características epidemiológicas, además de su ubicación para ofrecer un acceso relativamente fácil a los usuarios. Diversos esfuerzos se han realizado para equilibrar al sistema de salud mexicano y fomentar la atención a las demandas sociales, muchas veces expresadas por las expectativas de la población en cuanto al acceso, a tratamiento de calidad y a su financiamiento.

En otra línea de pensamiento, hasta los años setentas del siglo pasado, los médicos eran la autoridad sobre el paciente, a él le correspondía determinar lo que era mejor para el enfermo, sin que éste interviniera en las decisiones. La premisa era que el que más sabe sobre la enfermedad es el médico. El paciente tenía un papel pasivo, sometido al conocimiento del médico. Con el acceso universal a todo tipo de información sobre temas de salud, el conocimiento está a disposición no sólo del médico sino también del paciente, con la interpretación que éste mismo pueda darle, lo que ha propiciado un rol más activo sobre las decisiones que han de tomarse en cuanto a su salud. También ha creado una mayor exigencia de los usuarios y elevadas expectativas en la capacidad resolutoria de los servicios de salud y en el beneficio potencial de los avances científicos, lo que abre espacios para que el paciente cuestione en muchas ocasiones el quehacer del médico.

Por otro lado, en las últimas décadas se han desarrollado nuevos modelos con un enfoque de tipo gerencial, orientados básicamente a alcanzar una mayor productividad y calidad en la atención, así como a incrementar la eficiencia en el uso de los recursos. Se ha vuelto entonces prioritario para los administradores de los sistemas de salud el costo de la atención. El paciente es visto en muchos casos en términos económicos y no en su condición de enfermo; además, con la aparición de intermediarios financieros, como las aseguradoras, cobró importancia el número de consultas a las que puede acceder el paciente y cuántos estudios es posible realizarle. Da la impresión de que el enfoque está en el costo y en hacer un uso racional de los servicios.

1.3. Mecanismos alternativos de solución de controversias.

Arbitraje.

De acuerdo a Ulpiano el derecho es la constante y perpetua voluntad de dar a cada quien lo suyo ²⁵ por su parte el Dr. Villorio lo define como “El sistema racional de normas sociales de conducta declaradas obligatorias por la autoridad, por considerarlas soluciones justas a los problemas surgidos de la realidad histórica”²⁶ luego entonces entre estos dos conceptos de derecho, existe un común denominador que es la justicia, lo que significa que en ambas definiciones se busca dar a cada quien lo que le corresponde; sin embargo no siempre es fácil lograrlo y entonces es necesario acudir a un tercero para que solucione la controversia suscitada entre las partes.

Independientemente de quién resuelva la controversia lo importante es hacer justicia, pero para ello es necesario establecer las reglas conforme a las cuáles se va a impartir, para que las partes en conflicto sepan cómo reclamar sus derechos.

Existen otras alternativas para dirimir los conflictos que surjan entre las partes, como lo son la amigable composición o conciliación, el arbitraje en estricto derecho y el arbitraje de equidad o conciencia.

La amigable composición en realidad no es una forma de impartir justicia pues el amigable componedor o conciliador no va a dictar una resolución conforme a derecho que ponga fin a la

²⁵ Petite, Eugene, Tratado Elemental de Derecho Romano, México D.F., Edinal Impresora, S.A., 1975, p. 19

²⁶ Villoro Toranzo, Miguel. Introducción al Estudio del Derecho, Editorial Porrúa S.A. Segunda Edición, México D.F. 1974, p. 127.

controversia, sino que tan solo se va a limitar a proponer a las partes alternativas de solución, mismas que pueden ser aprobadas o no, en la inteligencia de que si una de las alternativas es aprobada por ambas partes, entonces de común acuerdo la adoptan y ellos mismos ponen fin al conflicto, pero de ninguna manera los sujetos del conflicto se someten a la potestad del componedor, ni éste tiene facultad alguna para emitir una decisión que los vincule.

Sin embargo en la doctrina al amigable componedor se le considera como árbitro de conciencia pues, “El arbitraje de amigables componedores, denomínese de árbitros arbitradores, en razón de que proceden según el arbitrio de su conciencia y con el sentimiento de amistad, para avenir a ambas partes, pacificándolas, equitativamente”²⁷

El árbitro es la persona que por su honorabilidad es escogida por aquellas partes que están en conflicto, para que lo resuelva en buena fe y en equidad.

El arbitraje es entonces una institución jurídica que permite a los contendientes confiar la resolución de la controversia a uno o más particulares. El arbitraje de buena fe y equidad se da cuando las partes en conflicto deciden someterse a una decisión tomada por el árbitro a verdad sabida y buena fe, la apreciación de los hechos que conoce debe someterla a su conciencia para que su resolución sea conforme a la verdad real, en el entendido de que ésta es aquella que se da en la realidad, se haya demostrado o no en el procedimiento, mientras que la verdad formal es aquella que se acredita en el procedimiento aunque no sea lo que se dio en la realidad y el árbitro cuando actúa en conciencia debe resolver conforme a la verdad real que conozca y de buena fe, lo que significa que su resolución puede ir en contra de la verdad que formalmente se demostró en el expediente. Por su parte el árbitro de derecho es aquel que resuelve conforme a la ley y conforme a las reglas pactadas para ese arbitraje.

Estos métodos alternos de solución de conflictos constituyen mecanismos generalmente más eficientes que los medios judiciales tradicionales, porque diseñan procedimientos ad hoc a la naturaleza de la controversia, procedimientos en los cuales, generalmente es un experto en la materia quien va a intervenir, ya sea para resolver el conflicto a través de un laudo, en

²⁷ Enciclopedia Jurídica Omeba, Tomo XVII, Driskil, S.A., Argentina, 1982, pág. 161

arbitraje o propiciando un acercamiento entre las partes, a efecto de que ellas mismas alcancen una solución al problema.²⁸

En el nuevo Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se han distinguido las tres especies arbitrales, las cuales resultan complementarias entre sí.²⁹

En esos términos, el artículo 2º del Reglamento antes citado señala:

Arbitraje en amigable composición.- Procedimiento para el arreglo de una controversia, entre un usuario y un prestador de servicio médico, oyendo las propuestas de la CONAMED.

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 resuelve la controversia según las reglas del derecho, atendiendo a los puntos debidamente probados por las partes.

Arbitraje en conciencia.- Procedimiento para el arreglo de una controversia, entre un usuario y un prestador de servicio médico, en el cual la CONAMED resuelve la controversia en equidad, bastando ponderar el cumplimiento de los principios científicos y éticos de la práctica médica.

El arbitraje se constituye en la opción más viable para resolver el conflicto cuando las partes no han podido llegar a un acuerdo a través de la conciliación, ya que al ser un proceso más flexible y bajo la modalidad de un juicio de expertos, garantizan un pronunciamiento objetivo e imparcial.

El arbitraje es una figura jurídica ampliamente reconocida en nuestro derecho positivo por las ventajas que tiene respecto de los juicios que se desahogan ante los órganos de impartición de justicia, pues sin pretender sustituirlos, otorga a las partes la posibilidad de resolver sus diferencias en un tiempo más breve que el que usualmente se lleva en los tribunales, lo que además es acorde con la tendencia internacional de hacer efectivo el principio universal a cargo del estado de brindar justicia pronta y expedita.³⁰

El Compromiso Arbitral

²⁸ CONAMED, Modelo Mexicano de Arbitraje Médico, 1ª Edición, México, D.F. 2003, pp.15-17.

²⁹ Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial, D.O.F., 25 de julio del 2006.

³⁰ CONAMED, Modelo Mexicano de Arbitraje Médico, 1ª Edición, México, D.F. 2003, op.cit, pág. 20

“El arbitraje convencional puede nacer como producto de una cláusula compromisoria o como resultado de un compromiso arbitral. La cláusula compromisoria, es aquella que las partes acuerdan incluir en un convenio como una cláusula más, pero en ella pactan que cualquier conflicto que se suscite con motivo de la interpretación, cumplimiento y ejecución del convenio, lo someterán a un arbitraje. En esta cláusula no es necesario que las partes señalen el árbitro ni las reglas arbitrales a las que se someterán, pues dicha cláusula compromisoria es un convenio preparatorio en el que las partes contraen obligaciones de hacer y qué consisten en que se comprometen a someter cualquier posible controversia que se dé con motivo del convenio a un procedimiento arbitral”.³¹

“Por su parte el compromiso arbitral, ya es el convenio definitivo en el que las partes deben señalar con toda precisión la materia del arbitraje; las reglas arbitrales a que se someterá el procedimiento, es decir la duración del arbitraje, la forma y presentación de la demanda, la forma y término en que deberá contestarse y en su caso formularse la reconvención, la forma en que se ofrecerán y desahogarán las pruebas y los términos para hacerlo, los requisitos que deberá contener el laudo que se dicte, la procedencia o no de algún recurso y los requisitos para la ejecución del laudo; de ser posible también se indicará el árbitro o árbitros que resuelvan la disputa, en el entendido de que si no lo hacen podrán acudir al juez para que él determine quién o quienes arbitrarán dicho procedimiento”.³²

El arbitraje legal es el que deriva de una norma general, abstracta y obligatoria llámese tratado, ley, reglamento, etc., y puede ser obligatorio o voluntario. El arbitraje legal obligatorio es aquel que necesariamente debe seguirse cuando en la realidad se presenten los conflictos previstos en la hipótesis normativa de la ley, por lo que las partes necesariamente tienen que dirimir sus controversias en un arbitraje y conforme a las reglas previstas en la propia ley, piénsese en el Tratado de Libre Comercio de Norteamérica³³, en el que los sujetos que a él se adhieren están obligados a resolver su controversia a través de paneles arbitrales, quienes

³¹ Ídem.

³² Ídem.

³³ En sus artículos 109 y 2003 a 2022 establece que los estados parte formaran una zona de libre comercio y que para resolver los problemas que se presenten iniciaran un procedimiento de consultas para resolverlo, pero si esto no es posible, entonces se acudirá a la Comisión de Libre Comercio, pero si tampoco la Comisión puede solucionarlo, entonces se pasará a la etapa arbitral.

deberán resolver conforme a las reglas arbitrales previstas en el propio tratado o en otros tratados a los que éste remita. El arbitraje legal voluntario es aquel que aunque está previsto en la ley para solucionar determinado tipo de conflictos, queda a la voluntad de las partes someterse o no a ese procedimiento.³⁴

De lo expuesto en los párrafos que anteceden se puede concluir que el arbitraje es un medio de solución de controversias que puede nacer de la voluntad de las partes o de la voluntad de la ley, pero en todo caso las personas que se van a someter a él convienen o consienten en que un tercero llamado árbitro, quién no forma parte del poder judicial, después de escucharlas emita una resolución llamada laudo por la que ponga fin al conflicto sometido a su consideración, teniendo su resolución carácter vinculativo entre las partes, es decir que es obligatoria para ellas.

El Laudo Arbitral

“Es la resolución que dicta el árbitro por medio de la cual pone fin al procedimiento arbitral y en ella puede resolverse o no el fondo del conflicto. El laudo al igual que toda sentencia debe de contener tres apartados esenciales, el primero que será en donde el árbitro narre los antecedentes que dieron lugar al procedimiento arbitral, así como los hechos que se suscitaron durante el mismo, ésta parte equivale al resultando de una sentencia; el segundo deberá contener un silogismo jurídico, es decir en él, el árbitro estudiará la Litis que le fue planteada y la confrontará con las pruebas rendidas y con las normas aplicables al conflicto y con base en ello resolver la controversia, a esta parte del laudo, en la sentencia se le conoce

³⁴ En efecto los artículos 93 y 103 bis de la Ley Federal de Instituciones de Fianzas prescriben que el beneficiario de la fianza deberá presentar su reclamación directamente ante la institución de fianzas. En caso de que ésta no le dé contestación o que exista inconformidad respecto de la resolución emitida por la misma, el reclamante podrá, a su elección, hacer valer sus derechos ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; o bien, ante los tribunales competentes. En el primer caso, las instituciones afianzadoras estarán obligadas a someterse al procedimiento de conciliación. Así mismo las instituciones de fianzas podrán convenir libremente con el solicitante, fiado, obligado solidario o contrafiador, procedimientos convencionales ante tribunales o árbitros, para resolver sus controversias. Por su parte en la Ley Federal de Protección al Consumidor se establece en sus artículos 111 a 122 un procedimiento conciliatorio y arbitral de carácter legal, al que puede acudir voluntariamente el consumidor, pero si lo hace la etapa conciliatoria es obligatoria para el proveedor, en la inteligencia de que si no llega a ninguna solución las partes podrán optar por el arbitraje ante la Procuraduría, pero en este caso ambos deberán estar de acuerdo, o dejar sus derechos a salvo para hacerlos valer en Tribunales.

como considerando, porque en ella el árbitro vierte sus consideraciones para determinar a cuál de las partes asiste la razón, la que dará lugar a que en la parte final del laudo de manera expresa se indique si se absuelve o se condena a la parte demanda y, para el caso de que se le condene, deberá precisarse a qué prestaciones fue condenada y a esto es a lo que en una sentencia se denomina parte resolutive”.³⁵

Ejecución del Laudo

“Debido a que el árbitro no tiene imperio para ejecutar la resolución que emitió, las partes deben acudir ante la autoridad judicial para que sea ésta quien ordene la ejecución del laudo, en el entendido de que el juez no podrá negarse a su ejecución a menos que exista una violación notoria al orden público mexicano, pero si aunque en apariencia el árbitro cumplió con las formalidades esenciales del procedimiento, el juez tendrá que ordenar la ejecución del laudo y en todo caso será mediante el juicio de amparo que se interponga en contra de la orden de ejecución, el ataque a la violación de las formalidades esenciales, o bien a través de una demanda de nulidad del compromiso arbitral y de las consecuencias derivadas de él, que serían el procedimiento arbitral incluyendo el laudo y la ejecución del mismo”.³⁶

2. MODELO MEXICANO DE ARBITRAJE MEDICO

2.1. Antecedentes.

La demanda creciente de los pacientes de ser oídos, y la proliferación de la cultura de la demanda por mala práctica y la inquietud de la población mexicana por ser oído y obtener la atención a sus demandas, no solo en el ámbito judicial sino en el medio medico dio como resultado en 1983 la creación de una figura denominada “ombudsman de la salud” esta se estableció en la Secretaría de Salud pero nunca opero y fue cancelada.

Este tema no se tocó más durante 12 años, sin embargo las demandas de la población mexicana sobre la deficiente calidad de los servicio de salud, hizo resurgir este tema y obligo

³⁵ Ibíd., pág. 23

³⁶ Ídem.

al gobierno federal a diseñar un modelo idóneo para atender las quejas médicas sobre los servicios de salud.³⁷

El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 planteaba en su momento, mejorar la calidad de los servicios médicos a través de la reestructuración de las instituciones, así como atender las legítimas demandas de los usuarios para que los servicios operen con mayor calidad y eficiencia. En tales circunstancias resultaba necesario que la población contara 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,³⁸

El entonces Secretario de Salud Dr. Juan Ramón de la Fuente dio instrucciones para constituir un organismo que se encargara de las demandas de la sociedad en el ámbito de los servicios de salud. El primer planteamiento fue la creación de una Procuraduría de la salud, término que el gremio médico no aceptó por la connotación policial y persecutoria, aun cuando nunca fue la intención del gobierno de darle este tipo de atribuciones sino más bien garantizar los derechos de los pacientes en un clima de equilibrio, justicia y conciliación amistosa.

Por esta razón se pensó en un organismo más parecido a un tribunal de amigable composición, que estimulara soluciones satisfactorias y justas tanto para los pacientes como para los prestadores de los servicios de salud. No se tenían noticias y antecedentes de un organismo parecido en otros países del mundo, por lo que el grupo de trabajo cuidó los aspectos jurídicos, legislativos, médicos y sociales para evitar en la medida de lo posible invadir las atribuciones de otras instituciones y para garantizar una buena coordinación con ellas, como los tribunales jurisdiccionales, las Comisiones de Derechos Humanos, del H Congreso de la Unión, de la entonces Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo, de las instituciones de seguridad social, de la autoridad sanitaria, de los colegios de los profesionales de la salud entre otros. Así se llegó al nombre idóneo Comisión Nacional de

³⁷ Fernández Varela Mejía, Héctor. Acciones realizadas 1996-2000, En: Diez Años de Arbitraje Médico en México, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 1ª Edición México D.F. 2006, págs. 67-68.

³⁸ Fernández Varela Mejía, Héctor, *op. cit.*, nota 2.

Arbitraje Médico, le fue autorizada una estructura sólida y amplia para poder desarrollar sus funciones.

Es así que para fortalecer la garantía del derecho a la protección de la salud, con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios médicos y contribuir a la resolución oportuna y adecuada de los conflictos que se dan entre los usuarios y los prestadores de servicios médicos, el Ejecutivo Federal dispuso la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, cuyo decreto aparece publicado el 3 de junio de 1996 en el Diario Oficial de la Federación.

Se le doto de autonomía técnica para la emisión de sus opiniones, acuerdos y laudos, y para actuar con en consecuencia de sus atribuciones con imparcialidad y justicia. Se creó como una alternativa a los órganos jurisdiccionales, y para colaborar con estos ya que pueden recurrir a un organismo facultado y altamente calificado para la elaboración de dictámenes y peritajes especializados.

En términos del artículo 4º del Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, las atribuciones son las siguientes: "I. Brindar asesoría e información a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones; II. 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 servicios; III. Recibir toda la información y pruebas que aporten los prestadores de servicios médicos y los usuarios, en relación con las quejas planteadas y, en su caso requerir aquéllas otras que sean necesarias para dilucidar tales quejas, así como practicar las diligencias que corresponda; IV Intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos por Probables actos u omisiones derivadas de la prestación del servicio; probables casos de negligencia con consecuencia sobre la salud del usuarios y aquellas que sean acordadas por el Consejo; V Fungir como árbitro y pronunciar los laudos que correspondan cuando las partes se sometan expresamente al arbitraje; VI Emitir opiniones sobre las quejas de que conozca, así como intervenir de oficio en cualquier otra cuestión que se considere de interés general en la esfera de su competencia; VII Hacer del conocimiento del órgano de control competente, la negativa expresa o tácita de un servidor público de proporcionar la

información que le hubiere solicitado la Comisión Nacional en el ejercicio de sus atribuciones; VIII Hacer del conocimiento de las autoridades competentes, y de los colegios, academias, asociaciones y consejos de médicos, así como de los comités de ética u otros similares, la negativa expresa o tácita de los prestadores de servicios, de proporcionar la información que le hubiere solicitado la Comisión Nacional. Asimismo informar del incumplimiento por parte de los citados prestadores de servicios, de sus resoluciones, de cualquier irregularidad que se detecte y de hechos que, en su caso, pudieran llegar a constituir la comisión de algún ilícito; IX Elaborar los dictámenes o peritajes médicos que le sean solicitados por las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia; X Convenir con instituciones, organismos y organizaciones públicas y privadas, acciones de coordinación y concertación que le permitan cumplir con sus funciones; XI Asesorar a los gobiernos de las entidades federativas para la constitución de instituciones análogas a la Comisión Nacional; XII Orientar a los usuarios sobre las instancias competentes para resolver conflictos derivados de servicios médicos prestados por quienes carecen de título o cédula profesional y, XIII Las demás que determinen otras disposiciones aplicables”³⁹.

Es importante mencionar que se consideró importante que la CONAMED contara con un Consejo integrado por personalidades de la Sociedad Civil que participaran de manera honorífica, con nombramiento del Presidente de la República, para establecer las políticas generales y evaluar el desempeño de la gestión institucional.

Durante esta primera etapa (1996-2000) se diseñaron y optimizaron los procedimientos de admisión de quejas, para su atención se conformaron equipos de trabajo compuestos por un médico y un abogado; se establecieron criterios para la integración de los expedientes de los casos admitidos; los tiempos para el análisis de los casos en el área de conciliación; los criterios para conducir las audiencias de conciliación, los términos de las convocatorias del prestador del servicio de salud; los formatos para los acuerdos de conciliación; los términos para proponer el juicio arbitral en caso de no conciliarse; el formato del compromiso arbitral; y para apoyar el registro de todo lo anterior, se instrumentó el Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED) que en 1999 fue registrado como una obra de propiedad de la Institución,

³⁹ Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; Publicado en el Diario Oficial de la Federación del 3 de junio de 1996.

ante el Instituto Nacional del Derecho del Autor. Esta primera etapa fue de mucha actividad y creatividad ya que prácticamente se partió de cero, y se tuvo que conformar toda una estructura de conceptos y de procedimientos para la atención de la queja médica.

Esta primera etapa concluyó con el sexenio en diciembre del año 2000 en que se nombra a un nuevo comisionado nacional, en esas mismas fechas la Secretaría de Salud definía los lineamientos generales para la gestión gubernamental en el sector salud y se integraron el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud para el periodo 2001-2006.

Es así que para encaminar los esfuerzos del gobierno de manera eficaz hacia el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 se reorganizó la oficina de la Presidencia de la república y se establecieron tres comisiones; la de Desarrollo Social y Humano, Crecimiento con Calidad y Orden y Respeto.

La Comisión para el Desarrollo Social y Humano estableció como su misión y razón de ser la presencia individual y colectiva de los mexicanos, y se comprometió con la sociedad a realizar acciones tendientes a incrementar la calidad de vida y a aplicar estrategias para obtener la satisfacción de sus necesidades básicas, así como disminuir la inequidades de todo tipo.

Entre los principales objetivos rectores y estrategias de esta área se planteó: elevar los niveles de salud al garantizar el acceso a los servicios integrales de salud con calidad y trato digno, y fortalecer el tejido social al reducir las desigualdades y asegurar protección económica a las familias.

En el Programa Nacional de Salud se definieron cinco estrategias sustantivas y cinco instrumentales. Entre las primeras está el compromiso de desplegar una Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud, la Cruzada formó parte de la estrategia número cuatro, cuyo objetivo general era elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, mejora que debe ser percibida por la ciudadanía al recibir un trato digno y una atención médica efectiva.

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud reconoció el bajo nivel de calidad en los servicios públicos y privados, desequilibrios de niveles de calidad, percepción

de mala imagen, además de una deficiente y poca confiable información para evaluar el desempeño.

En este entorno de planes de gobierno, compromisos y establecimientos de políticas institucionales se elaboró el programa denominado Consolidación del Arbitraje Médico como un elemento base para el cumplimiento de las acciones de la CONAMED, que de esta forma se unió a la Cruzada Nacional por la Calidad.

En la presentación del programa el Dr. Julio Frenk Secretario de Salud estableció que los objetivos esenciales del programa eran:

Fomentar la nueva cultura para la salud, evitar la medicina defensiva y garantizar el Derecho a la Protección de la salud.

Instaurar una política preventiva del conflicto médico y, ante la aparición del mismo, obtener la solución no litigiosa de controversias.

Coadyuvar con las instancias de procuración e impartición de justicia, con elementos de análisis especializado para la correcta interpretación del acto médico.

Retroalimentar al Sistema Nacional de Salud, especialmente a través de recomendaciones para la mejora de la calidad y la educación médica.

Consolidar el arbitraje médico significa privilegiar las vías alternas para la solución de controversias en la atención médica, beneficiar la relación médico paciente y propiciar la calidad de los servicios.

Fueron cuatro los objetivos estratégicos comprometidos y plasmados en el programa de consolidación.

1.- Consolidar el modelo de atención de inconformidades para ser el centro nacional de referencia, un modelo que se basa en la integración de los procedimientos de orientación, conciliación y arbitraje, la gestión pericial y la emisión de recomendaciones para mejorar la calidad de la práctica de la medicina. Para lograrlo se planteaban dos estrategias: estandarizar el modelo de arbitraje médico y ampliar la cobertura del servicio al interior del país.

2.- Lograr la resolución de conflictos con eficiencia y satisfacción de los usuarios, a fin de obtener la pronta y expedita solución de controversias, asimismo permite a las partes un régimen de libertad, establecer vías de arreglo y entendimiento bajo el principio de autonomía de la voluntad.

3.- Influir en la mejora de la práctica de la medicina, para este objetivo se plantearon dos estrategias, las cuales se refieren a la emisión de recomendaciones para el buen ejercicio de la práctica de la medicina y la enseñanza de temas relacionados con la prevención y atención del conflicto médico y la calidad de la práctica médica.

4.- Proyectar en el contexto nacional e internacional el Modelo CONAMED y obtener el reconocimiento social.⁴⁰

En el año 2000 con el inicio de la administración se plantea certificar los procesos de arbitraje médico de la CONAMED con el fin de implementar servicios de calidad para sus usuarios, la implantación del sistema de gestión de calidad en el 2002, permitió desarrollar una planeación estratégica, definir el rumbo de la comisión en base a la misión y visión establecidas, para mejorar la productividad y satisfacción de los usuarios tanto internos como externos.

En el esquema de planeación estratégica se identificaron las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas. En su momento consistió en un proceso de reflexión y discusión donde se identificaron los factores importantes en estas áreas con respecto a la Institución y el objetivo fue usar las fortalezas, aprovechar las oportunidades, reducir las debilidades y luchar contra las amenazas.

La Comisión en sus inicios operaba bajo un esquema de procesos fragmentados al ubicar la responsabilidad de partes del proceso a diferentes áreas. En estos intervenían la Subcomisión Nacional A (actualmente subcomisión médica) encargada de ejecutar los procedimientos de orientación, conciliación y arbitraje y la Subcomisión Nacional B, (actualmente subcomisión jurídica) responsable de cerrar el ciclo del servicio con el seguimiento del cumplimiento de los acuerdos en los convenios de resolución de los casos atendidos.

⁴⁰ Manuell Lee, Gabriel R. La Consolidación, En: Diez Años de Arbitraje Médico en México, 1ª Edición, México D.F. 2006.pp.99-102.

Al principio de la Gestión 2000-2006 se reestructuro la organización para hacer más eficiente la atención a los usuarios integrando en la subcomisión A la responsabilidad del desahogo de los casos desde su presentación hasta su resolución y seguimiento de los acuerdos convenidos. Se integró en una Dirección General la atención de los procedimientos conciliatorios tanto del Distrito Federal como del interior de la República. Por otro lado se crearon áreas adjetivas para desarrollar funciones estratégicas de apoyo al quehacer institucional como: La Dirección General de promoción y Difusión, la Dirección General de Enseñanza e Investigación, la Dirección General de Asuntos Jurídicos y Asesoría Legal, la Dirección General de Innovación y Calidad. Durante el año 2004 se realizó una segunda reestructuración en función de la eficiencia organizacional, logrando realizar una mayor cobertura de atención con un 25 % menos de personal; dos Direcciones Generales se eliminaron y por otra parte se equilibró el soporte técnico institucional en los aspectos médico y jurídico y se otorgó mayor autonomía de gestión a las Direcciones Generales.

Se implementó la Planeación Estratégica Institucional apegada a los compromisos que el Ejecutivo federal asumió ante la sociedad en el Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006 y específicamente en el Programa Nacional de Salud.

Se estableció por tanto dentro del Programa Nacional de Salud una estrategia esencial: La Cruzada Nacional por la Calidad de Los Servicios de Salud, la cual contempla como una de sus líneas de acción el reforzar el arbitraje médico, otorgando a la CONAMED un papel relevante, congruente con sus fines, de mejorar la prestación de los servicios médicos que recibe la población.

A través del proceso de planeación estratégica la CONAMED integro el Programa de Consolidación del Arbitraje Médico 2001-2006, que sirvió de eje a las acciones emprendidas por la institución durante ese periodo. En dicho programa se desarrolló la misión y visión institucionales, el diagnostico estratégico, líneas de acción, proyectos estratégicos e indicadores y metas de la institución.

Como resultado del proceso y de los compromisos del Programa Nacional de Salud, la Comisión se certificó de manera integral en la norma ISO 9001:2000 desde el 2001. Para dicha certificación fue necesario establecer un sistema de gestión de calidad y cumplir todos

los requerimientos de la norma, que implican auditorías internas semestrales a todas las secciones y lineamientos del manual de calidad, así como a los procedimientos operativos. La CONAMED obtuvo el Premio Intragob a la calidad 2002 otorgado por el Gobierno Federal, el premio se recibió en marzo del 2003.

La planeación estratégica permitió a la CONAMED identificar las necesidades y expectativas de los usuarios de cada uno de los servicios que ofrece la institución, que sirvió como elemento clave para el análisis del grado en que la institución está cumpliendo con dichas expectativas y para la definición de objetivos estratégicos. De igual manera se realizó una validación de los clientes y servicios de la institución en función del propósito de la misma. A continuación se presentan algunos requerimientos de nuestros usuarios detectados en las encuestas aplicadas: Ser atendidos por expertos; rapidez en la resolución de asuntos; imparcialidad; interés por resolver su problema; trato amable; cumplimiento de compromisos; explicación amplia; trato igual al médico/paciente; resoluciones apegadas a la lex artis; puntualidad; calidad y precisión en las opiniones médicas; que tenga bibliografía médica; confiabilidad; evaluación confiable.

En esta etapa se iniciaron las acciones para la Consolidación del Modelo Mexicano de Arbitraje Médico, que se refuerza con la creación en el ámbito nacional, de un órgano colegiado de coordinación de prácticas y estrategias, el Consejo Mexicano de Arbitraje Médico que agrupa a la mayoría de los titulares de las comisiones de arbitraje médico que opera en las diversas entidades federativas logrando un enfoque común, en el ámbito internacional, la CONAMED es la institución pionera en la resolución alterna de conflictos derivados de actos médicos en Ibero América, lo cual le permite avanzar en el reconocimiento internacional del Modelo Mexicano de Arbitraje Médico constituido por la Institución.

En su tercera etapa y a partir del cambio de administración en la CONAMED, a partir del 1° de enero del 2007, inicia un nuevo proceso de cambios e innovación, que se vieron reflejados en un nuevo ejercicio de planeación estratégica, lo que permitió replantear la misión, visión, definir nuevos objetivos estratégicos, estrategias, líneas de acción, dando como resultado la integración de 13 programas y 27 proyectos institucionales.

En esta tercera etapa donde se determina una nueva gestión por procesos, los temas de seguridad del paciente, de prevención de eventos adversos se tomaron como parte fundamental en la calidad de la atención en los servicios de salud. Con este propósito, en materia de información y análisis estadístico, se han iniciado estudios sobre la relación causa-efecto de los problemas de salud a partir de las inconformidades que atiende la Comisión.

En este marco de implantación, desarrollo y consolidación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico han transcurrido 15 años, no obstante se han enfrentado durante este periodo muchos obstáculos, y se ha luchado para que la Comisión se consolide ante la sociedad y el gremio médico como una institución, confiable para la resolución de controversias.

2.2. Características del Modelo.

Desde el inicio de la Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se fueron construyendo, elaborando y desarrollando, muchas veces mediante el ensayo y error, los procedimientos, conceptos y elementos técnicos para la atención de las inconformidades de los usuarios de los servicios médicos. Se ha construido con la operación y experiencia del personal de la CONAMED un modelo de atención único, de enfoque nacional y que presenta al proceso arbitral como un modelo mexicano.⁴¹

Para un mejor entendimiento del concepto integral, se presentan las dimensiones que contiene y que necesariamente deban distinguir al denominado Modelo Mexicano de Arbitraje Médico. Estas dimensiones están basadas en el documento Modelo Mexicano de Arbitraje Médico.⁴²

“La Comisión Nacional de Arbitraje Médico tiene facultades para recibir, investigar y resolver quejas de los usuarios de los servicios médicos o de sus representantes legales, sobre la calidad de los servicios recibidos tanto de los ámbitos públicos como privados, debido a una irregularidad en la práctica de la profesión médica. En México de acuerdo al sistema legal se considera que si el médico responsable de la atención o el personal de salud ocasiona un

⁴¹ Comisión Nacional de Arbitraje Médico Mexicano, Modelo Mexicano de Arbitraje Médico, 1ª Edición, México D.F., 2003 pp. 28-45

⁴² Diez años de Arbitraje Médico en México; Dr. Carlos Tena Tamayo; Dr. Gabriel Manuel Lee; 1ª Edición México D.F. 2006 Págs. 171-172.

daño, tienen la obligación de reparar ese daño ocasionado por una mala práctica (por negligencia, impericia o dolo), siempre y cuando se demuestre un nexo causal, por consiguiente en la CONAMED se acepta como queja aquella inconformidad que se presenta en razón de impugnar la negativa de servicios médicos o posible irregularidad en su prestación”⁴³

Para resolver el conflicto se necesita como requisitos: 1.- Contar con la voluntad de las partes. 2.- Que el caso no se encuentre en un proceso judicial de tipo civil. 3.- Que no se tenga como única pretensión la de sancionar penalmente al médico, ya que la Comisión no tiene facultad para hacerlo, solo se promueve la reparación del daño en el ámbito civil. Cuando se demuestra mala práctica, la reparación del daño puede ser económica, y de ser así se utiliza la tabla de valuación de incapacidades permanentes de la Ley Federal del Trabajo, así mismo también se puede solucionar el conflicto mediante una explicación médica o el otorgamiento de un nuevo servicio de salud con el mismo prestador o con otro diferente cubriendo los gastos respectivos.

El Modelo Mexicano de Arbitraje Médico implica un solo proceso, desde el ingreso de la queja hasta su resolución en cualquiera de las dos etapas del proceso arbitral: la conciliatoria y la resolutoria o decisoria, aunque en muchos de los casos el paciente o su representante deciden no ingresar su queja en tales etapas, pues se resuelve mediante una asesoría especializada, o con la gestión inmediata para que se le otorguen los servicios médicos.

Las quejas son recibidas, analizadas y calificadas durante todo el proceso por médicos y abogados, que utiliza metodologías y protocolos para el análisis de casos. Cuando se presenta una inconformidad se realiza el análisis para identificar si existen elementos de procedencia como queja formal, (que se presuma impericia, negligencia o negativa de los servicios de salud, que se identifique un daño, que exista relación de causalidad, que se encuentre en los supuestos de competencia de la Comisión, que existan elementos jurídicos para su ingreso como la representación legítima o legal etc.), de no ser así se ofrece al usuario orientación o asesoría especializada para determinar cuál es la mejor instancia para

⁴³ Ídem.

interponer su queja en caso de que la motivación no esté fundada en una probable mala práctica.

Cuando el reclamo se debe a la falta de atención en un servicio específico o en una unidad médica, se puede realizar una gestión para solicitar al prestador del servicio de salud la atención que requiera el usuario del servicio, de ahí la importancia que un médico evalúe la inconformidad para poder determinar si requiere de manera urgente dicha atención. Una vez admitida la queja se invita al prestador del servicio que acuda a resolver el conflicto a través del proceso arbitral.

En la etapa conciliatoria estarán presentes un médico y un abogado de la CONAMED, el prestador del servicio médico y el usuario o paciente, el objetivo de la reunión es alentar la resolución del conflicto a través del diálogo actuando los conciliadores de la CONAMED como mediadores, este proceso concluye con la firma de un convenio en el que queda asentada la aceptación de la responsabilidad del médico si es que la tiene, o bien si el paciente queda convencido de que no hay mala práctica del profesional de la salud, se desiste. Al momento de conciliar se cuida que el procedimiento sea justo, es decir que solo se repara el daño cuando hay evidencia de mala práctica. Entonces se da por concluido el asunto con la firma del convenio de conciliación o transacción y se considera como cosa juzgada. En caso de que no exista una conciliación y no se acepte por ambas partes someterse al arbitraje (etapa decisoria) ya que este es voluntario, se dejan a salvo los derechos de ambas partes para que las puedan hacer valer en un ámbito jurisdiccional si es su deseo.

Cuando no se logra conciliar y es voluntad de ambas partes sujetarse a la fase decisoria (arbitraje en estricto derecho o en conciencia), se contrata en esta etapa el apoyo de asesores externos, que son médicos especialistas debidamente certificados por sus consejos de la especialidad, quienes realizan un estudio exhaustivo del caso para determinar si hubo o no mala práctica, el objetivo es que el árbitro toma en cuenta esta asesoría y realiza el arbitraje en estricto derecho o en conciencia, según lo acuerden las partes, para que finalmente emita su laudo el que deberá ser imparcial y objetivo, que tiene la característica de ser cosa juzgada. En el proceso del arbitraje se puede llegar a la solución del conflicto, mediante el

desistimiento o abandono de la acción, convenio de transacción o finiquito o con la emisión del laudo correspondiente.

Otra actividad importante en la CONAMED es la emisión de dictámenes médicos a petición de las autoridades de procuración e impartición de justicia como de los órganos de control interno de las instituciones de salud.

Es importante señalar que este modelo retoma la experiencia institucional y busca perfeccionar el modus operandi del personal que lo aplica; promueve la corresponsabilidad del personal especializado, tanto médico como jurídico; e integra funcionalmente todas las áreas y etapas, además de que pretende constituirse en un modelo práctico, integrador de servicios y productos, que van desde el otorgamiento de una orientación o asesoría especializada hasta la emisión de un convenio o de un laudo y su correspondiente seguimiento en el cumplimiento de los mismos.

Podemos establecer que la CONAMED considera que la mejor forma de atender los conflictos derivados del acto médico es a través de los medios alternos de resolución de controversias y que además puede contribuir a detener la práctica de la medicina defensiva. Los resultados observados con la aplicación del modelo, garantizan al médico y personal de los servicio de salud que en caso de una demanda sus acciones serán evaluadas por sus pares, con base en evidencias científicas, éticas y legales; por tanto sólo tendrá que asumir su responsabilidad cuando se le demuestre mala práctica, por negligencia, impericia o dolo, y de ninguna manera se le exigirán resultados.⁴⁴

Finalmente debemos destacar que además de atender las quejas médicas, la CONAMED busca prevenir el conflicto, por ello realiza diversas acciones, siendo entre otras, analizar con las sociedades médicas y consejo de especialidades médicas del país, las principales causas que condicionan una mala práctica, para emitir en forma coordinada recomendaciones dirigidas a los profesionales y obtener conocimiento estratégico del estudio de los casos atendidos, con el fin de evitar el error médico y así contribuir a elevar la calidad de la atención médica brindada.

⁴⁴ Ibid., pag.175

2.3. Marco Jurídico y Atribuciones.

El marco jurídico comprende básicamente a; El decreto de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, publicado en el Diario Oficial de la Federación.

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 8º, fracción II y Quinto transitorio del Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, el Consejo de la institución, en su sesión celebrada el 21 de agosto de 1996, expidió el Reglamento Interno de la CONAMED, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 12 de septiembre de 1996, mismo que fue abrogado por el que se publicó en dicho órgano informativo el 10 de octubre del 2002.

Posteriormente y en congruencia con los cambios estructurales, organizacionales y de funcionamiento de la CONAMED, el Consejo de la Comisión, en su Séptima Sesión Extraordinaria, celebrada el 9 de abril del 2003, expidió el Reglamento Interno que se encuentra vigente, el cual fue publicado en el Diario Oficial de la Federación del 3 de febrero del 2004, abrogando al publicado el 10 de octubre del 2002.

El Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico reformado y publicado en el Diario Oficial de la federación el martes 25 de julio del 2006.

A este respecto podemos decir que con objeto de normar los procedimientos de la Comisión, y de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 8º, fracción II del Decreto de Creación de la CONAMED, el Consejo de la Institución, en su Decima Segunda Sesión Ordinaria, celebrada el 17 de marzo de 1999, expidió el Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas, el cual se publicó el 29 de abril del mismo año. Dicho ordenamiento fue abrogado por el Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, que expidió el Consejo de la Institución en su Vigésima Cuarta Sesión Ordinaria, celebrada el 7 de enero del 2002 y publicado en dicho órgano informativo el 21 de enero del 2003; este último Reglamento se modificó de conformidad al Acuerdo de Reformas emitido por el Consejo de la Institución en su Trigésima Sexta Sesión Ordinaria, celebrada el 17 de febrero de 2005 y publicado en el Diario Oficial de la Federación del 25 de julio del 2006, una vez que se obtuvo el dictamen favorable de la Comisión de Mejora Regulatoria (COFEMER).

2.4. Marco Administrativo

“La estructura de organización, se constituyó en uno de los principales elementos institucionales para poder operar el modelo propuesto. La organización determino privilegiar una atención personalizada de los asuntos que conozca, es por ello que se contemplan estructuras planas, con tramos de control cortos, privilegiando el facultamiento del personal y la recepción aleatoria de los asuntos además de reducir los tramos burocráticos de las organizaciones tradicionales que operan con esquemas verticales y piramidales”⁴⁵.

Este tipo de estructuras favorecen el trabajo colegiado y multidisciplinario, ambos necesarios para la atención de los asuntos. Adicionalmente, favorece además la atención del binomio médico-abogado, siendo el primero líder del grupo de trabajo y quien realiza el contacto inicial con el usuario y el segundo, el apoyo jurídico que facilita el orden y apego a la normativa aplicable.

La estructura funcional, contempla el concepto de módulo de atención, el cual está integrado por un médico (titular del módulo), un apoyo jurídico, un apoyo técnico o administrativo; como la unidad base. La operación modular asegura una atención del binomio médico-abogado, personalizada, especializada con procedimientos estandarizados y homologados; además de estar sistematizada en cómputo como herramienta de trabajo.

Este concepto a partir de la tercera etapa en el 2006 ha sufrido modificaciones, la organización modular se orientaba a implantar un esquema de corresponsabilidad en la atención de las inconformidades en donde de manera coordinada tanto el consultor médico como el asesor jurídico pudieran proporcionar una adecuada atención del usuario, la propuesta que se ha desarrollado en la actualidad, es una atención por procesos, en donde se dé un valor agregado a la función se ha cambiado el enfoque realizando una reingeniería de procesos, con metodologías científicas con la elaboración de protocolos médico, jurídico y de atención inicial, con un sistema de información que enlace e integre a las áreas sustantivas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médicos, la Dirección General de Orientación y Gestión, la Dirección General de Conciliación y la Dirección General de Arbitraje.

⁴⁵ Modelo de Arbitraje Médico Mexicano CONAMED; 1ª Edición, México D.F. 2003 pag. 35

Lo anterior ha permitido reorientar funcionalmente la operación del modelo con un enfoque de calidad de tal manera que los cambios fundamentales se han orientado a:

- Cambiar de líneas verticales de mando, a personal facultado para la atención personal de la inconformidad.
- Pasar de una atención segmentada y fraccionada, a una estandarización de los procesos, con protocolos e instrumentos homogéneos.
- De un proceso enfocado a las instituciones médicas, a un proceso enfocado a los usuarios, médicos, personal de salud, pacientes y sus familiares.
- De la inhibición del involucramiento del personal en la toma de decisiones, a esquemas operativos, flexibles, autorregulable, reproducible y con trabajo coordinado y colegiado.

2.5. Proceso de atención.

La estandarización, sistematización y homologación son los distintivos genéricos que necesariamente deben caracterizar al proceso arbitral. La estandarización asegura un esquema de manejo idéntico de los asuntos, independientemente de quién los presente, atienda o resuelva; permite al árbitro contar con elementos que facilitan su quehacer cotidiano, simplifican las actividades, así como la obtención de datos o documentos elaborados para la atención de las controversias.

Es así que gracias a una adecuada sistematización de la información y las tareas, el trabajo en equipo se fortalece, los tiempos se reducen y se evita la captura extemporánea de la información, duplicando con ello esquemas operativos, así mismo permite destinar un mayor tiempo al análisis, revisión e investigación especializada en cada uno de los casos.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico en su desenvolvimiento cotidiano, ha ido ajustando progresivamente un modelo de atención de inconformidades médicas mediante la integración del proceso arbitral, definiendo los procedimientos de las etapas inicial, conciliatoria y decisoria, hasta alcanzar hoy en día un proceso integral y estandarizado que permite satisfacer las expectativas de los usuarios.

Los productos derivados de cada etapa se mencionan a continuación, en la etapa inicial se reciben de manera personal, vía telefónica, por correo postal, por correo electrónico y son los siguientes:

2.5.1. Orientación

La CONAMED lleva a cabo acciones de orientación, para atender los planteamientos que la ciudadanía formula de manera personal, telefónica o mediante correo electrónico sobre muy diversos aspectos, entre los que destacan aquellos que van desde información general relativa a datos sobre la ubicación, quehacer y alcances de la Comisión, requisitos para presentar una inconformidad, información para realizar trámites ante las instituciones de seguridad social en asuntos como incapacidades o pensiones, o cuando sus pretensiones son de sanción o castigo canalizándolos a las instancias competentes.

2.5.2. Asesoría especializada

Acciones fundamentales de la Comisión son las asesorías médico legales que se brindan a los usuarios de los servicios de salud, las cuales están relacionadas con la prestación de servicios de salud, al existir presunta irregularidad en la atención del paciente.

Las asesorías, así como las acciones tendientes a la revisión exhaustiva y análisis minucioso de cada uno de los casos resultan de vital importancia, ya que constituyen un verdadero filtro para la adecuada selección de asuntos procedentes e impiden que se abran expedientes sin fundamento, que no tendrían posibilidad de solución y que generaría falsas expectativas en los usuarios, así como insatisfacción y desconfianza en la CONAMED.

Todas las asesorías se brindan a través de una atención personal, profesionalizada y especializada, con énfasis en el análisis médico y jurídico motivo de la inconformidad. En cada caso se elabora un documento en el que se hace saber a los usuarios los derechos y obligaciones que los asisten, así como las diversas alternativas legales para ventilar su inconformidad.

2.5.3. Admisión de inconformidades

Cuando del análisis médico jurídico y la aplicación para su análisis de un protocolo médico y jurídico se determina que en el motivo de la inconformidad existe negativa de servicios médicos, o irregularidad en su prestación (negligencia o impericia) y la pretensión es

competencia de la Comisión, el personal especializado procede a la admisión de la queja requiriendo al usuario, o a través de persona autorizada para ello, los elementos necesarios para tal efecto, de acuerdo a lo que establece el Artículo 49 del Reglamento de Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial.⁴⁶

2.5.4. Resolución de inconformidades mediante gestión inmediata

Para los casos en que, por lo comprometido de la situación de salud del paciente, se necesita una pronta solución a los problemas presentados, o bien porque las pretensiones para dirimir la controversia se refieren exclusivamente a requerimientos de atención médica, la CONAMED, a través de su intervención y gestoría ha hecho que se restituyan los derechos del paciente, resolviendo así el conflicto o previniendo uno mayor.

Las acciones de asesoría especializada, así como las gestiones inmediatas, no sólo han fortalecido la capacidad de resolución, sino que también han propiciado que un menor número de asuntos continúen las siguientes etapas del proceso arbitral. Las gestiones se formalizan en un documento para su debido control y seguimiento para verificar que los compromisos asumidos por el prestador del servicio sean efectivamente cumplidos en los plazos y términos acordados.

2.6. Proceso arbitral

El proceso arbitral es el 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, comprende las etapas conciliatoria y decisoria y se tramitará, dada la naturaleza civil del arbitraje médico, con arreglo a la voluntad de las partes, en amigable composición, estricto derecho o en conciencia.

2.6.1. Etapa conciliatoria

⁴⁶ El artículo 49 establece: Las quejas deberán presentarse ante la CONAMED de manera personal por el quejoso, o a través de persona autorizada para ello, ya sea en forma verbal o escrita, y deberán contener: I. Nombre, domicilio y en su caso, el número telefónico del quejoso y del prestador del servicio médico contra el cual se inconforma; II. Descripción de los hechos motivo de la queja; III. Número de filiación o de registro del usuario, cuando la queja sea interpuesta en contra de instituciones públicas que asignen registro a los usuarios. IV. Pretensiones que deduzca del prestador del servicio; V. Si actúa a nombre de un tercero, la documentación probatoria de su representación, sea en razón de parentesco o por otra causa, y VI. Firma o huella digital del quejoso.

En las inconformidades que no puedan ser resueltas mediante gestiones inmediatas o por orientación y asesoría, se correrá traslado de la queja, con efectos de notificación personal al prestador.

Al prestador se le informará la naturaleza y alcances del proceso arbitral, así como las vías existentes para la solución de la controversia.

A partir de la aceptación, el prestador del servicio médico dispondrá de un término de nueve días hábiles para presentar un escrito que contendrá resumen clínico del caso y su contestación a la queja, refiriéndose a todos y cada uno de los hechos, precisando, en su caso, sus propuestas de arreglo. A su contestación deberá acompañar síntesis curricular, fotocopia de su título, cédula profesional y, en su caso, comprobantes de especialidad, certificado del consejo de especialidad y la cédula correspondiente.

A efecto de promover la avenencia de las partes, CONAMED realiza la audiencia de esta etapa conciliatoria en la que propone a los involucrados, después del análisis especializado del asunto motivo del trámite, presenten vías de arreglo, las cuales de ser aceptadas por las partes originan la suscripción de un instrumento (convenio o contrato de transacción, desistimiento de la acción o finiquito correspondiente) en el que se expresan las contraprestaciones que se pacten, con la sola limitación de que no deberán ser contrarios a derecho.

La CONAMED da seguimiento al cumplimiento de los compromisos que asuman las partes en los instrumentos de transacción, si éstos se cumplen voluntariamente se archiva el expediente como asunto total y definitivamente concluido, en caso contrario, se brindará la orientación necesaria para su ejecución en los términos de ley.

2.6.2. Etapa decisoria.

En los casos que no se logra la conciliación, se plantea a las partes la propuesta de someter su controversia a la resolución de CONAMED en estricto derecho o en conciencia. Mediante el arbitraje en estricto derecho, la Comisión resuelve el fondo del litigio según las reglas del derecho, atendiendo a los puntos debidamente probados por las partes.

A través del arbitraje en conciencia, resuelve la controversia en equidad, bastando ponderar el cumplimiento de los principios científicos y éticos de la práctica médica.

La etapa decisoria concluye con la emisión del laudo una vez que se ofrecieron y desahogaron las pruebas aportadas y se reciban los alegatos finales de las partes.

La CONAMED está facultada para intentar la avenencia de las partes en todo tiempo, antes de dictar el laudo definitivo, cualesquiera que fueren los términos de la cláusula compromisoria o del compromiso arbitral, se entenderá invariablemente que CONAMED podrá actuar a título de amigable componedor.

Así también, la Comisión da seguimiento a los compromisos derivados de la emisión del laudo arbitral, hasta su cabal cumplimiento.

2.6.3. Metodología de análisis de casos

Dada la naturaleza de las quejas o inconformidades que presentan los usuarios, es muy importante el adecuado entendimiento de la práctica médica, su justa interpretación, el cumplimiento de la *lex artis*, la deontología y la normativa aplicable, por lo que resulta necesaria la participación directa y responsable del médico y la intervención que corresponda al personal jurídico de apoyo.

La aplicación de una metodología en el análisis de los casos se justifica dada la complejidad que representa el llegar a una verdad objetiva, basada en los hechos, tanto escritos o documentados como referenciados o inferidos del resultado de la aplicación de esquemas diagnósticos o terapéuticos en la atención de los pacientes. Independientemente de la posición de cada una de las partes, el árbitro necesita conocer a través de la metodología el qué, porqué, con base en qué y el quién, entre otros, para poder ponderar el acto médico en cuestión.

Este aspecto es muy importante para que el árbitro, con base en los hechos y dichos, en cada una de las etapas del proceso arbitral, pueda asegurar el respeto de los derechos y obligaciones de las partes, toda vez que frente a ellas el árbitro deberá mantenerse imparcial, profesional y probo en toda la extensión de la palabra. Es por todo ello, indispensable que la metodología de análisis sea el esquema angular que permita llegar a la verdad del acto

médico reclamado, evitando abusos, pretensiones exageradas o posiciones fuera de lugar, entre otras.

2.6.4. Sistema de Información.

Idealmente la sistematización de la información debe ser en tiempo real, favorecer los procesos de análisis de datos, la investigación retrospectiva del acto médico, entre otros. Todas estas tareas son indispensables para la ulterior retroalimentación a los sistemas de salud o a las propias instituciones prestadoras de servicios, despersonalizando la información y buscando generar conocimiento estratégico, para cumplir con la labor de promotor de las mejores prácticas médicas.

Para tal efecto se cuenta con un Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes Médicos (SAQMED) que permite el registro y seguimiento hasta su conclusión de todos los asuntos presentados en la Comisión. El sistema en conjunto con el de Estadística Institucional, ordena, clasifica y procesa la información, y proporciona los datos necesarios para el análisis y proceso de Planeación Estratégica Institucional para la toma de decisiones.

2.6.5. Características de los productos y su Capacidad Resolutiva.

Los productos que se obtienen en cada una de las etapas del proceso arbitral (inicial, conciliatoria y decisoria), deberán observar en todo momento lo establecido en la legislación civil correspondiente y las reglas operativas que les dan soporte, ya que en caso contrario se estaría violentando la normativa y perdería la legalidad requerida en este tipo de procesos, en los que se actúa de buena fe y de acuerdo con la voluntad de las partes, ante un árbitro moralmente probo; buscando claridad, entendimiento procesal, equidad y respeto a los derechos y obligaciones de los involucrados.

Desde el punto de vista legal, cualquier ciudadano mexicano, en pleno ejercicio de sus derechos civiles, puede comprometer en árbitros sus inconformidades médicas, quienes tienen la obligación de actuar conforme los cánones civiles que regulan la materia, siendo ésta en estricto derecho o en conciencia, permitiendo con ello que las partes prueben sus dichos, presente alegatos, hasta llegar a una verdad objetiva, con reglas claras y en un marco que asegure el estricto cumplimiento de la ciencia médica escrita, la ética y la normativa (lex artis). También es cierto que las partes, si así lo desean, pueden en forma voluntaria resolver

el fondo de una controversia al suscribir un convenio de transacción o conciliación, elevando el caso a cosa juzgada, en donde el árbitro con el apoyo jurídico, cerrará y dará por concluido el asunto. La forma de conclusión deberá contener y describir las concesiones mutuas que las partes se otorguen y se buscará el finito más amplio que en derecho civil proceda.

En los casos en que no se logra la conciliación, el árbitro plantea a las partes la necesidad de fijar la vía arbitral para poder emitir su pronunciamiento. Es ideal que sea a través de laudo, que tiene el carácter de sentencia, pudiendo ser en estricto derecho como en conciencia, toda vez que por sí mismo, y dada la naturaleza jurisdiccional que adquiere el proceso arbitral en su conclusión se tratará de cosa juzgada. El proceso arbitral también contempla que cuando no existe un acuerdo respecto a la conclusión del asunto mediante el laudo, pueden y deben recibir la propuesta de arreglo que ante la situación de controversia, emita el árbitro y el apoyo jurídico.

La propuesta de arreglo ilustra a las partes, de acuerdo al estado de las actuaciones, la situación que guarda y sobre todo, otorga elementos interpretativos del acto médico, promoviendo con ello que ambas reflexionen y conozcan la posición del árbitro, que con el apoyo de los asesores externos y aún sin resolver el fondo del asunto, emite alternativas de solución, para conseguir el avenimiento de las partes; todo ello, con base en los hechos documentados y en un marco que asegura el estricto apego a la lex artis médica, la ética y la normativa.

De acuerdo con lo anterior, se puede afirmar que el arbitraje médico, como alternativa extrajudicial de resolución de conflictos, constituye la forma más civilizada para llegar a la verdad objetiva, en donde de suyo se evita la posibilidad de soluciones injustas o alejadas de la realidad y privilegia la buena fe y voluntad de las partes para concluir sus diferencias.

2.6.6. Emisión de opiniones y recomendaciones.

Otra de las atribuciones de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, es emitir opiniones técnicas en formato de recomendaciones, como resultado del análisis del comportamiento de las inconformidades que se presentan, por patología, especialidad médica, institución, con la finalidad de propiciar el mejoramiento de la calidad de los servicios de atención médica y contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud.

Las recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina, son el resultado del esfuerzo mancomunado de diversos grupos interdisciplinarios de profesionales de la salud con la finalidad de sistematizar y categorizar los resultados de la investigación científica, propiciar una mejor orientación de las decisiones en salud y reducir las diferencias o controversias habituales en la prestación de la atención médica.

Las recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina son propuestas dirigidas al gremio médico, con fundamento en el análisis del acto médico de todos los casos de queja y la revisión de la literatura internacional, orientadas a la identificación de deficiencias o faltas cometidas en la prestación de servicios de atención médica, a efecto de prevenir y/o evitar su repetición.

2.7. Experiencias que se pueden analizar comparativamente con el Modelo de Arbitraje Mexicano:

BRASIL:

En este país se cuenta con un Sistema Único de Salud, que incluye un control y atención de controversias que se ha implementado desde los Consejeros Municipales, estatales y el Consejo Nacional de Salud.

El departamento de Oiduría es un espacio ciudadano, un instrumento de administración y mediación que privilegia a la ciudadanía, escucha a aquel que no tiene partidos políticos, ni sindicato, o no quiere una asociación, por lo que el individuo reclama su derecho ante el Oidor. Tiene como objetivo resolver las quejas a través de un proceso que incluye la recepción, el trato y la administración de la información.

La oiduría ha recibido solo por teléfono o página web casi 17,000 demandas, denuncias, reclamaciones, solicitudes y sugerencias. El tratamiento se refiere a la clasificación, tipificación y encaminamiento de la respuesta para resolver la demanda o la queja y comunicar una respuesta al quejoso.

Los resultados obtenidos son usuarios escuchados,, disminución de controversias, agilización en la atención de las quejas y el ejercicio ciudadano, Los prestadores de los servicios de

salud, se han beneficiado con una mejor calidad en la atención, mayor transparencia en las acciones y el gasto público y la mediación en el proceso de administración.

ARGENTINA

En este país hay inexistencia de normativas para los casos donde no intervienen cuestiones legales, las acciones están sujetas a lo que cada servicio de salud considera apropiado. En el ámbito público, solo en algunos hospitales se encara el tema con compromiso, las estrategias varían desde la colocación de urnas hasta el libro de quejas en la oficina de la dirección, y generalmente es de difícil acceso para los usuarios. En la mayoría de los casos, no está prevista la posibilidad de ofrecer una respuesta o una disculpa ante la situación que suscito el reclamo.

COLOMBIA.

El SQS es el Sistema de Atención de Quejas y Soluciones en Colombia, tiene varios elementos.

El de orientación de deberes y derechos, este recoge quejas por vía Internet, vía telefónica y de forma directa, capta la información, direcciona la información, hace seguimiento a todas las quejas y reclamos que hacen los ciudadanos, verifica que se le dé respuesta a todas las inconformidades, y además recoge todos los derechos de petición que hay sobre los servicios de salud, igualmente hace toda la gestión de las quejas y de los derechos de petición de la ciudadanía hasta que se resuelven.

El sistema de información, esta sistematizada y se traduce en el Sistema Integral de Identificación de barreras, de tipo geográfico, administrativo, de cada cosa, esta información se lleva al Comité Directivo de la Secretaría de Salud, donde los tomadores de decisiones, deciden y elaboran estrategias para resolver las barreras de acceso que tiene la población.

COSTA RICA.

En 1993 se creó el Sistema Nacional de Contraloría de Servicios para las Instituciones Públicas, además se cuenta con una Ley 8239, que se llama “Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados”

Así mismo desde 1985 se crea el Sistema de Información, Orientación y Atención de Quejas, en diciembre del 2004 se creó la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud, que es lo que existe actualmente, entre los principios la ley mencionada establece:

Derechos y deberes de los usuarios.

Funciones de las Contralorías de los Servicios.

Requisitos de los Contralores de Servicios.

Potestades de las Contralorías de Servicios.

Directrices para la presentación de reclamos, trámite y resolución de los mismos.

La ley indica, que, quien, qué tipo de usuario, en qué momento, cuantos días tiene, de qué manera puede presentar el reclamo. Para el contralor de servicios establece como tiene que desarrollar la gestión del trámite, en cuanto tiempo, como hacer la investigación preliminar y la resolución del mismo. También se indica al usuario a que instancia acudir posteriormente en caso de no estar de acuerdo, con la resolución de la contraloría y le señala ante quién elevar su inconformidad. Tanto la Ley como su reglamento, señalan otras directrices administrativas.

En cuanto a las instancias que proporcionan la atención, la Ley establece que serán las Contralorías de Servicios. El artículo 10 de esa Ley, especifica que en cada centro de atención público o privado, cada hospital público o privado, cada clínica pública o privada, tiene que contar con una oficina de Contraloría de Servicios. En cuanto a los costos del servicio este es gratuito para los usuarios.

CHILE

Antes del año 2005, las quejas médicas se tramitaban directamente en los tribunales de Justicia.

Se creó la Ley N ° 19.996 que establece el régimen de garantías en salud (Plan Auge) dispone que las personas que deseen iniciar una acción judicial en contra de un establecimiento asistencial, público o privado, o de un profesional de la salud, para hacer

efectiva su responsabilidad por daños derivados del otorgamiento de prestaciones de salud, deben, previamente, someter su reclamo a un procedimiento de mediación.

La Ley establece modalidades distintas de mediación, según si se trata de reclamos contra profesionales de la salud y/o establecimientos asistenciales públicos o privados.

Tratándose de reclamos en contra de profesionales y/o establecimientos de salud públicos, la ley señala que la mediación se desarrolla ante el Consejo de Defensa del Estado. El rol principal del Consejo es defender, representar y asesorar jurídicamente al Estado de Chile en sus intereses patrimoniales y no patrimoniales, contribuyendo a mantener el Estado de Derecho. Es responsable de elaborar los procedimientos y administrar los recursos destinados a la operación del sistema de mediación prejudicial entre los usuarios del sistema de salud pública y la red de prestadores de servicios.

En el caso de reclamos en contra de profesionales y/o establecimientos de salud privados, el proceso de mediación, de acuerdo a la ley, se desarrolla ante mediadores acreditados por la Superintendencia de Salud. Su misión es garantizar una regulación y fiscalización de calidad, que contribuya a mejorar el desempeño del sistema de salud chileno, velando por el cumplimiento de los derechos de las personas.

La Unidad de Mediación de la Superintendencia de Salud, es la encargada de promover, desarrollar y administrar medios alternativos para la resolución de los conflictos del sistema de salud. La unidad tiene a su cargo la administración del Registro de Mediadores contemplados en la Ley N ° 19.966 referida a los reclamos presentados en contra de los prestadores privados de salud.

ESPAÑA.

La experiencia de la Comunidad Autónoma Castilla –La Mancha, compuesta por las provincias de Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Toledo.

En España desde la Ley 14/1986 del 25 de abril, La Ley General de Sanidad, que es la que conforma el Sistema Nacional de Salud, un sistema sanitario público, universal, gratuito, que incluye un conjunto de prestaciones muy amplias, establecidas en un Catálogo de Prestaciones del año 2006, que se ha ido actualizando, pero que prácticamente cubre todas

las patologías, incluso la atención farmacéutica, sin costes, salvo para algunas personas que son trabajadores en una parte, las cuales tienen un pequeño co-pago y esa Ley General de Sanidad en aquel momento establecía en el punto 12 de su Artículo 10, que: “Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias, a utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir propuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan”

El Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha garantiza a las personas incluidas en el ámbito de esta ley la titularidad y disfrute de los siguientes derechos: A la formulación de sugerencias y reclamaciones, así como a recibir respuesta por escrito, en los plazos que reglamentariamente se establezcan sin perjuicio de las reclamaciones que correspondan con arreglo a la ley. (Ley 8/2000 del 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria en Castilla-La Mancha).

De acuerdo con esta Ley, se publicó una Orden en el año 2003, La Consejería de Sanidad, que es la que crea la Oficina de Atención al Usuario del SESCOAM y desde ahí se lleva a cabo una recopilación sistemática de las distintas reclamaciones, quejas, iniciativas o sugerencias presentadas por parte de los usuarios de los servicios, con objeto de poder llevar a cabo su posterior análisis y evaluación. Siempre desde un punto de vista de mejora continua y mejora de la calidad de los servicios que se prestan, independientemente de que luego se pueda optar por acudir a las instancias judiciales, en ese orden de ideas, esos registros se dividen en iniciativas, reclamaciones y quejas.

Las iniciativas son propuestas formuladas por los usuarios dirigidas a mejorar el grado de cumplimiento y observancia de los derechos y deberes de los mismos, o sobre el funcionamiento de los servicios. Las sugerencias son comunicaciones, con ideas concretas orientadas a la mejora de la calidad y funcionamiento de un servicio sanitario, del cual ellos han sido usuarios en un momento dado. Y las Reclamaciones y Quejas, son comunicaciones

expresas de insatisfacción con el funcionamiento de esos servicios y que sirven fundamentalmente para corregir y mejorar una situación previa.⁴⁷

2.8. Numeralia. (Saldo Histórico del Modelo De Arbitraje Médico 1996-2010)

A continuación presentaremos los datos estadísticos de tres lustros de actividades de la CONAMED, dichos datos son el producto de las actividades y acciones de las áreas sustantivas de la institución (Dirección General de Orientación y Gestión, Dirección General de Conciliación, y Dirección General de Arbitraje), los datos fueron obtenidos del Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes Médicos, bajo la coordinación de la Dirección General de Calidad e Informática y su área de estadística.⁴⁸

Quedando distribuidos de la siguiente manera: orientaciones, 136,181 (61.6%); asesorías especializadas, 46,584 (21.0%); gestiones inmediatas, 8,876 (4.0%); quejas documentadas para su atención por medio de una conciliación o del arbitraje, 23,677 (10.7%); y solicitudes de dictámenes médicos en 5,921 (2.7%), la mediana obtenida para este último intervalo de tiempo es de 16,458 asuntos (véase cuadro 1).

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

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

En cuanto al comportamiento de las quejas, hasta el año 2000, éste venía mostrándose en forma ascendente, al pasar de 1,158 recibidas en 1996, a 1,915 en el 2000; sin embargo, en 2001 y 2002, con relación a esta última, descendieron en un 23 y 39%, respectivamente. No

⁴⁷ 1ª Reunión Regional sobre Solución de Controversias entre Usuarios y Prestadores de Servicios de Salud; Organización Panamericana de la Salud; Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Secretaría de Salud, Dr. Germán Fajardo Dolci, 1ª Edición, México D.F. 2009, Págs.113-233.

⁴⁸ Reseña estadística de la atención de inconformidades en la Comisión nacional de Arbitraje Médico 1996-2010. Dirección General de Calidad e Informática, CONAMED, México D.F. mayo del 2011.

obstante, después fueron incrementándose gradualmente. El promedio anual de quejas ingresadas entre 2001 y 2006 fue de 1,505 y de 2007 a 2010 el número de quejas recibidas anualmente fluctuó entre 1,652 y 1,793.

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

Cuadro 1. Asuntos recibidos por tipo de servicio ofrecido junio de 1996-diciembre 2010.

CONAMED. Junio de 1996-diciembre de 2010

| Año | Tipo de asunto | | | | | |
|------|----------------|-------------|------------------------|-------------------|-------|----------|
| | Total | Orientación | Asesoría especializada | Gestión Inmediata | Queja | Dictamen |
| 1996 | 2,907 | 0 | 1,597 | 72 | 1,158 | 80 |
| 1997 | 3,780 | 0 | 1,935 | 352 | 1,347 | 146 |
| 1998 | 18,058 | 13,665 | 2,017 | 468 | 1,494 | 414 |
| 1999 | 16,458 | 11,695 | 1,850 | 579 | 1,749 | 585 |
| 2000 | 15,265 | 10,342 | 1,672 | 692 | 1,915 | 644 |
| 2001 | 12,937 | 7,537 | 2,464 | 738 | 1,478 | 720 |
| 2002 | 14,409 | 9,071 | 2,849 | 862 | 1,172 | 455 |
| 2003 | 23,847 | 17,864 | 3,145 | 941 | 1,514 | 383 |
| 2004 | 20,433 | 14,696 | 3,060 | 698 | 1,545 | 434 |
| 2005 | 17,908 | 11,141 | 4,126 | 594 | 1,661 | 386 |
| 2006 | 19,036 | 12,260 | 4,179 | 591 | 1,657 | 349 |
| 2007 | 17,369 | 10,664 | 4,187 | 494 | 1,753 | 271 |
| 2008 | 14,673 | 7,390 | 4,596 | 553 | 1,793 | 341 |
| 2009 | 12,574 | 5,435 | 4,352 | 588 | 1,789 | 410 |
| 2010 | 11,585 | 4,421 | 4,555 | 654 | 1,652 | 303 |

Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática.

Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional

Cuadro 2. Asuntos concluidos por año según tipo y modalidad. Comisión Nacional de

Arbitraje Médico Junio de 1996-diciembre de 2010

| Año | Total | Orientaciones | Asesorías especializadas | Gestiones inmediatas | Modalidades de conclusión de las quejas | | | | | | | | | Dictámenes |
|------|--------|---------------|--------------------------|----------------------|---|--------------------------|-------|-----------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------|---------------------------------|------------|
| | | | | | Subtotal | Convenio de conciliación | Laudo | No conciliación | Propuesta de arreglo | Falta de interés procesal en DGC | Falta de interés procesal en DGA | Sobreseimiento a/ | Enviadas a Comisiones Estatales | |
| 1996 | 2,306 | 0 | 1,597 | 72 | 593 | 309 | 0 | 92 | 0 | 75 | 0 | 117 | 0 | 44 |
| 1997 | 3,971 | 0 | 1,935 | 352 | 1,546 | 750 | 12 | 532 | 0 | 133 | 9 | 110 | 0 | 138 |
| 1998 | 17,864 | 13,665 | 2,017 | 468 | 1,439 | 742 | 29 | 543 | 0 | 82 | 11 | 32 | 0 | 275 |
| 1999 | 16,321 | 11,695 | 1,850 | 579 | 1,643 | 809 | 43 | 624 | 0 | 97 | 32 | 19 | 19 | 554 |
| 2000 | 15,445 | 10,342 | 1,672 | 692 | 1,997 | 947 | 29 | 854 | 0 | 139 | 15 | 3 | 10 | 742 |
| 2001 | 12,758 | 7,537 | 2,464 | 738 | 1,546 | 763 | 33 | 567 | 0 | 103 | 35 | 42 | 3 | 473 |
| 2002 | 14,560 | 9,071 | 2,849 | 862 | 1,114 | 568 | 19 | 342 | 38 | 101 | 13 | 31 | 2 | 664 |
| 2003 | 23,702 | 17,864 | 3,145 | 941 | 1,309 | 704 | 29 | 285 | 33 | 154 | 62 | 42 | 0 | 443 |
| 2004 | 20,393 | 14,696 | 3,060 | 698 | 1,508 | 801 | 35 | 313 | 21 | 206 | 75 | 57 | 0 | 431 |
| 2005 | 17,894 | 11,141 | 4,126 | 594 | 1,608 | 782 | 55 | 397 | 20 | 201 | 106 | 47 | 0 | 425 |
| 2006 | 18,897 | 12,260 | 4,179 | 591 | 1,544 | 805 | 63 | 331 | 9 | 207 | 88 | 40 | 1 | 323 |
| 2007 | 17,298 | 10,664 | 4,187 | 494 | 1,667 | 840 | 86 | 364 | 6 | 241 | 105 | 25 | 0 | 286 |
| 2008 | 14,578 | 7,390 | 4,596 | 553 | 1,734 | 846 | 75 | 417 | 5 | 248 | 127 | 16 | 0 | 305 |
| 2009 | 12,510 | 5,435 | 4,352 | 588 | 1,748 | 863 | 72 | 503 | 0 | 244 | 57 | 9 | 0 | 387 |
| 2010 | 11,659 | 4,421 | 4,555 | 654 | 1,671 | 852 | 42 | 473 | 0 | 260 | 36 | 8 | 0 | 358 |

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

Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática.

Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional

En el cuadro 2 se puede establecer que de 221,239 asuntos recibidos, se han dado por concluidos 220,156, lo que representa el 99.5%. El modelo de atención de inconformidades permitió dar solución en menos de 48 horas a 191,641 asuntos a partir de orientaciones, asesorías especializadas y gestiones inmediatas; este conjunto, representó el 87% de todos los asuntos concluidos dichas actividades fueron realizadas en la Dirección General de Orientación y Gestión.

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

Mediante el proceso conciliatorio o arbitral se concluyeron en el periodo 1996-2010, 22,667 quejas, cifra que conforma el 10.3% del total de asuntos concluidos. La realización de una serie de acciones encaminadas a buscar en primera instancia la conciliación entre las partes interesadas logró en 11,381 quejas (50.2%) la firma de un convenio de conciliación, y en el 2.7%, la firma del compromiso arbitral, lo que dio lugar a la emisión de 622 laudos.

Cuadro 3

Dictámenes concluidos por año según modalidad CONAMED junio de 1996 a diciembre de 2010

| Año | Total | Modalidad de conclusión | | | | | |
|------|-------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------|-------------------------------|--|-----------------|
| | | Por emisión de dictamen | Análisis y asesoría técnica | Acumulación de dictamen | Pronunciamiento institucional | Devolución por falta de elementos para peritar | No especificado |
| 1996 | 44 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 41 |
| 1997 | 138 | 133 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 |
| 1998 | 275 | 239 | 0 | 7 | 0 | 29 | 0 |
| 1999 | 554 | 544 | 0 | 1 | 0 | 9 | 0 |
| 2000 | 742 | 691 | 0 | 0 | 0 | 51 | 0 |
| 2001 | 473 | 471 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| 2002 | 664 | 647 | 0 | 0 | 0 | 17 | 0 |
| 2003 | 443 | 427 | 0 | 0 | 0 | 16 | 0 |
| 2004 | 431 | 425 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 |
| 2005 | 425 | 423 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| 2006 | 323 | 321 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 2007 | 286 | 283 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 2008 | 305 | 300 | 2 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| 2009 | 387 | 380 | 1 | 0 | 0 | 6 | 0 |
| 2010 | 358 | 358 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática.

Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional

En materia pericial en el cuadro número 3 podemos observar que, la conclusión de 5,848 asuntos representó el 5.7% restante de los asuntos concluidos. De estos asuntos, en 5,643

casos (96.5%) se elaboró un dictamen y sólo en cinco casos (0.1%) se dio asesoría técnica debido a que la autoridad únicamente solicitó respuesta a preguntas concretas; por el contrario, hubo 148 casos (2.5%) que fueron devueltos a la autoridad ante la insuficiencia de elementos para emitir el dictamen requerido. Así mismo 10 asuntos que representan (0.2%) se concluyeron bajo la modalidad por acumulación de dictamen, en el 2006 se presentó un caso particular en el que se elaboró un pronunciamiento institucional.

Cuadro 4. Estatus de los asuntos recibidos al término de cada año. CONAMED junio de 1996 a diciembre de 2010

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

N. A.: No aplica

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

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

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

Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática

Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

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

Cuadro 5. Asuntos recibidos en la Dirección General de Orientación y Gestión por año según tipo de servicio. CONAMED Junio de 1996 a diciembre de 2010

| Año | Tipo de servicio | | | | |
|------|------------------|---------------|--------------------------|----------------------|---------------------------------------|
| | Total | Orientaciones | Asesorías especializadas | Gestiones inmediatas | Documentación de quejas ^{1/} |
| 1996 | 2,827 | 0 | 1,597 | 72 | 1,158 |
| 1997 | 3,634 | 0 | 1,935 | 352 | 1,347 |
| 1998 | 17,644 | 13,665 | 2,017 | 468 | 1,494 |
| 1999 | 15,870 | 11,695 | 1,850 | 579 | 1,746 |
| 2000 | 14,617 | 10,342 | 1,672 | 692 | 1,911 |
| 2001 | 12,217 | 7,537 | 2,464 | 738 | 1,478 |
| 2002 | 13,940 | 9,071 | 2,849 | 862 | 1,158 |
| 2003 | 23,451 | 17,864 | 3,145 | 941 | 1,501 |
| 2004 | 19,981 | 14,696 | 3,060 | 698 | 1,527 |
| 2005 | 17,504 | 11,141 | 4,126 | 594 | 1,643 |
| 2006 | 18,666 | 12,260 | 4,179 | 591 | 1,636 |
| 2007 | 17,088 | 10,664 | 4,187 | 494 | 1,743 |
| 2008 | 14,319 | 7,390 | 4,596 | 553 | 1,780 |
| 2009 | 12,141 | 5,435 | 4,352 | 588 | 1,766 |
| 2010 | 11,263 | 4,421 | 4,555 | 654 | 1,633 |

1/ Excluye 156 quejas recibidas de Comisiones Estatales para arbitraje.

Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática.

Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional

Durante el periodo acumulado (1996-2010) la Dirección General de Orientación y Gestión otorgo 215,162 servicios, como se observa en el cuadro 5. El 84.9% estuvo dirigido a brindar al usuario una orientación o asesoría respecto a las instancias facultadas para atender su trámite, o bien, de las disposiciones aplicables en la prestación de los servicios de atención médica; y el 4.1% se resolvió mediante una gestión inmediata ante la institución médica

relacionada. Así, el área de Orientación y Gestión rápidamente solucionó el 89% de los asuntos que conoció y en el 11% restante, conformó el expediente de queja para que continuara su trámite mediante el proceso conciliatorio.

Cuadro 6. Asuntos atendidos en la Dirección General de Orientación y Gestión por año según forma de recepción. CONAMED Junio de 1996 a diciembre de 2010

| Año | Formas de recepción | | | | | |
|------|---------------------|-----------------|--------|----------|------------|--------|
| | Total | Correspondencia | E-mail | Personal | Telefónica | N. D. |
| 1996 | 2,827 | 400 | 0 | 1,218 | 1 | 1,208 |
| 1997 | 3,634 | 353 | 0 | 2,539 | 0 | 742 |
| 1998 | 17,644 | 714 | 0 | 2,478 | 495 | 13,957 |
| 1999 | 15,870 | 1,228 | 0 | 2,698 | 70 | 11,874 |
| 2000 | 14,617 | 1,489 | 0 | 2,684 | 22 | 10,422 |
| 2001 | 12,217 | 1,661 | 370 | 2,538 | 39 | 7,609 |
| 2002 | 13,940 | 1,561 | 403 | 2,499 | 406 | 9,071 |
| 2003 | 23,451 | 1,539 | 768 | 2,747 | 533 | 17,864 |
| 2004 | 19,981 | 1,822 | 525 | 3,176 | 14,458 | 0 |
| 2005 | 17,504 | 1,964 | 1,575 | 3,181 | 10,784 | 0 |
| 2006 | 18,666 | 1,722 | 2,210 | 2,641 | 12,093 | 0 |
| 2007 | 17,088 | 1,539 | 2,280 | 3,156 | 10,113 | 0 |
| 2008 | 14,319 | 1,583 | 2,815 | 3,147 | 6,774 | 0 |
| 2009 | 12,141 | 1,617 | 3,362 | 2,374 | 4,788 | 0 |
| 2010 | 11,263 | 1,300 | 3,190 | 2,426 | 4,347 | 0 |

Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática.

Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED).

Sistema de Estadística Institucional. Sistema Único de Atención Telefónica (SUATEL).

La recepción de estos asuntos ha sido por diversas vías, desde la tradicional correspondencia ordinaria, hasta de manera presencial; en el cuadro 6 se presenta el volumen registrado de acuerdo a cada uno de los medios posibles. Podemos observar que el correo electrónico se implementó años después de la creación de la CONAMED.

Cuadro 7. Quejas atendidas por la Dirección General de Conciliación por año según condición administrativa al corte del periodo. CONAMED Junio de 1996 a diciembre de 2010

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

Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática.

Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

Se podría decir que la totalidad de quejas documentadas por la Dirección General de Orientación y Gestión fueron remitidas a la Dirección General de Conciliación; sin embargo, no fue así debido a que en 32 de ellas, el usuario optó por que su asunto se remitiera a la Comisión de Arbitraje Médico ubicada en el estado de la república que le convenía, de acuerdo a su lugar de residencia habitual.

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

Cuadro 8. Quejas concluidas por la Dirección General de Conciliación por año según modalidad. CONAMED Junio de 1996 a diciembre de 2010

| Año | Total | Modalidad de conclusión | | | | |
|------|-------|--------------------------|-----------------|---------------------------|------------------------------|---|
| | | Convenio de conciliación | No conciliación | Falta de interés procesal | Sobreseimiento ^{a/} | Enviado a otra Comisión de Arbitraje Médico |
| 1996 | 588 | 306 | 92 | 75 | 115 | 0 |
| 1997 | 1,504 | 735 | 532 | 133 | 104 | 0 |
| 1998 | 1,381 | 725 | 543 | 82 | 31 | 0 |
| 1999 | 1,537 | 798 | 624 | 97 | 17 | 1 |
| 2000 | 1,936 | 940 | 854 | 139 | 3 | 0 |
| 2001 | 1,464 | 755 | 567 | 103 | 39 | 0 |
| 2002 | 1,010 | 535 | 342 | 101 | 30 | 2 |
| 2003 | 1,164 | 683 | 285 | 154 | 42 | 0 |
| 2004 | 1,348 | 776 | 313 | 206 | 53 | 0 |
| 2005 | 1,403 | 762 | 397 | 201 | 43 | 0 |
| 2006 | 1,365 | 787 | 331 | 207 | 40 | 0 |
| 2007 | 1,454 | 824 | 364 | 241 | 25 | 0 |
| 2008 | 1,500 | 820 | 417 | 248 | 15 | 0 |
| 2009 | 1,594 | 838 | 503 | 244 | 9 | 0 |
| 2010 | 1,582 | 842 | 473 | 260 | 7 | 0 |

Nota: Incluye quejas que hasta el año 2001 venía atendiendo la Dirección General de Coordinación Regional.

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

Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática.

Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional

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

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

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

Cuadro 9. Quejas atendidas en la Dirección General de Arbitraje por año según condición administrativa al corte del periodo Junio de 1996 a diciembre de 2010

| Año | Recibidas | | | Quejas concluidas | En proceso al término del año |
|------|-----------|----------------------------|-------------------------------------|-------------------|-------------------------------|
| | Total | Procedentes de la D. G. C. | Procedentes de comisiones estatales | | |
| 1996 | 30 | 30 | 0 | 5 | 25 |
| 1997 | 64 | 64 | 0 | 42 | 47 |
| 1998 | 75 | 75 | 0 | 58 | 64 |
| 1999 | 66 | 63 | 3 | 88 | 42 |
| 2000 | 58 | 54 | 4 | 51 | 49 |
| 2001 | 70 | 70 | 0 | 79 | 40 |
| 2002 | 138 | 124 | 14 | 104 | 74 |
| 2003 | 158 | 145 | 13 | 145 | 87 |
| 2004 | 186 | 168 | 18 | 160 | 113 |
| 2005 | 189 | 171 | 18 | 205 | 97 |
| 2006 | 202 | 181 | 21 | 178 | 121 |
| 2007 | 217 | 207 | 10 | 213 | 125 |
| 2008 | 190 | 177 | 13 | 234 | 81 |
| 2009 | 138 | 115 | 23 | 154 | 65 |
| 2010 | 133 | 114 | 19 | 89 | 109 |

Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática.

Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

De 1996 a 2010, la Dirección General de Arbitraje de la CONAMED ha recibido sólo 1,914

quejas, de las cuales el 91.8% fueron remitidos de la Dirección General de Conciliación de la CONAMED y el resto, de una de las Comisiones estatales (véase cuadro 9). El comportamiento de las quejas recibidas en esta Dirección General hasta 2007, había mostrado una tendencia ascendente; aun así, en los últimos tres años se registró un descenso progresivo al pasar de 207 en ese año, a 114 en 2010.

Cuadro 10. Solicitudes de Dictamen atendidos en la Dirección General de Arbitraje por año según estatus. Junio de 1996 a diciembre de 2010

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

Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática.

Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

A lo largo del tiempo, la CONAMED ha proporcionado apoyo a instituciones de procuración y/o administración de justicia mediante la elaboración de dictámenes médicos institucionales (véase cuadro10).

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

2.9. Presupuesto.

ESTADISTICA DE PRESUPUESTO EJERCIDO
1996 AL 2010
(miles de pesos)

| Capitulo | Ejercido en los ejercicios fiscales | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| 1000 Servicios Personales | 7,408 | 28,722 | 42,297 | 56,534 | 76,849 | 79,921 | 98,569 | 92,962 | 86,220 | 75,537 | 80,837 | 81,908 | 76,987 | 87,254 | 77,339 |
| Subtotal | 7,408 | 28,722 | 42,297 | 56,534 | 76,849 | 79,921 | 98,569 | 92,962 | 86,220 | 75,537 | 80,837 | 81,908 | 76,987 | 87,254 | 77,339 |
| 2000 Materiales y suministros | 1,409 | 2,432 | 2,588 | 1,953 | 1,943 | 1,911 | 1,794 | 1,299 | 1,037 | 1,158 | 1,401 | 1,194 | 1,259 | 1,106 | 833 |
| 3000 Servicios generales | 8,233 | 9,889 | 12,543 | 16,731 | 18,729 | 19,911 | 18,459 | 16,820 | 17,420 | 17,484 | 18,538 | 19,354 | 22,424 | 21,544 | 21,505 |
| Suma | 9,642 | 12,321 | 15,131 | 18,684 | 20,672 | 21,822 | 20,253 | 18,119 | 18,457 | 18,642 | 19,939 | 20,548 | 23,683 | 22,650 | 22,338 |
| 5000 Bienes muebles e inmuebles | 7,084 | 3,614 | 349 | 749 | 518 | 0 | 0 | 0 | 439 | 264 | 1,034 | 87 | 0 | 0 | 24 |
| Total | 24,134 | 44,657 | 57,777 | 75,967 | 98,039 | 101,743 | 118,822 | 111,081 | 105,116 | 94,443 | 101,810 | 102,543 | 100,670 | 109,904 | 99,701 |

Fuente: Dirección General de Administración, Comisión Nacional de Arbitraje Médico 2011.

Como se observa la mayor aplicación del presupuesto es en rubro 1000 de servicios personales (recursos humanos), ya que todo el personal tiene plazas de confianza y de mandos medios, no hay personal de base.

Así mismo también el de bienes muebles e inmuebles.

2.10. Comprensión analítica del objeto de estudio.

La principal razón de la elección del motivo de estudio, está en mi interés personal ya que como miembro fundador de la institución y que a la fecha me he mantenido activo, he sido un observador de sus procesos de creación, implantación y desarrollo.

Esto me ha permitido acumular e integrar conocimientos sobre la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, por lo tanto tengo acceso y accesibilidad de fuentes y recursos para el abordaje del estudio.

En este sentido identifico tres dimensiones sobre la importancia del estudio del Modelo de Arbitraje Médico Mexicano.

La personal subjetiva, por ser parte de la institución y conocer su implementación y desarrollo, contar con el conocimiento acumulado y tener acceso a fuentes y datos del objeto de estudio.

La externa Político-Social, porque como política pública implementada en 1996 la creación de la CONAMED y el desarrollo del Arbitraje Médico Mexicano, considero que ha impactado en la sociedad al convertirse en una institución socialmente reconocida y que coadyuva con los órganos encargados de administrar la justicia, así mismo contribuye a tutelar el derecho a la protección de la salud consagrado en el artículo 4º Constitucional, y finalmente a elevar la calidad de los servicios de atención médica.

Y la teórica es decir, la CONAMED en su creación, implementación y desarrollo ha generado toda una serie de conceptos y conocimientos teórico práctico sobre el arbitraje médico para la solución de controversias en su ámbito

Formulación del problema;

A partir de la creación de la CONAMED en 1996 como política pública debemos preguntarnos si ha sido exitosa y se ha convertido realmente ante la sociedad en un referente como medio alternativo para la solución de controversias, para apoyar a los órganos de procuración de justicia y ser una especie de amortiguador social de los conflictos.

Los conceptos que vamos a utilizar en la investigación-social son de dos tipos; según Stefano Bartolini en su libro Metodología de la Investigación política, "Los empíricos u observables y teóricos o no observables."⁴⁹

Los primeros son conceptos que pueden referirse, de una manera más o menos directa, a fenómenos observables, los segundos por el contrario, no son reconducibles en modo alguno a referentes observables. Estos conceptos como

⁴⁹ Bartolini Stefano, Metodología de la Investigación Política, Cap. 2, pp 39 y 40.

por ejemplo los de sistema, equilibrio, feed-back, tienen el papel de enlazar las teorizaciones y solo son definibles en referencia a esa función en la teoría que hace uso de ellos.

El presente estudio utilizara como métodos de control y comprobación de las hipótesis de relaciones causales el método estadístico, el comparado y el histórico.

El método estadístico permite la aplicación de técnicas matemáticas al universo y a una muestra de él para obtener los mismos efectos de transformación de variables operativas.

Las técnicas estadísticas permiten además, la afrontar con mayor seguridad el problema de avanzar propuestas relativas a un fenómeno, a partir del análisis de una pequeña parte de las unidades del universo, mediante una serie de procedimientos capaces de potenciar la inducción de la muestra al universo utilizando la teoría de las probabilidades para evaluar el error de estimación de esta inducción

Así mismo también se puede abordar la investigación como un estudio de caso definido como descriptivo-teórico, que se caracteriza por la falta de una formulación clara y específica del problema. El objetivo declarado no es el de afrontar un problema concreto formulado, sino mostrar imágenes configurativas generales de un fenómeno cuyos aspectos significativos se interpretan intuitivamente, apoyándose en el argumento de que un estudio intensivo y, a veces, una reflexión con empatía garantizan la comprensión del fenómeno.

Como primer punto debemos establecer, que en México la protección a la salud es un Derecho Constitucional, y en la actualidad existen grandes avances científicos y técnicos en la medicina, y sobre todo es mayor el acceso a los servicios de salud y a estos avances por parte de la población, existe además una sociedad más informada y demandante, todo lo anterior ha permitido que este derecho consignado en el artículo 4º de nuestra Constitución Política sea más real y efectivo.

Este derecho para que sea efectivo requiere de la participación de toda la sociedad, y en el ámbito específico del estado y sus instituciones, de los profesionales de la medicina y de los usuarios de los servicios médicos.

Por lo tanto el estado reconoce el reclamo legítimo de la sociedad, de que los servicios médicos tanto públicos como privados se desempeñen y otorguen a la población con calidad y eficiencia.

En su momento como ya se ha referido, el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 identificó la necesidad de una consolidación de una nueva cultura de la salud orientada hacia la prevención sustentada en la confianza de las instituciones del Sector Salud y en la profesión médica.

En nuestro país la profesión médica en lo general goza de un merecido prestigio social y podemos decir que en términos generales los médicos mexicanos asumen su responsabilidad con profesionalismo y sentido social, lo que se refleja en el reconocimiento de la comunidad médica internacional.

No obstante en los últimos tiempos el ejercicio de la medicina, se encuentra sometida a un escrutinio social mucho más crítico y exigente, y la sociedad actual ha conquistado mayores espacios para la libre expresión de la insatisfacción y las controversias emanadas de la prestación de los servicios médicos.

A lo anterior había que agregar que la creciente complejidad y sofisticación por los avances tecnológicos de algunos procedimientos han enriquecido la práctica médica, pero al mismo tiempo han generado nuevas situaciones cuyas aplicaciones éticas no se habían contemplado en el pasado.

En este grado de complejidad creciente en los servicios de salud, ya existían en las instituciones públicas y privadas instancias que atendían y recibían inconformidades por la prestación de los servicios otorgados, pero al formar parte de las mismas instituciones, generaban desconfianza ya que se convertían en juez y parte en la resolución de las mismas, así mismo se ha contado siempre con

instancias jurisdiccionales a las que podían acudir a presentar una demanda de tipo penal o civil, pero que implica para el paciente, tiempo, recursos económicos y un gran desgaste. Por lo que se pensó en una instancia que sin ser parte de las instituciones y sin tener la facultad persecutoria, pudiera recibir, analizar, calificar y resolver de manera imparcial y objetiva, las inconformidades en la prestación de los servicios médicos.

En la presentación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico por el Dr. Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud estableció:

“La Comisión, se crea como un elemento de cooperación con los órganos internos de control de las instituciones públicas del sector, al hacer de su conocimiento actos de los servidores públicos que pudieran suponer una trasgresión a la normatividad que las rige, y para trabajar conjuntamente con las academias, colegios y consejos médicos, comités de ética y otros similares, tanto de instituciones públicas como privadas, remitiéndoles los resultados de sus deliberaciones sobre casos específicos o de índole general, a fin de que instrumenten las medidas previstas para tales casos en sus propios ordenamientos”.

Las quejas presentadas contra los prestadores de servicios médicos públicos o privados, son recibidas en la Comisión por personal especializado, quien se encargará de brindar asesoría e información sobre los derechos y obligaciones de usuarios y prestadores; de analizar de manera puntual la documentación aportada; de buscar la conciliación entre las partes cuando sea factible, o bien, de someterlas al arbitraje para poder emitir el laudo correspondiente.

Todos los servicios que ofrece la Comisión son gratuitos y procuran ser siempre ágiles y expeditos. Para garantizar a las partes la pronta respuesta a sus reclamos se cuenta con términos predeterminados los cuales se hacen del conocimiento oportuno de los interesados.

2.11. Fortalezas y debilidades del modelo.

Realizando un análisis de FODA cuyo objetivo será analizar de manera objetiva e imparcial, las fuerzas y debilidades de la institución así como también las oportunidades y amenazas.

Si consideramos a las fortalezas como aquellos factores de éxito que posee la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y lo que hace mejor hemos identificado las siguientes:

FORTALEZAS.

1. Personal profesional y altamente especializado.
2. Institución especializada en la atención y calificación de la queja médica.
3. Procesos certificados en la norma ISO 9001:2008.
4. Imagen de responsabilidad e imparcialidad ante la sociedad y el gremio médico.
5. Rapidez en la resolución de las inconformidades por la prestación de los servicios de salud.
6. Autonomía e independencia para la emisión de resoluciones y laudos.
7. Capacidad y autoridad para emitir recomendaciones a las instituciones de salud por mala práctica.
8. Autoridad y facultades para solicitar documentación y expediente clínico sobre las inconformidades a los prestadores de servicios de salud.
9. Capacidad para gestionar de manera inmediata, el otorgamiento de la atención médica ante la negativa o irregularidad en su prestación.
10. Análisis de las inconformidades bajo un enfoque de procesos.
11. Protocolos y metodologías para el análisis de casos bien definidos.
12. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes, sistematizado y en red
13. Sistema de información y estadístico generador de información para la toma de decisiones.

14. Actuación del personal con imparcialidad y honestidad en la resolución de las inconformidades.
15. Coordinación con otros sectores e instituciones como IMSS, ISSSTE, PEMEX, SSA, CNDH, UNAM etc.

Si entendemos a las debilidades de la institución como aquellos factores de éxito claves que no posee la institución, y que esta realiza por abajo del promedio. O aquellas condiciones o recursos internos de los que carece la organización y le impide aprovechar una oportunidad o protegerse de alguna amenaza, podemos identificar a las siguientes:

DEBILIDADES.

1. Recursos humanos insuficientes para la atención de las inconformidades.
2. No cuenta con medidas de apremio para que los prestadores de servicios médicos, acudan a resolver las controversias presentadas.
3. Negativa de algunas instituciones públicas para someterse al procedimiento decisorio (Arbitraje).
4. Retraso en los tiempos de respuesta de las instituciones públicas, de acuerdo a los tiempos establecidos en sus reglamentos.
5. Insuficiencia de recursos financieros.
6. Dependencia de la Secretaría de Salud, como órganos desconcentrado, lo que afecta la imparcialidad para los casos de inconformidades presentadas en contra de la SSA.
7. Modelo de Arbitraje Médico agotado por falta de medidas de apremio y coercibilidad hacia los prestadores de servicios de salud.

Las oportunidades son características del entorno que actualmente no se están aprovechando y que se pueden capitalizar a favor del cumplimiento de las atribuciones o de la política pública, identificamos a las siguientes:

OPORTUNIDADES.

1. Reingeniería total de los procesos de las áreas sustantivas de la CONAMED.
2. Elaborar propuesta de un cambio de pasar de un Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud, a un Organismo descentralizado.
3. Autoridad para que todos los prestadores de servicio de salud, que tengan una inconformidad en la CONAMED, acuda a resolverla.
4. Incremento de la estructura y de las plazas.
5. Incremento de sus atribuciones para que se le otorguen facultades para aplicar medidas de apremio y de sanción.
6. Desarrollar actividades de visitadora a los hospitales públicos y privados.
7. Realizar gestiones para el otorgamiento de atención médica ante su negativa, directamente con las unidades de salud.
8. Fortalecer la comunicación y coordinación intra e interinstitucional.

En relación a las amenazas o riesgos, los podemos considerar como aquellas situaciones potenciales del entorno que de ocurrir pueden ocasionar problemas para el cumplimiento de las atribuciones o de la política pública, y podemos identificar a las siguientes:

AMENAZAS

1. Agotamiento del Modelo Mexicano de Arbitraje Médico.
2. Oposición del gremio médico para que la CONAMED tenga más atribuciones.
3. Que por las crisis económicas y las restricciones presupuestales, no se cuente con suficientes recursos humanos, tecnológicos y financieros que impacten en la realización adecuada de las funciones.

4. Que no se autorice por la autoridad el proyecto de reorganización de la institución (Congreso de la Unión).
5. Que la imagen de la institución, como garante de la protección del derecho a la salud, se vea afectada.
6. Que los intereses políticos obstruyan la consolidación de la política pública.

Al realizar un análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de la institución, se puede concluir que, en sus inicios la institución, tuvo que enfrentar, la oposición del gremio médico que la identificó como una instancia que lesionaría sus intereses, a la misma sociedad que desconocía cuáles eran sus atribuciones, a la desconfianza de algunos sectores de esta sobre sus posibles beneficios para elevar la calidad de la atención de los servicios de salud.

Los resultados y opiniones de varios de estos sectores en general han sido buenos sin embargo en su implementación y desarrollo podemos identificar varios problemas.

Primero al ser creada como una institución especializada, alterna a los órganos de procuración e impartición de justicia para resolver los conflictos derivados de la atención médica mediante la conciliación y el arbitraje, su desarrollo se ha enfrentado, a la aceptación del gremio médico, que si bien existe más conocimiento sobre sus funciones, aún en gran parte de este se le ve como una instancia que está en su contra, cuando la política de la institución es convertirse en una alternativa que medie entre el prestador y el paciente, para restablecer la relación médico paciente, antes de que se llegue a una demanda penal o civil ante los órganos de procuración e impartición de justicia.

La CONAMED, también ha tenido durante estos años, tener que coordinarse con las instituciones públicas para elaborar convenios de colaboración con las diferentes instancias, ya sea el IMSS, ISSSTE, PEMEX, CNDH, PROFECO; CONDUCEF, Órganos de Procuración e Impartición de Justicia, etc. Primero para tratar de unificar el registro y calificación de la queja médica, sin embargo los

diferentes intereses de las instituciones, sus reglamentos y características particulares de cada una de ellas, ha impedido la consolidación de un solo sistema de atención para el registro de la queja médica, creemos que esto es un reflejo de nuestro Sistema Nacional de Salud, integrado por varias instituciones con intereses diferentes, lo que dificulta la homologación del sistema.

Por otro lado la CONAMED ha tenido que enfrentar cuando firma Convenios de Colaboración con otras instituciones como el IMSS o el ISSSTE, problemas en la rapidez de respuesta al usuario, ya que estas instituciones tiene sus propios tiempos de respuesta a las inconformidades, establecidas en sus reglamento, y muchas veces los aplican en detrimento de la agilidad del proceso, por ejemplo el IMSS tiene hasta 90 días hábiles para dar una respuesta, y si el caso es complicado pueden extender de manera discrecional el tiempo de respuesta. El ISSSTE tiene 180 días para aceptar una inconformidad por reembolso y después de este tiempo la queja la da como no presentada, y la CONAMED no cuenta con instrumentos coercitivos para modificar estos plazos, esta situación muchas veces hace que el usuario se manifiesta inconforme con la CONAMED, pensando que protege a dichas instituciones.

En las áreas de atención inicial se han tenido que desarrollar mecanismos para atender aquellas inconformidades, en las que hay una negativa de la atención médica o una urgencia que pone en peligro la vida o un órgano de los pacientes, así como inconformidades por falta de recursos como medicamentos por ejemplo, este procedimiento llamado gestión inmediata, si bien agiliza el proceso de la atención, en muchas ocasiones se enfrenta a la falta de respuesta de la institución, por indiferencia o falta de recursos para dar una respuesta eficaz y eficiente, ya que la CONAMED no cuenta con esas medidas de apremio o sanción para obligar al prestador del servicio a otorgar una respuesta que resuelva el problema, además muchas veces el interlocutor con las instituciones es personal administrativo, que no comprende la urgencia de la petición y defiende a la

institución, lo que afecta la respuesta y satisfacción del usuario del servicio médico.

La CONAMED también se ha tenido que enfrentar a aquellos médicos o instituciones privadas que al conocer la falta de coercitividad y que el procedimiento es voluntario, a la negativa para acudir digamos ya no a resolver la inconformidad, sino a presentarse para dar una respuesta a las inconformidades del usuario del servicio, ya que como se ha mencionado se carece de facultades para obligarlos o sancionarlos.

Así mismo los abogados que al conocer de la CONAMED, se han convertido en defensores de los pacientes o de los médicos, con una actitud litigiosa promueven la no conciliación de la inconformidad con el fin, de seguir en los órganos de procuración e impartición de justicia, una demanda penal o civil que les reditúa en una ganancia económica en detrimento de ambas partes involucradas en el litigio y con ganancia para ellos.

En la etapa conciliatoria se trató de obligar al prestador de los servicios médicos a firmar una cláusula obligatoria para someter la inconformidad al arbitraje en estricto derecho o en conciencia, cuando no se pueda conciliar la queja, sin embargo esto no tuvo resultados satisfactorios ya que se niegan muchas veces a seguir el arbitraje, sobre todo cuando existe evidencia de mala práctica, y saben que para que el usuario inicie un procedimiento, de una demanda penal o civil, necesita contratar un abogado y meterse en un proceso litigioso, que durará de 3 hasta 5 años, con el consecuente desgaste económico y personal de las partes.

Otro aspecto que inclusive ha modificado algunos procedimientos como las propuestas de arreglo que emitía la CONAMED, se han tenido que suspender ya que las partes sobre todo las del usuario, las utilizaba como elementos preparatorios para continuar una demanda penal o civil, ya que se contaba con un

documento de la CONAMED donde se establecía la responsabilidad del prestador para que se solucionara en esta instancia la controversia.

Lo anterior como ya se observó en la numeralia presentada ha disminuido la realización de arbitrajes, razón de ser de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. No así en relación a las solicitudes de dictámenes médicos los que se han incrementado periódicamente cada año.

En cuanto a la fase de conciliación el consultor médico y jurídico intervienen como mediadores y conciliadores y en caso de no llegar a un acuerdo con el prestador del servicio médico, se les propone el proceso arbitral, pero frecuentemente el prestador del servicio por ser el arbitraje voluntario, no acepta el procedimiento sobre todo cuando hay evidencia de mala práctica. Lo anterior genera la percepción en los promoventes de la queja, de una actuación parcial e inclinada a proteger al gremio médico.

En muchas ocasiones en esta etapa, no se establece un contacto previo con el promovente de la queja, para informarle de los avances de su inconformidad, generando desconfianza, ya que como ya se dijo anteriormente, hay procedimientos que por normatividad externa, es decir de las instituciones de salud pueden durar hasta siete meses.

No se solicita información suficiente y confiable que otorgue elementos necesarios para elaborar una evaluación médica preliminar sobre el acto médico, y acudir a la audiencia de conciliación con un conocimiento más cercano a la verdad de los hechos por parte del conciliador.

El conciliador médico y jurídico no diseña una estrategia de conciliación que les permita abordar la inconformidad de manera uniforme y con una misma metodología.

Existen problemas de coordinación entre las áreas sustantivas para la solicitud de información y documentación de las inconformidades, lo que genera en algunos casos rezago en la admisión de las quejas, lo que es grave cuando existe un tiempo para la prescripción de los hechos.

Finalmente podemos establecer que el avance del Modelo Mexicano de Arbitraje Médico a través de estos 15 años ha sido importante, ya que se han establecido las bases, jurídicas, teóricas y metodológicas, para la atención de las inconformidades, se ha consolidado como una instancia objetiva con autonomía técnica e imparcial para la emisión de sus recomendaciones, resoluciones y laudos.

Sin embargo consideramos que el modelo ha empezado a dar signos de agotamiento y requiere de una reingeniería de procesos, de un cambio en la Ley que le otorgue a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, mayores atribuciones y facultades de apremio o sancionadoras para poder contar con mayor poder para que sus resoluciones se puedan implementar y cumplir en beneficio de los usuarios y prestadores de los servicios de salud.

3. ESTUDIO ANALITICO Y REFLEXIVO DEL MODELO MEXICANO DE ARBITRAJE MÉDICO COMO POLÍTICA PÚBLICA.

En nuestro Sistema Nacional de Salud, antes de la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, no se tenía experiencia alguna sobre una institución parecida que tratara de conciliar las quejas médicas de los usuarios por insatisfacción de los servicios de atención médica.

Existían instancias de quejas que estaban integradas a las instituciones como el IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud etc. Pero estas al ser parte de las mismas se constituían en juez y parte para la resolución de los conflictos, no dando confianza de imparcialidad a los usuarios de los servicios de salud.

Por lo tanto una institución de estas características ha sido innovadora sobre todo en la utilización de mecanismos alternativos a los órganos de procuración e impartición de justicias, como es la conciliación y el arbitraje sin tener que llegar a un proceso judicial.

Sin embargo esto no ha sido un proceso sencillo como hemos observado, pues fue necesario construir toda una serie de conceptos y procedimientos alrededor del modelo para poder ofrecer a la sociedad mecanismos de conciliación ágiles y eficientes para la resolución de las controversias.

Al mismo tiempo observamos que la práctica de la medicina se ve impactada por diferentes riesgos de diferentes dimensiones muchos de los que son difíciles de prever y controlar y que el árbitro tiene que identificar, analizar y entender para la resolución de las controversias. Por ejemplo el médico en la mayoría de las veces no trabaja solo, sino que se apoya en un grupo interdisciplinario de profesionistas que participan de diferentes maneras en el acto médico, y si alguno de ellos falla, se puede generar una insatisfacción por el servicio prestado.

Otro elemento es el referente a la disponibilidad y la calidad del material, el equipo y las instalaciones de las instituciones con las que cuenta el médico para el desarrollo de su práctica profesional, recursos que se ven impactados por los problemas financieros donde las necesidades son muchas y los recursos insuficientes, observamos también que en nuestro país estos recursos son insuficientes y se encuentran distribuidos de una manera inequitativa, coexistiendo en nuestro Sistema Nacional de Salud, instituciones con la más alta tecnología, junto a otras unidades médicas carentes de lo más indispensable, agregándose a lo anterior un Sistema Nacional de Salud, fragmentado y por consecuencia con un gran dispendio de recursos.

En este contexto se debe evaluar el acto médico lo que lo hace más complejo, ya que además el personal de salud, debe estar cociente de sus obligaciones los que podemos agrupar en tres grupos; Obligaciones de médicos; Obligaciones de seguridad; Obligaciones de resultados.

Octavio R. Casa Madrid Mata⁵⁰ en su manual La Atención Médica y el Derecho Sanitario establece lo siguiente al respecto:

“Las obligaciones de medios se consideran las de mayor importancia en relación a la atención médica y siempre son exigibles al personal de salud, y se pueden definir como la correcta aplicación de las medidas de sostén terapéutico. El facultativo está obligado a la adopción de medios ordinarios merced a lo anterior corresponderá al facultativo a determinar en caso concreto, en términos de su libertad prescriptiva, cuales son éstos y aplicarlos en términos de la lex artis y, en sentido negativo, la falta de adopción de los mismos invariablemente será tenida como hecho ilícito.”

Al respecto se puede señalar que el incumplimiento de obligaciones de medios no sólo puede ser atribuible al personal de salud, frecuentemente es atribuible al personal directivo y administrativo de los establecimientos y por supuesto también lo es al establecimiento mismo.

“Las obligaciones de seguridad, son caracterizadas como el deber de evitar siniestros, se refieren al uso correcto y al mantenimiento de aparatos y equipos a fin de evitar accidentes y al igual que en el caso anterior son atribuibles no solo al personal médico sino se hacen extensivas al personal administrativo y de mantenimiento, así como al establecimiento mismo.”

⁵⁰ CASAMADRID MATA, Octavio, La Atención Médica y el Derecho Sanitario, JGH Editores, 1999, México D.F. Pág. 11

Las obligaciones de resultados o determinadas, son más bien infrecuentes en cuanto al tratamiento médico, pues difícilmente se puede obligar al personal de salud a obtener un resultado en su atención. No obstante, debe hacerse notar que en términos de la legislación en vigor sí existen casos en los cuales podrá exigirse un resultado, por ejemplo; Tratándose de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento la obligación consiste en el reporte de laboratorio o gabinete, y deberá señalar los valores encontrados en términos de la técnica o técnicas empleadas, señalando en su caso las variaciones estándar admitidas, en términos de la literatura médica aceptada. Tratándose de insumos para la salud, estos deberán suministrarse, sin adulteración, alteración o contaminación y de igual modo no podrá suministrarse insumos caducados. Esta obligación incluye la fabricación de prótesis, órtesis y ayudas funcionales en los términos pactados. Tratándose de cirugía de resultados, es únicamente la de naturaleza estética y son exigibles esta especie de obligaciones cuando el facultativo hubiere asumido expresamente el resultado, siendo ello posible.

La exigibilidad de resultados se sustenta esencialmente en la protección de los derechos de contratación de las partes.

Por qué mencionamos todo esto porque el personal de salud, puede hacer todo que está obligado a realizar para el tratamiento de un paciente como lo exige la ciencia y técnica médica (*lex artis*), pero importa también la respuesta individual del paciente al tratamiento otorgado, para que este de buenos resultados, el médico no está obligada a curar o sanar, está obligado a realizar lo que tiene que hacer de manera correcta y oportuna, pero no está obligado a resultados.

Podemos observar por lo tanto la complejidad de evaluar el acto médico, y por otro lado está la otra parte en el acto médico el paciente, y la percepción que este tiene sobre la atención recibida, en su libro *Quejas Médicas La insatisfacción de los*

pacientes con respecto a la calidad⁵¹ de la atención médica, Claudia Infante Castañeda, refiere:

Que uno de los elementos para que los pacientes presenten alguna queja por la prestación de un servicio médico, primero toman en cuenta si la atención recibida ha sido menor que el estándar de atención. Es decir los pacientes hacen una evaluación con algún estándar de atención o expectativa o ambas cosas. También menciona que según Fielding la decisión de presentar una queja o una demanda en contra de un médico o institución no depende muchas veces del estándar de atención, sino de la percepción del daño ocasionado, es decir si su vida cambió y si piensa que el médico es culpable de ese daño.

Es decir para el paciente decidir si existe una mala práctica en su atención depende del hecho de que la atención recibida haya tenido consecuencias que produjeran cambios en su integridad física y la manera como estos afectan sus vidas y su relación con las demás personas, esto es que exista un efecto adverso que haya afectado su vida.

Después de la evaluación del paciente sobre la posibilidad de que ocurriera un evento adverso, este evalúa la posibilidad de que pueda ser atribuido al médico por lo cual pueda ser demandado, y esta decisión depende mucho de la calidad de la relación médico paciente, en la que influyen por lo menos cuatro factores;

1.- Que los pacientes hayan sido informados de manera clara, oportuna y suficiente sobre el problema que se presentó.2.- Del apoyo que reciben de otras personas para efectuar una queja o una demanda.3.- Si se sintieron tratados de una manera grosera, prepotente o menospreciados y 4.- De su grado de enojo.

⁵¹ Castañeda Infante, Claudia, Quejas Médicas La insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica, Editores de textos mexicanos, 2006, México D.F. págs. 20-22

En este punto se menciona que la calidad de la relación médico paciente se haya fuertemente influida por la honestidad, y por tener la información clara y oportuna sobre lo sucedido y que el personal de salud reconociera algún error y ofreciera una disculpa formal.

“Desconocer lo que sucedió es un poderoso motivo para activar la demanda, pues esta constituye una manera de obtener la información requerida, de enfrentar el peso emocional del problema por el que atraviesan y de recuperar el control de sus vidas.”

En este proceso también influyen las redes sociales. Su apoyo y motivación es importante en cualquiera de las dos alternativas, ya sea para no demandar o para interponer la demanda, pues sobrellevar el proceso de queja es muy estresante.

Otro factor fundamental de la relación del paciente con su médico que propicia la demanda es sentirse marginado del proceso de atención, ser ignorado en las decisiones y los resultados, que sus puntos de vista sean devaluados y menospreciados, y que su opinión no sea tomada en cuenta.

Para hacer más complejo el panorama del Modelo de Arbitraje Médico no debemos olvidar que existe un marco jurídico y sanitario que regula la prestación de los servicios médicos y la práctica profesional del personal de salud así como de los usuarios de los servicios de salud.

El personal de salud deberá conocer y aplicar lo que establece la Ley General de Salud y sus Reglamentos, Las Normas Técnicas, y las Normas Oficiales Mexicanas, conocer el Código Civil etc.

Deberá tener conocimiento que los medios judiciales de defensa aparecen en el área de los servicios de salud ante la necesidad de proteger a las personas que

resulten afectadas en su integridad física, con motivo de la relación jurídica que establezcan con los profesionales que prestan servicios de salud.

Existen diversos medios para reclamar aquellos casos en que por negligencia o impericia, se causen daños a los pacientes, esto es a través del acceso a los tribunales en los que se puede llevar el reclamo, ya sea por la vía penal y civil, e incluso laboral y administrativa. Sin dejar de lado desde luego el procedimiento arbitral ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Estrada Sámano reflexiona respecto de la responsabilidad técnica lo siguiente:

“Es por todo esto que al ser la medicina una ciencia inexacta, ya que se encuentra en constante evolución y sobre todo porque aun cuando llegue el día en que conozcamos las causas de todas las enfermedades y aun cuando lleguemos a saber el medio específico de combatir cada una de estas causas, existirá siempre el factor reaccional del individuo enfermo, infinitamente variable e imposible de acomodar a normas previas. Y ese factor ahora y siempre convierte todo tratamiento, aún el más rigurosamente exacto, en un azar, cuyo margen de posibilidades de error, puede a fuerza de estudios, de práctica y perspicacia, disminuir pero no eliminar.

Solo cuando otro médico, mejor enterado y preparado revele el fatal error, puede plantearse la responsabilidad del primero. Pero aun estos supuestos revisten el carácter de excepcionales. Sin embargo, supongamos que el enfermo y sus familiares no solo sospechan sino que adquieren la certeza de que el médico ha procedido con torpeza. ¿Quién es entonces, capaz de medir, de juzgar y castigar la culpa? Ha habido equivocación en el diagnóstico o error en la ejecución del tratamiento, pero ¿Hasta dónde alcanza el médico la responsabilidad?”

La responsabilidad legal del médico, en nuestro país, como en todos los del mundo occidental, tiene dos vertientes, la penal y civil, Cuando en el ejercicio de la

profesión el médico hace daño o perjuicio interviniendo culpa o negligencia grave, se está en la presencia de los llamados delitos imprudenciales.

Para que proceda la acción civil se requiere de un acto jurídico que en el caso de la relación médico paciente se da como un contrato de prestación de servicios regulado por el derecho civil tratándose de servicios privados de medicina, y en el caso de los servicios públicos como la obligación del estado para proveerlos, o bien de una entidad paraestatal en donde se generen vías administrativas para la reparación del daño que se haya causado, desde luego en el campo civil.

En general, las obligaciones que nacen del contrato de prestación de servicios profesionales son: para el cliente, pagar los honorarios pactados y para el profesional, actuar con diligencia, pericia y sin dolo. De tal forma que las consecuencias del incumplimiento de dichas obligaciones por parte del profesionista, lo obliga a responsabilizarse de los daños y perjuicios causados.

Responsabilidad por lo tanto es la obligación que se impone a toda persona de reparar, compensar y satisfacer, de manera justa y en grado diverso, según sea la cualidad y calidad del perjuicio, del daño ocasionado libremente a un tercero, o bien por haber cometido un acto ilícito, es decir un acto no permitido ni moral ni legalmente, bien por haberse abstenido de cumplir la ley moral, civil o penal.

A lo anterior se debe agregar la Política Pública y su aplicación así como los elementos que interactúan para su implementación y aplicación, para tal fin pretendo explicar el desarrollo de la Implementación del Modelo de Arbitraje Médico en México, mediante el enfoque de las redes de políticas públicas y entender las relaciones sociales entre los diferentes actores interdependientes que toman forma alrededor del problema de la queja médica.

En relación a la política pública de la implementación del Modelo de Arbitraje Médico en México, las organizaciones no pueden ser unidades únicas, sino que

constan de subsistemas que necesitan ser coordinados. Por lo tanto la organización en este caso la CONAMED responde estratégicamente a su entorno y modifica la coordinación entre y en las partes de la organización de acuerdo con su necesidad de adaptarse al entorno. Este entorno podría tener un cierto valor en relación a sus características, puede ser tranquilo, turbulento etc.

La teoría de la inter organización conceptualizo el entorno como un conjunto de organizaciones que tienen una relación con la organización focal. El análisis inter organizacional se centró en las relaciones entre las organizaciones, los intercambios de recursos entre ellas y los acuerdos organizacionales que se desarrollan para asegurar la coordinación entre organizaciones. (Levine y White, 1961; Litwak y Hylton, 1962; Negandhi, 1975).

Estos patrones de relación existen y se desarrollan para asegurar la coordinación entre organizaciones.

Al respecto el entorno social y político de la implementación de la política pública del arbitraje médico en nuestro país, podemos considerar que no era tranquilo, por parte del gremio médico, existía mucha desconfianza y reticencia hacia la creación de un organismo que les evaluara e hiciera evidente los posibles errores en la práctica médica, por negligencia impericia o dolo.

En los primeros años de su creación se dieron ataques y descalificación hacia la política pública por parte del gremio médico y algunas instituciones, por lo que la CONAMED entendió que era parte de un subsistema en el que tendría que llevar a cabo acuerdo entre las diferentes instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, para poder iniciar sus actividades en un mejor entorno.

Derivado de lo anterior, se firmaron convenios de coordinación y colaboración con las diferentes organizaciones por ejemplo, con la Comisión Nacional de Derechos Humanos, con el Instituto Mexicano del Seguro Social, Con el Instituto de

Seguridad Social de los Trabajadores del Estado, Con los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos, etc.

Lo anterior busco asegurar la coordinación entre organizaciones, pero también de alguna forma la supervivencia de la misma Comisión Nacional de Arbitraje Médico en un entorno difícil y turbulento, esto trajo beneficios, como el reconocimiento de la CONAMED como una instancia válida para resolver los conflictos derivados de la prestación de los servicios médicos, pero también trajo otras desventajas.

Una de las desventajas en estos convenios de colaboración, fue que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se tuvo que sujetar por ejemplo a los tiempos que los Reglamentos de las Instituciones para la atención de las quejas establecían, así por ejemplo el IMSS establece hasta 90 días hábiles para dar respuesta a sus inconformidades, esto impacto en los tiempos que normalmente establecía la CONAMED para dar respuesta a las inconformidades que era un promedio de un mes, así mismo por ejemplo el IMSS por decisión unilateral no acepto sujetarse al Arbitraje Médico, los mismo sucede con el ISSSTE o PEMEX etc.

Podemos decir que la CONAMED, logro el reconocimiento de estas instituciones como una instancia jurídica viable para la resolución de estas inconformidades, pero también en este proceso tuvo que ceder en algunas cosas, que también han impactado en la percepción de la sociedad al no contar con elementos coercitivos para obligar a las instituciones a sujetarse a los tiempos de la CONAMED como perdida de la imparcialidad, al supuestamente dar ventajas a la institución, en detrimento del usuario de los servicios médicos, el usuario espera más acciones de defensa ante las instituciones prestadoras de los servicios de salud.

En este sentido podemos decir que la falta de sujeción de algunas instituciones al proceso completo del arbitraje médico, puede estar determinado por el poder ya que este es un concepto central en el modelo de dependencia de recursos, y está

íntimamente relacionado con la posesión de recursos (Aldrich 1979) o con la asimetría de las relaciones de dependencia entre las diferentes organizaciones.

Así podemos entender que instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social, tiene un presupuesto y recursos mucho más que la propia CONAMED o la misma Secretaría de Salud, que puede utilizar indirectamente como medio de presión para no sujetarse totalmente al proceso arbitral.

En relación a la práctica de la medicina privada es evidente que la misma Comisión Nacional de Arbitraje Médico, tenía más ventajas al aceptar quejas de clínicas privadas pequeñas o médicos de estas que ante los grandes consorcios de clínicas que se agrupan bajo un solo dueño, ejemplo grupo Ángeles, los que cuentan con un grupo de abogados para defender sus intereses en detrimento muchas veces de los derechos de los pacientes.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico al verse limitada en sus atribuciones, al no poder sancionar ni poder obligar a los prestadores de los servicios de salud, a sujetarse al procedimiento arbitral, no puede defender adecuadamente a los usuarios que acuden a la CONAMED en busca de ayuda, ya que los prestadores simplemente no tienen la obligación de sujetarse al proceso arbitral, y ante la percepción de que los usuarios no podrán seguir un proceso judicial por falta de recursos económicos, algunos de ellos no siguen el proceso arbitral o en algunas ocasiones no acuden a la CONAMED a resolver sus quejas, sobre todos los prestadores de servicios médicos privados.

De acuerdo a lo anterior y basado en la teoría inter organizacional. Aldrich y Whetten (1981) esto conforma una red en donde varias unidades o instituciones están conectadas por un cierto tipo de relación, en este caso las controversias por la prestación de un servicio de salud, podemos decir también que las redes limitan y facilitan las acciones de las organizaciones.

Podemos decir que el análisis de los procesos políticos desde la perspectiva de redes, implica un análisis en los patrones de relación entre los diferentes actores involucrados en el Modelo de Arbitraje Médico, sus interdependencias y la forma en que esos patrones e interdependencias influyen en el proceso político.

Las redes políticas son patrones más o menos estables de relaciones sociales entre actores interdependientes, que toman forma en torno a problemas y/ programas políticos.

De acuerdo a lo anterior las tres características importantes que pueden observarse en las redes de políticas públicas son:

Las redes existen debido a la interdependencia entre actores, es decir en nuestro objeto de estudio la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, ha tenido que establecer una serie de interdependencia entre las diferentes instituciones y actores del Sistema Nacional de Salud, los usuarios de los servicio médicos, las instituciones de seguridad social, como el IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX, los servicios de salud de población abierta como la Secretaría de Salud Federal y las estatales, la medicina privada, el gremio médico, la población etc.

Las redes constan de una diversidad de actores cada uno de los cuales tiene sus propias metas, esto lo podemos palpar en cada uno de los actores que se ven involucrados en las quejas médicas que se presentan en la CONAMED.

Las redes son relaciones de naturaleza más o menos duradera entre los diferentes actores.

Lo anterior significa que en las redes políticas se hace énfasis en la interacción estratégica entre los diferentes actores que interactúan en el Modelo de Arbitraje Médico. Estos actores se necesitan unos a otros en virtud de las interdependencias que existen entre ellos, pero al mismo tiempo, intentan dirigirse

hacia sus propias preferencias e intereses, lo anterior conlleva a una interacción compleja y a procesos de negociación

CONCLUSIONES

Podemos identificar que el Modelo de Arbitraje Mexicano en sus inicios y creación se convirtió en una institución innovadora en la resolución de controversias derivadas de la prestación de los servicios de salud, mediante un proceso conciliatorio y arbitral alternos a los órganos de procuración e impartición de justicia.

El Modelo de Arbitraje Médico ha identificado que un ingrediente fundamental de los sistemas de salud debe ser la calidad en el servicio y en consecuencia la satisfacción de los usuarios. La percepción de deficiencias en la calidad de la atención da lugar a reclamos y quejas por mala práctica y eventos adversos. Los pacientes pueden presentar su inconformidad a través de mecanismos judiciales y no judiciales.

Sin embargo el modelo ha identificado que los mecanismos judiciales deterioran aún más la relación médico-paciente, por lo que se han vuelto relevantes los medios alternos de solución de controversias. Se ha observado también que las quejas frecuentemente son el resultado de una serie de incidentes, que deben ser identificados para aprender de ellos y mejorar la calidad de los servicios de salud.

Lamentablemente dentro de la evaluación de la calidad de los servicios médicos, la queja no ha tenido un peso suficiente para conocer de qué forma se están prestando los servicios. Buena parte de los esfuerzos en materia de calidad en la prestación de servicios de salud se orientan a la aplicación de normas y guías clínicas, y en el acto médico que proporciona el personal de salud, sin considerar en muchas ocasiones que existen otros elementos, que influyen en el comportamiento de la queja, como son el equipamiento, las nuevas tecnologías y sus aplicaciones, la capacitación continua, las políticas de las instituciones de salud y su capacidad de respuesta entre otros, así como la saturación y cargas excesivas de trabajo en las instituciones públicas. El Modelo de Arbitraje Médico

debe tomar en cuenta más estos elementos para darles un peso específico como generadores de la inconformidad.

La actuación de los profesionales de la salud debe contar con el respaldo de una adecuada infraestructura. Ésta la determina la complejidad de los problemas médicos para los que fue organizada la unidad médica, son los denominados niveles de atención que aplican en general a instituciones públicas y privadas. Las unidades deben contar con lo necesario según su nivel de responsabilidad, identificándose así una responsabilidad institucional por carencia de recursos como generadores de la queja médica.

En la atención médica participan profesionales de muchas disciplinas, a fin de proporcionar al individuo un conjunto de servicios orientados a proteger, promover y restaurar su salud. Aunque al frente del equipo por lo general está el médico, cada uno de los miembros tiene responsabilidades específicas para ofrecer el mejor resultado, por lo que el Modelo debe identificar y discriminar la participación de cada uno de ellos para delimitar sus responsabilidades en la generación de la inconformidad, por ejemplo en el olvido de una gasa, la responsabilidad es compartida del médico y del personal de enfermería.

Es también un compromiso institucional asegurar, entre otros, el abasto de medicamentos y su vigencia, los insumos y el equipamiento necesarios y con funcionamiento apropiado, el personal médico y de enfermería en el número y la competencia suficientes. El análisis de la calidad de la atención en la práctica médica puede ser considerado desde tres enfoques: el del paciente que recibe los servicios, el del prestador que los otorga y el de la institución que provee de los medios para llevarlos a cabo.

El Modelo de Arbitraje Médico ha podido identificar que el enfoque del paciente que recibe los servicios se manifiesta a través del logro, básicamente de dos expectativas:

- La solución de sus problemas de salud y

- La satisfacción de sus expectativas, en cuanto al trato, instalaciones, personal capacitado y disponibilidad de los recursos para el logro de los resultados.

Con este complejo escenario resulta inevitable que de la prestación de los servicios de salud generen insatisfacciones, inconformidades y quejas. Cuando alguien se queja, debemos entender que se encuentra ante una situación que considera injusta o fuera de la normalidad, así el Modelo de Arbitraje Médico se ha convertido a través de estos años en un mecanismo de amortiguación de conflictos en la sociedad, mediante un procedimiento alternativo y voluntarios para resolver estas inconformidades.

En nuestra opinión, la queja médica no ha sido suficientemente estudiada; las administraciones de los servicios de salud han tomado elementos aislados para tratar de mejorar los servicios; tal es el caso de esfuerzos que han sido apoyados por organismos internacionales, que han generado corrientes que en alguna medida han ofrecido resultados, pero que, en algún momento se han convertido en modas o en elementos discursivos que no se han concretado en todos los casos y que su aplicación no ha sido ni suficiente ni consistente.

Una queja es resultado de una situación que genera inconformidad por ser considerada, legal, social o moralmente contraria a la normalidad. Esta situación afecta directa o indirectamente a una o varias personas. La queja es una manifestación para llamar la atención de quienes pueden hacer algo para corregir aquello que le dio origen. En otro momento, el cual no siempre ocurre, las personas que conocen de la queja, hacen lo necesario para corregir esa situación particular y con ello satisfacer a los inconformes. Finalmente, el último momento en la vida de la queja debe consistir en identificar las causas que la generaron y crear los mecanismos para que no se repitan. La queja es entonces una expresión de inconformidad, pero también la oportunidad de corregir y de prevenir.

Si bien todo mundo tiene la obligación de conocer y atender las quejas, en la mayoría de los casos la queja es vista con desdén y malestar. Poco preocupa lo que la originó y tampoco se busca identificar denominadores comunes que

permitan la instrumentación de medidas preventivas. Cuando esto se traslada al campo de la salud, las cosas no son muy diferentes. Las quejas que tienen que ver con la calidad en la prestación de servicios de salud encuentran los mismos obstáculos que una queja por la baja calidad de un producto o de un servicio comercial.

El Modelo nos ha enseñado que independientemente de las consideraciones que la queja implica, es necesario tomar en cuenta al quejoso como un sujeto que enfrenta una situación compleja y ajena a la normalidad; de esta manera, al quejoso hay que verlo y atenderlo desde tres ópticas: primero, como una persona que padece una situación problemática que hay que resolver; segundo, como un sujeto al que no se le debe someter a nuevos y mayores conflictos por el hecho de haber presentado una queja, y tercero, como parte de una sociedad que debe generar las condiciones necesarias para que aquellas situaciones que dieron origen a la queja no se repitan.

Podemos por lo tanto establecer que siempre se han presentado conflictos entre los usuarios o sus familiares y los prestadores de servicios de salud. Los orígenes de los conflictos son múltiples, desde problemas de comunicación hasta resultados adversos o efectos desafortunados del acto médico, los que constantemente se ha buscado resolver a través de diferentes vías. Una de ellas es el reclamo que el paciente o sus familiares hacen directamente al médico o a las instancias que las instituciones han establecido para atender estos problemas; mecanismos que ayudan pero que no han sido suficientemente exitosos. En otro momento, solo existían las vías institucionales y las jurisdiccionales, sin embargo, no han ofrecido satisfacción a las partes, particularmente a los médicos, los que al enfrentar demandas de tipo civil o penal se han visto satanizados. La Comisión Nacional de Derechos Humanos desde su origen atendió estos reclamos, sin embargo, su competencia se reducía a las instituciones públicas.

Por lo tanto el Modelo de Arbitraje Médico se ha convertido en un elemento importante y de apoyo a la población como un mecanismo alternativo, para resolver este tipo de controversias, sin embargo el Modelo De Arbitraje Médico,

está dando ya signos de agotamiento y requiere de una nueva transformación en un Modelo que tenga mayores atribuciones para afrontar los nuevos retos que la sociedad y los usuarios de los servicios médicos le demandan.

La sociedad se ha vuelto más participativa, y más demandante solicitando mejores servicios de salud, e instituciones que le ayuden a defender sus derechos ante las instituciones.

Se debe cambiar de una Organismo Desconcentrado de la Secretaría de Salud, a un organismo descentralizado, con patrimonio propio e independencia para la emisión de sus opiniones y laudos y con mayor autonomía.

Por esta razón la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y varios diputados presentaron un Proyecto de Decreto Por el que se Expide la Ley Sobre Controversias Derivadas de la Atención Médica, cuyas características más importantes son;

Se pretende que sea una Ley Federal, cuyo ámbito sería en todo el territorio nacional, que no incide en los órdenes jurídicos de los Estados, Distrito Federal y Municipios, regularía a una institución federal (CONAMED) y sus procedimientos, Se aplicaría a controversias con prestadores de servicios de naturaleza federal, y solo como excepción a otro tipo de prestadores, cuando el usuario así lo solicite.

Tendría una Ley Orgánica para crear un Organismo Descentralizado que sería la CONAMED, el objeto de la ley sería, Regular la Organización, procedimientos del organismo descentralizado, regular la protección de los derechos de los usuarios de los servicios de salud, regular los mecanismos de solución de controversias y procurar la equidad, la certeza y seguridad jurídica entre usuarios y prestadores de servicios de salud.

Los objetivos serían realizar una valoración integral que abarque aspectos de la práctica médica, aspectos administrativos, de suministros como medicamentos, de personal técnico y otros.

El proyecto de ley implica establecer medidas de apremio, como el apercibimiento, multas, auxilio de la fuerza pública y arresto hasta de 36 horas por no acudir ante una inconformidad a esta Comisión.

Así como sanciones de multas de 500 hasta 2000 días de salario mínimo del Distrito federal.

Las medidas de apremio se podrían aplicar por el incumplimiento de convenios, por no presentar el expediente clínico o por no asistir a una audiencia de conciliación si ya la había aceptado, las sanciones podrían aplicarse por no presentar documentación solicitada, por el incumplimiento de convenios y por el incumplimiento de laudos arbitrales.

Las nuevas atribuciones del Organismo descentralizado, serían; la facultad de autoridad al poder aplicar medidas de apremio y sanciones.

La emisión de recomendaciones, la emisión de dictámenes a petición del usuario.

La defensa legal gratuita del usuario de un servicio médico y ejercer acciones de grupo.

Como conclusión definitiva podemos decir que la experiencia del Modelo de Arbitraje Médico ha sido exitosa, como un medio alternativo para solución de controversias médicas, pero el modelo se ha agotado y debe evolucionar a un modelo con mayores atribuciones y descentralizado, con el fin de tener más poder para proteger los derechos de los usuarios de los servicios de salud.

4. FUENTES DE CONSULTA. BIBLIOGRAFIA Y HEMEROGRAFÍA.

- 1.- Arteaga Nava, Elisur. *Derecho Constitucional*, México, Editorial Oxford, 2008, páginas 110-113
- 2.- Álvarez Días, Ángel Eduardo. "Análisis de Políticas Públicas" En Serie Temas De Coyuntura En Gestión Pública, Centro Latinoamericano De Administración Para El Desarrollo, p. 11.
- 3.- Bobbio Norberto, Matteucci Nicola, Pasquino Gianfrancano. *Diccionario de Política*, México, Siglo XXI, 2011, Undécima Reimpresión, pp. 710-712, 718.
- 4.- Bañón, Rafael y Carrillo, Ernesto. *La Nueva Administración Pública*, Madrid, Alianza Universidad Textos 1997.
- 5.- Bartolini Stefano, *Metodología de la Investigación Política*, Cap. 2, pp. 39 y 40.
- 6.- Carrillo, B. Ernesto, "El Estudio de la Administración", Texto de la Conferencia dictada en el Colegio de México, el 25 de noviembre del 2002. pp. 8-9
- 7.- Casado, Demetrio y Guillén Encarna, "Los servicios sociales en perspectiva histórica" en *Los servicios sociales. Documentación Socia*, núm. 64, Madrid 1986.
- 8.- Casamadrid Mata, Octavio, *La Atención Médica y el Derecho Sanitario*, JGH Editores, 1999, México D.F. Pág. 11
- 9.- Castañeda Infante, Claudia, *Quejas Médicas La insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica*, Editores de textos mexicanos, 2006, México D.F. págs. 20-22
- 10.- Conamed, *Modelo Mexicano de Arbitraje Médico*, 1ª Edición, México, D.F. 2003, pp.15-17.

- 11.- Comisión Nacional de Arbitraje Médico Mexicano, Modelo Mexicano de Arbitraje Médico, 1ª Edición, México D.F., 2003 pp. 28-45
- 12.- Diccionario de Historia Universal I. Ed. Rioduero, España, 1980, p.35
- 13.- Enciclopedia Jurídica Omeba, Tomo XVII, Driskil, S.A., Argentina, 1982, pág. 161
- 14.- Fernández Varela Mejía, Héctor. "Resolución de controversias, revaloración de la práctica médica". En: Revista CONAMED, Número 1, Año 1966, Volumen 1.
- 15.- Fernández Varela Mejía, Héctor. Acciones realizadas 1996-200, En: Diez Años de Arbitraje Médico en México, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 1ª Edición México D.F. 2006, pp. 67-68.
- 16.- García Ramírez, Sergio. "CONAMED: Una institución con autoridad moral" En: Revista CONAMED, Año 1, Número 3, Año 1997.
- 17.- Hegel, W F, George. "Lecciones sobre la filosofía universal", Revista de Occidente, Madrid: 1974.
- 18.- Heras, Patrocinio, de las "De la beneficencia al bienestar social: cuatro siglos de acción social", en La Cruz Roja en el bienestar social. Encuentro de las Sociedades Iberoamericanas. Cruz Roja Española, Madrid 1985.
- 19.- Johann Heinrichi Gottlieb von Justi, Ciencia del Estado, pp. 50-52. Instituto de Administración Pública del estado de México, 1996.
- 20.- López Alonso Carmen, "Memoria Introdutoria" en Cuatro siglos de acción social de la beneficencia al bienestar social. Seminario de historia de la acción social. Editorial Siglo XXI. Madrid 1986.

21.- Manuell Lee, Gabriel R. La Consolidación, En: Diez Años de Arbitraje Médico en México, 1ª Edición, México D.F. 2006.pp.99-102.

22.- Max Weber. "La política como vocación" en El político y el científico. Alianza Editorial, Madrid: 1979.

23.- Manuel María Diez. Manual de derecho administrativo. Plus Ultra. Buenos Aires: 1985.

24.- Meyer, Rosa María. Instituciones de Seguridad Social, Ediciones del Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, 1975.

25.- Muriel, Josefina. Hospitales de la Nueva España. Tomo I, p. 12 y ss. Fundaciones del siglo XVI. México. Instituto de Investigaciones Históricas. UNAM/Cruz Roja Mexicana. Segunda edición. 1990. 358 pp. Serie Historia Novohispana /12.

26.- Norberto Bobbio, Nicola Matteucci y Gianfranco Pasquino, Diccionario de Política, Siglo XXI Editores 1981-1982 vol. 1 p.712

27.- Petite, Eugene, Tratado Elemental de Derecho Romano, México D.F., Edinal Impresora, S.A., 1975, p. 19

28.- Porrúa Pérez, Francisco. Teoría del Estado, Editorial *Porrúa*, México, 32º edición, p.48-88

29.- Salgado Ledesma, Eréndira. "Medios alternos de resolución de conflictos: una opción para coadyuvar con la administración de justicia", En: Revista CONAMED, Año 5, Volumen 7 Número 18, enero-marzo, 2001, Pag 16.

30.- Severo Giannini, Massimo. Derecho Administrativo, Ministerio Para Las Administraciones Públicas, (MAP), Madrid, 1991, pág. 47

31.- Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial, D.O.F., 25 de julio del 2006.

32.- Reseña estadística de la atención de inconformidades en la Comisión nacional de Arbitraje Médico 1996-2010. Dirección General de Calidad e Informática, CONAMED, México D.F. mayo del 2011.

33.- 1ª Reunión Regional sobre Solución de Controversias entre Usuarios y Prestadores de Servicios de Salud; Organización Panamericana de la Salud; Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Secretaría de Salud, Dr. Germán Fajardo Dolci, 1ª Edición, México D.F. 2009, Págs.113-233.

34.- Ríos Elizondo, Roberto. El acto de Gobierno. Ed. Porrúa, México 1975, p.388

35.- Serra Rojas, Andrés, 1994, Derecho Administrativo Primer Curso, México D.F. Edit. Porrúa.

36.- Villoro Toranzo, Miguel. Introducción al Estudio del Derecho, Editorial Porrúa S.A. Segunda Edición, México D.F. 1974, p. 127.

37.- Véase Waltari Mika, Sinuhe el egipcio, Plaza y Janés, Barcelona 1984.

38.-Véase Navajo Pablo, Del Estado de caridad al Estado de Bienestar, Iniciativa Social, 2004

39.- Zita Basich, Testimonios sobre medicina de los antiguos mexicanos. IMSS, 1982.