

ARBITRAJE MÉDICO: RECURSO PARA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD- JALISCO
ASOCIACIÓN MÉDICA DE JALISCO, COLEGIO MÉDICO, A.C.
UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA

ARBITRAJE MÉDICO:
RECURSO PARA LA CALIDAD
DE LA ATENCIÓN

ARBITRAJE MÉDICO: RECURSO PARA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Alfredo Ramos Ramos
Alfonso Petersen Farah
Raúl Vargas López
Leobardo Alcalá Padilla
Alfonso Aceves Escárcega
Antonio Beas Nava
Guillermo Suro Cedano
(compiladores)

GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
ASOCIACIÓN MÉDICA DE JALISCO, COLEGIO MÉDICO, A.C.
UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA

2002

Primera edición, 2002

D.R. © 2002, Gobierno del Estado de Jalisco

Palacio de Gobierno

Corona 31, Zona Centro

44100, Guadalajara, Jalisco, México

D.R. © 2002, Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco

Rayón 135, Colonia Americana Oriente

44100, Guadalajara, Jalisco, México

D.R. © 2002, Secretaría de Salud Jalisco

Dr. Baeza Alzaga 107, Zona Centro

44100, Guadalajara, Jalisco, México

D.R. © 2002, Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico A.C.

Sierra Nevada 910, Colonia Independencia

44340, Guadalajara, Jalisco, México

D.R. © 2002, UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

Centro Universitario de Ciencias de la Salud

Sierra Mojada 950, puerta 7, Colonia Independencia

44340, Guadalajara, Jalisco, México

D.R. © 2002, Hospital Civil de Guadalajara

Coronel Calderón 777, El Retiro

44280, Guadalajara, Jalisco, México

Impreso y hecho en México

Printed and made in Mexico

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	11
RESUMEN DEL INFORME DE ACTIVIDADES DE CAMEJAL Alfredo Ramos Ramos	15
ÉTICA MÉDICA LAICA: UNA VISIÓN PROFESIONAL Ruy Pérez Tamayo	31
RESOLUCIÓN ALTERNATIVA DE CONTROVERSIAS	
VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA CONCILIACIÓN Y EL ARBITRAJE María Amelia Solórzano Peña	62
LA RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y SU IMPACTO ECONÓMICO Jaime López Delgadillo	81
LA EQUIDAD DE LAS PARTES Y LA RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS EN AMIGABLE COMPOSICIÓN Carlos Sedano Saldaña	101
COMENTARIOS Raul Vargas López	107
MARCO LEGAL DE LA PRÁCTICA MÉDICA	
EL PROCEDIMIENTO JUDICIAL PARA LA RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS RELACIONADAS CON LA PRÁCTICA MÉDICA Guillermo Suro Cedano	117

RIESGOS DE INCURRIR EN ASUNTOS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN SALUD	
Javier Chávez Solórzano	131
COMENTARIOS	
Alfonso Aceves Escárcega	139
LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA RESOLUCIÓN ALTERNATIVA DE CONTROVERSIAS POR LA PRÁCTICA MÉDICA	
LA BIOÉTICA EN EL MARCO DE LAS QUEJAS POR LA PRÁCTICA MÉDICA EN LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	
Fernando Cano Valle	143
RESPONSABILIDAD DEL GOBIERNO DEL ESTADO ANTE LA POBLACIÓN JALISCIENSE DERECHOHABIENTE DE INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	
Francisco Javier Peña Razo	153
LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA RESOLUCIÓN ALTERNATIVA DE CONTROVERSIAS POR LA PRÁCTICA MÉDICA	
María Guadalupe Emilia Martín Anaya	169
COMENTARIOS	
Alfonso Petersen Farah	179
EL ARBITRAJE MÉDICO EN LOS ESTADOS	
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE SINALOA	
Héctor Zazueta Duarte	185
COMISION ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE PUEBLA. ESTRUCTURA, FUNCIONES Y RESULTADOS 2001	
Manuel E. Tovia Arrijo	201
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE MICHOACÁN	
Jorge Mancebo del Castillo Trejo	211
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE MORELOS	
Juan Galván Sánchez	219
COMENTARIOS	
Alfredo Ramos Ramos	225

TRABAJOS LIBRES

PROPUESTAS DEL COLEGIO DE ESPECIALISTAS EN CIRUGÍA GENERAL
DE JALISCO PARA EL ABORDAJE DE LOS CONFLICTOS EN SALUD

Humberto Arenas Márquez

Alejandro González Ojeda

Roberto Anaya Prado 235

LA COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE MICHOACÁN
Y LAS INSTITUCIONES DE SALUD

José Arturo Hernández Alcalá 243

LOS RETOS DE LA CAMEJAL EN MATERIA DE CONFLICTOS

POR SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, ENTRE EL IMSS

Y SUS DERECHOHABIENTES

Mario Alejandro González Bello 251

CONOCIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

José Antonio Beas Nava

María Irene Cabezas Arrañaga

Ana María García Buenrostro

María de los Dolores González

Jiménez y Marisela Montaña Guerrero 257

COMENTARIOS

Francisco Javier Vázquez Cortés

Laura Fabiola Machuca Martínez 273

PRESENTACIÓN

El ejercicio profesional en el área de la salud se convirtió en una de las actividades del ser humano más vigilada desde el momento mismo que al concepto primitivo de la medicina como disciplina mágico-religiosa (que para algunas personas y culturas continúa) se le agregaron otros conceptos, principalmente a partir del razonamiento presocrático. En Grecia, y durante 700 años, el desarrollo de la medicina se basó en la idea de que la enfermedad tenía explicaciones naturales, lo cual algunos pensadores como Ruy Pérez Tamayo, consideran el descubrimiento más grande en toda la historia de la medicina. Sin embargo, con la búsqueda de explicaciones naturales para las enfermedades se incorpora también la necesidad de explicaciones a los procedimientos curativos, de forma tal que se inicia también lo que ahora tenemos como actividades de vigilancia al ejercicio profesional de la medicina.

Al revisar la historia de la medicina se encontrarán diversos testimonios de la regulación de la práctica médica; sobresalen algunos por su trascendencia, como el proceso judicial contra el Dr Helie que relata Emilio Bonnet, que a continuación se describe y que inician un paradigma sobre la responsabilidad profesional en salud:

En 1825 el Dr. Helie fue llamado para atender un parto distócico con presentación de hombro, al encontrarse de pronto con el brazo derecho fuera de la vulva lo

amputó sin intentar ninguna maniobra correcta. Al presentarse el brazo izquierdo, procedió también a su amputación y posteriormente se concluyó el alumbramiento. El padre del niño denunció el hecho ante el tribunal de Domnfront (Francia), mismo que solicitó un dictamen a la Academia de Medicina que sirvió de base para dictar sentencia, donde se determinó que el médico había actuado «imprudentemente y con una precipitación increíble no habiendo intentado ninguna maniobra obstétrica ni llamado a consulta», por lo que el médico fue condenado a pagar una indemnización (Yungano; López Bolado; Poggi y Bruna, en *Responsabilidad profesional de los médicos*, Editorial Universidad, Buenos Aires Argentina)

Seguramente que este hecho es un precedente importante para el establecimiento de las dinámicas que actualmente regulan el ejercicio profesional en salud, donde se conjuga la vigilancia jurídica de la práctica médica y la vigilancia del quehacer profesional a través de los grupos organizados en colegios.

La fusión del derecho y la medicina, como propuesta de mejora continua de la calidad de los servicios, es la perspectiva de trabajo de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (Camejal) y con ésta como principio se programó el evento académico «Arbitraje médico. Recurso para la calidad de la atención» que motiva esta publicación. Con la conmemoración del primer aniversario se organizó este evento, para desarrollarse mediante cuatro bloques de conferencias que a continuación se describen: I.- Resolución alternativa de controversias, donde se reflexiona sobre la trascendencia social y económica de la conciliación y el arbitraje; II.- Marco legal de la práctica médica, con el objetivo de ratificar las implicaciones de leyes, normas y reglamentos sobre la práctica médica con calidad, desde la perspectiva del Estado, el derecho y la medicina; III.- La seguridad social y la resolución alternativa de controversias por la práctica médica, bloque que se realizó con el objetivo de proponer alternativas factibles para

la resolución de controversias en las instituciones de seguridad social, y IV.- El arbitraje médico en los estados, con el propósito de identificar coincidencias y diferencias en la estructura, función y resultados de cuatro comisiones estatales, Michoacán, Morelos, Puebla y Sinaloa con su comparativo lógico respecto a la Conamed y la Camejal.

En esta publicación se incorpora la conferencia magistral «Ética médica laica: una visión profesional», del Dr. Ruy Pérez Tamayo, profesor emérito de la Facultad de Medicina, de la Universidad Nacional Autónoma de México y se incluye también un resumen del informe anual de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

La edición formal de este material bibliográfico tiene la pretensión de concretar la política de la Camejal, en el sentido de contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de salud, a través de la difusión de materiales bibliográficos, con las reflexiones de los profesionales de la salud que comparten esta perspectiva.

Ponemos este documento a la consideración de los profesionales, técnicos y auxiliares del equipo de salud, buscando el desarrollo académico y científico de la medicina, disciplina que sigue siendo una actividad humana de privilegio, sin perder de vista su verdadera dimensión, que tratamos de sintetizar en un aforismo:

El médico no está obligado a curar, pero sí está obligado a desarrollar el mejor plan de manejo, científicamente hablando, para curar a su paciente. El no hacerlo así es incurrir en un asunto de responsabilidad profesional.

Dr. Alfredo Ramos Ramos
Camejal

Dr. Alfonso Petersen Farah
SSJ

Dr. Alfonso Aceves Escárcega
AMJ, Colegio Médico, A. C.

Dr. Raúl Vargas López
CUCS, UdeG

Dr. Leobardo Alcalá Padilla
OPD HCG

RESUMEN DEL INFORME DE ACTIVIDADES DE CAMEJAL

Alfredo Ramos Ramos*

El 13 de marzo de 2001, el periódico oficial *El Estado de Jalisco* publicó el decreto 18936 del honorable Congreso del Estado, relativo a las reformas y adiciones de la Ley Estatal de Salud, donde se incorporan trece artículos que establecen los lineamientos legales para la creación, la estructura y el funcionamiento de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

En este documento normativo se faculta al titular del poder ejecutivo estatal, para la designación del comisionado de arbitraje médico.

Es de suma trascendencia resaltar también lo afortunado de la estructura que la Ley Estatal de Salud establece para este organismo público descentralizado, al señalar como máxima autoridad al honorable Consejo de la Comisión y particularmente me congratulo por la integración del mismo, donde se encuentra representada la Secretaría de Salud, las dos instituciones formadoras de recursos humanos para la salud, Universidad de Guadalajara y Universidad Autónoma de Guadalajara, así como las representaciones de las tres federaciones jaliscienses de profesionistas y la Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico.

Debo informarle a la comunidad jalisciense que el Consejo de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco ha asumido per-

* *Comisionado de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.*

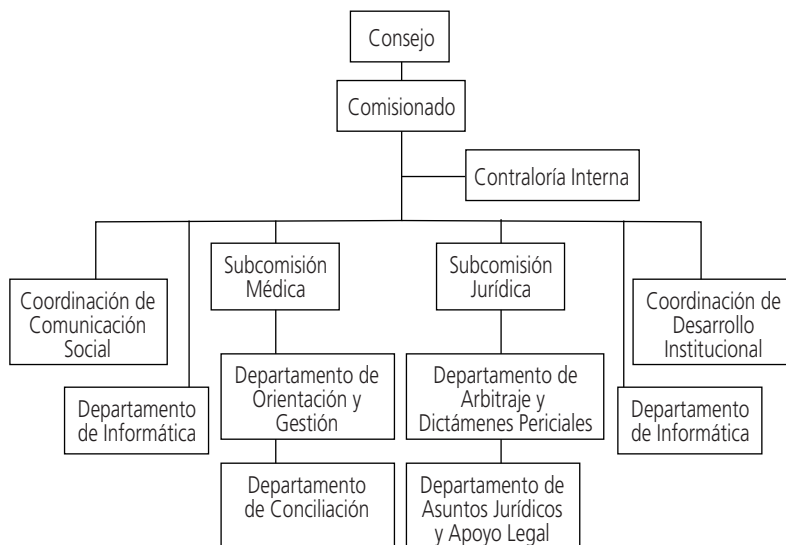
 Del consejo de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco

Dr. Alfredo Ramos Ramos	Presidente
Dr. Alfonso Petersen Farah	Secretario de Salud del Estado de Jalisco
Dr. Alfonso Aceves Escárcega	Presidente de la Asociación Médica
Dr. Humberto Muñoz López	Representante de la Federación de Colegios de Profesionistas del Estado de Jalisco
Dr. Adrian Chuck Sepúlveda	Presidente de la Federación Jalisciense de Colegios de Profesionistas del Estado de Jalisco
Dr. Armando Zavala Sánchez	Representante del Consejo Coordinador de Colegios de Profesionistas de Jalisco
Dr. Adalberto Vázquez García	Representante de la Universidad Autónoma de Guadalajara
Dr. Raúl Vargas López	Representante de la Universidad de Guadalajara

fectamente su responsabilidad de «definir, congruentemente con los planes y programas nacionales y estatales, las políticas de administración y de servicios a seguir por la Comisión y han marcado de manera respetuosa la función del Comisionado como elemento ejecutor de sus acuerdos y resoluciones», tal como se indica en la Ley Estatal de Salud.

A partir del 11 de abril en que rendimos protesta como Consejo, abordamos frontalmente la tarea de definir de la estructura y los procedimientos necesarios para cumplir con las funciones legislativamente asignadas, de tal forma que en la segunda de dos sesiones extraordinarias, realizada el 17 de mayo de 2001, se aprobó el Reglamento Interior, documento que define la estructura, así como las atribuciones de cada una de las unidades administrativas que integran la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco. Aprovecho esta oportunidad para manifestar públicamente nuestro reconocimiento a la Conamed, por el apoyo brindado para el logro de esta tarea, su asesoría nos permitió identificar las necesidades básicas de un organismo estatal, mismas que naturalmente adecuamos a las características propias de Jalisco, sin embargo sus propuestas fueron un importante referente para nuestro principio.

Organigrama de la CAMEJAL

*Inicio de atención a la población*

Con las funciones decretadas en la Ley Estatal de Salud, la estructura organizativa definida por el Reglamento Interior y el presupuesto mínimo indispensable asignado por el Congreso del Estado, iniciamos la atención a la población el día 18 de junio de 2001. Estamos exactamente a doce meses de este acontecimiento y mucho hay que informar al respecto, es por ello que hemos elaborado un documento que tiene esa finalidad y que será distribuido al concluir esta ceremonia, por el momento expondré ante ustedes solo algunos aspectos a manera de síntesis.

SERVICIOS OTORGADOS

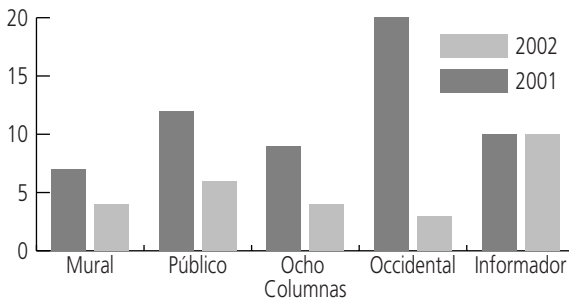
La Ley Estatal de Salud, en el artículo 91 B, establece como objeto de la Camejal, «...la difusión, asesoría, protección y defensa de los dere-

chos de usuarios y prestadores de servicios de atención médica», por lo que en cumplimiento de este indicativo legal, hemos desarrollado varias actividades que podemos clasificar en acciones de difusión y acciones de asesoría, además de la atención de casos que abordaré mas adelante:

ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN Y ASESORÍA

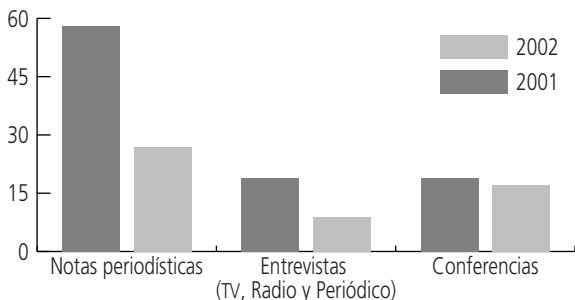
En cuanto a la difusión. Desde el momento mismo de la toma de protesta del Comisionado y el Consejo, la confidencialidad fue expuesta como política básica de funcionamiento, misma que se ha seguido rigurosamente, sin embargo, con el propósito de aclarar dudas y principalmente eliminar la confusión sobre las funciones y atribuciones de la Camejal, hemos aceptado nueve entrevistas en la televisión; quince en diferentes estaciones de radio, así como varias entrevistas para la elaboración de 85 reportajes de los periódicos de mayor circulación en el estado, declinando las solicitudes de informar sobre instituciones, especialidades y profesiones con «mayor número de negligencias», explicando siempre el alto riesgo que representa el manejo irresponsable de las cifras, por la posibilidad de generar conclusiones equi-

Gráfica 1
Notas publicitarias



vocadas. Es de reconocer la receptividad de los representantes de los medios de comunicación a esta perspectiva de respeto y manejo confidencial de los datos específicos de los conflictos.

Gráfica 2
Participación en los medios de comunicación



Actividades de asesoría. Como parte de esta función de asesoría se han desarrollado 36 sesiones con diferentes grupos organizados de profesionales de la salud, tanto en el ámbito institucional como en los colegios de profesionistas, con exposiciones, ponencias y conferencias en diferentes eventos, con la finalidad de informar sobre las funciones y atribuciones de la Camejal, así como recomendar el conocimiento y observancia de la Norma Oficial Mexicana referente al manejo del expediente clínico, como principio explícito para promover la mejora continua de la calidad de la atención médica.

El mensaje sobre la calidad de la atención como la mejor forma de prevenir los conflictos entre médicos y pacientes llegó directamente a 2 244 profesionales de la salud, sin embargo, es importante también resaltar en este apartado que a fin de lograr una cobertura mayor se editó, en colaboración con la Asociación Médica de Jalisco, el Colegio Médico A.C., el Hospital Civil de Guadalajara y la Universidad de Guadalajara, el libro *Responsabilidad profesional en salud*, que

tiene como objetivo llevar a un mayor número de profesionales las reflexiones de un grupo de académicos sobre los riesgos de incurrir en un conflicto de responsabilidad profesional, desde la perspectiva de la medicina, la odontología, la enfermería y la psicología, expresando los puntos más delicados de la práctica profesional y la conveniencia de mantener una comunicación constante con los pacientes, así como el respeto y seguimiento de la Norma Oficial Mexicana «Del manejo del expediente clínico».

Nuestra perspectiva de la difusión y asesoría sobre los derechos de usuarios y prestadores de servicios de salud es el realizarla a través de la organización de eventos académicos, como el ya mencionado y como el que se inicia el día de hoy, estamos convencidos de que las reflexiones colegiadas sobre lo correcto y lo legal, así como lo ético y lo moral, son el camino más corto para otorgar servicios de salud equitativos y de calidad, y esta es la estrategia más productiva para la prevención de conflictos en la práctica profesional. Seguiremos por ésta línea de conducta.

Atención de Casos a partir de las solicitudes de los usuarios de servicios de salud. Como ya mencionamos anteriormente, la Ley Estatal de Salud establece como objeto de la Camejal «...la difusión, asesoría, protección y defensa de los derechos de usuarios y prestadores de servicios de atención médica, promoviendo la equidad en sus funciones de conciliación y arbitraje...», de donde se desprende una de las aclaraciones que cotidianamente externamos: nuestra función está encaminada a la atención de los intereses de pacientes y médicos por igual, en todos aquellos conflictos que hacen de nuestro conocimiento.

Los conflictos de la práctica médica, por el rompimiento de la relación entre médicos y pacientes, son de lo más diverso. La forma más práctica de clasificar los servicios que se otorgaron en el periodo que ahora informamos es mediante la ubicación de los asuntos en dos grandes grupos: solicitudes de usuarios sin acto médico previo y solicitudes de usuarios que ya fueron objeto de un acto médico.

Solicitudes de servicios por usuarios que no han sido sujetos a un acto médico. Se trata de casos en donde la inconformidad que manifiestan no tiene relación con actos de la práctica médica, como por ejemplo, asuntos de jubilaciones, pensiones, servicios de farmacia, cumplimiento de pólizas de seguros de gastos médicos, entre otros. Estas solicitudes son motivo de orientación o asesoría a los usuarios para la resolución de sus problemáticas, en las instituciones correspondientes a cada caso.

En este rubro se presentan también usuarios que catalogan sus conflictos como necesidades de atención urgente y que manifiestan su inconformidad por la negación del servicio o el diferimiento de la atención. En estos casos nuestro personal ha desarrollado habilidades para identificar las urgencias calificadas, y si encuentra elementos suficientes actúa de inmediato como gestor con las instituciones de salud como SSJ, IMSS, ISSSTE, Hospital Civil de Guadalajara e inclusive las unidades privadas. Aprovecho también esta tribuna para manifestar nuestro reconocimiento a los titulares de dichas instituciones por aceptar nuestra intermediación para resolver estos conflictos de los usuarios, dando respuesta inmediata a las solicitudes de servicios de la Camejal.

Solicitudes de servicios por usuarios que han sido sujetos a un acto médico. En estos casos se identifica un acto médico, un daño a la salud y una supuesta relación entre estas dos variables. Son los conflictos que representan en sí mismos el argumento para la existencia de organismos de arbitraje médico como el nuestro.

Para este tipo de asuntos existen dos vías de acceso: la solicitud planteada directamente por el usuario como queja y la solicitud de las autoridades jurisdiccionales para la elaboración de dictámenes periciales.

En síntesis, estos conceptos son fundamentales para expresar de mejor forma nuestro primer informe de actividades. En este reporte se incluyen los datos estadísticos de once meses de actividades, lo que

nos permite describir e interpretar los resultados, y entregar de un informe analítico con propuestas de desarrollar.

Número de casos atendidos en los primeros once meses. Se atendieron 317 casos en este periodo; se registra una curva evidentemente ascendente que va de menos de un caso por día, en el mes de junio, a la presentación de prácticamente tres nuevos casos cada dos días, aunque es importante resaltar (como se observa en la gráfica) que en cuanto a las quejas se presentó una diaria en promedio.

Con el propósito de cuantificar adecuadamente las frecuencias de casos atendidos hemos realizado un ejercicio de comparación con las cifras presentadas por otras comisiones estatales y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, pero poniendo como base la población que cada una de ellas tiene como responsabilidad, para obtener la tasa de atención por cada 100 000 habitantes.

Con este procedimiento, y estimando que la tendencia se mantenga igual en el doceavo mes, en el primer año de actividades se atenderían 340 inconformidades en general, de las cuales 193 son quejas por servicios ya otorgados, equivalentes a 3.1 por cada 100 000 jaliscienses, lo que nos ubica cuantitativamente como la tercera comisión, de las que tenemos información, con una magnitud por debajo de las comisiones de Colima y de Tabasco, pero con cifras superiores a otras comisiones.

Esta descripción cuantitativa no ofrece por el momento explicaciones de fondo, dado que carecemos de otros indicadores que establezcan correlación con la calidad de la atención a la salud o con la calidad de la atención del arbitraje médico, sin embargo, se incluye como un referente para informes futuros que permitan el análisis de los resultados y del que se desprendan propuestas concretas de mejoras a la calidad en ambos casos.

Un aspecto que también debe ser analizado con detenimiento es el tipo de atenciones que requiere cada uno de los casos que acu-

Número de asuntos tratados por año en algunas comisiones de arbitraje médico del país

Comisión de arbitraje	Antigüedad en años	Quejas por 100 000 habitantes	Porcentaje de quejas respecto al total de asuntos	Asuntos totales por año
Conamed	6	4.5	15.2	12 123
Tabasco	5	11.3	69.2	308
Colima	4	8.3	38.7	119
Jalisco	1	3.1	63.6	340
Veracruz	4	1.5	33.0	306
Puebla	3	2.2	82.5	120
San Luis potosí	2	3.0	41.7	163
Michoacán	1	1.9	15.3	490
Morelos	1	1.7	25.7	105

den a solicitar los servicios del arbitraje, donde se incluye el comportamiento en la población atendida por la Conamed, como un referente importante por sus seis años de experiencia, y la atendida en Jalisco por la Camejal. En este cuadro se percibe una diferencia importante entre ambas, la cual por el momento solo se consigna y se programa para observaciones futuras, conforme se enriquezca la base estadística hasta hacer más relevante la comparación con la experiencia nacional.

En cuanto al número de opiniones técnicas, primeramente es importante informar que con este término nos referimos a las solici-

Tipo de atención requerida

Tipo de atención	CONAMED*	CAMEJAL**
	%	%
Orientación, asesoría y gestión	48.3	35.6
Quejas	47.1	60.9
Dictamen pericial	9.1	3.5
Total	100.0	100.0

* 4° Informe de actividades.

** Junio 2001-Mayo 17 de 2002.

tudes de dictamen pericial. Para la Conamed esta solicitud representa el 9% de las solicitudes de servicios, mientras que para la Camejal este tipo de casos es apenas de 3.5%.

Este fenómeno debe ser interpretado como el inicio de la relación de la Comisión con las autoridades jurisdiccionales. La calidad de nuestro trabajo será determinante para el incremento o decremento de este tipo de demanda de servicios.

Tipo de institución de los prestadores de servicios de salud. Con el propósito de evitar conclusiones espurias o sesgadas por lo insuficiente de la muestra, hemos decidido presentar la información por grupos institucionales y no por instituciones en forma individual, sin perder la opción del análisis elemental que forme la base de los futuros reportes anuales.

Centrando la observación en los datos de Camejal, es importante resaltar que las cifras porcentuales entre las inconformidades de la atención a la salud por instituciones de seguridad social solamente difieren en 4.7 % en relación a las instituciones de medicina privada, cuando el número total de eventos realizados por año, para cada una de estas categorías, son definitivamente distintas.

Aun cuando la información proporcional de los asuntos atendidos es importante, lo verdaderamente trascendente es la observación de las cantidades, tomando en consideración la base poblacional atendida por cada grupo de instituciones.

Para este punto es necesario aclarar que en el término eventos se expresa el total de actos de atención a la salud, registrados en las instituciones como consulta externa, atenciones de urgencia y egresos hospitalarios.

En el cuadro se presenta el número de inconformidades respecto al número de eventos reportados por las instituciones en un periodo de once meses, de tal forma que la información se ofrezca desde la perspectiva de la metodología científica aplicada a la epidemiología: tasa de

Porcentaje de atenciones por tipo de institución
CONAMED y CAMEJAL

Tipo de institución	CONAMED %	CAMEJAL %
Seguridad social	72.1	48.9
Asistencia social	6.7	6.9
Medicina privada	21.2	44.2
Total	100.0	100.0

inconformidades por los servicios prestados. El análisis completo lo incluimos en el documento de informe anual, sin embargo, en este momento es importante resaltar que se presentaron 20 inconformidades por cada millón de eventos de atención.

Casos atendidos por tipo de institución,
en relación al total de eventos

Tipo de institución	total de eventos*	Total de casos CAMEJAL**	Tasa por 100 000
Seguridad social	9 026 507	155	1.7
Asistencia social	6 219 836	22	21.0
Medicina privada	667 685	140	209.7
Total	15 914 028	317	19.9

* 11 meses del 2001

** Junio 18 de 2001–mayo 17 de 2002.

Dicho de otra forma, por cada inconformidad que se presentó se desarrollaron 50 000 eventos exitosos, con la satisfacción plena de usuarios y prestadores de servicios de salud.

Por lo anterior consideramos pertinente que la observación de esta estadística esté basada en el número de eventos que se atienden en cada una de las categorías institucionales, aunque reiteramos lo afirmado anteriormente: los resultados que aquí presentamos no pueden ser considerados reflejo fiel de las diferencias en la calidad de la

atención entre los grupos de instituciones, puesto que carecemos de otras variables que permitan correlacionar los números con los procedimientos. Sin embargo, cada institución debe analizar esta información específica y en consecuencia buscar las explicaciones que le permitan planear las acciones correctivas correspondientes.

Carácter desconcentrado de las inconformidades. La concentración de las actividades de arbitraje médico en la Zona Metropolitana ha sido una preocupación constante, consideramos que es una característica natural por lo reciente de la creación del organismo. Sin embargo, estamos convencidos de que esta característica debe cambiar de inmediato. Es importante insistir en que la Ley Estatal de Salud nos otorga atribuciones que se refieren a la totalidad de la población jalisciense y con ella a la totalidad de los municipios.

De los 317 casos recibidos, 29 asuntos se han atendido en municipios del interior del estado, lo cual debe ser considerado un indicador de que la creación de oficinas regionales es una necesidad que debe resolverse inmediatamente. Por ello que hemos planteado propuestas de trabajo conjunto con distintos ayuntamientos, como es el caso concreto de Puerto Vallarta, donde esperamos que la respuesta del cabildo posibilite en el corto plazo contar con una oficina regional.

Eficiencia terminal. De 317 casos, 204 se refieren a quejas; y 131 concluyeron mediante las diferentes modalidades de conclusión que se explican a continuación:

Asuntos concluidos por conciliación. De los 41 casos en los que se convocó a sesiones de conciliación, el convenio de finiquito del conflicto se logró en el 83% quedando el restante 17 % sin someterse a esta modalidad de resolución alternativa.

Otras modalidades de conclusión. Es de resaltar las categorías de casos «referidos», y los que concluyeron dados de baja por «falta de interés» o por «desistimiento», dado que estas acepciones están rela-

Numero de sesiones por queja concluida,
Según tipo de atención
Junio 18 de 2001-mayo 17 de 2002

Modalidad de conclusión	Quejas atendidas	Número de sesiones	Promedio
Conciliación	34	187	5.5
No sometimiento	7	46	6.6
Incompetencia	16	26	1.6
Desistimiento	14	30	2.1
Referidos	26	88	3.4
Falta de interes	34	70	2.1
Total	131	447	3.4

cionadas con las instituciones de seguridad social y la consiguiente limitación de nuestras atribuciones, dada la controversia de ámbitos de competencia, entre los estados y la federación.

De 131 quejas concluidas, 26 fueron mediante la referencia a las delegaciones estatales de las instituciones de seguridad social, para su estudio y resolución con las estructuras y procedimientos que establece su propia legislación. La excelente vinculación que hemos establecido con las autoridades de estas instituciones nos ha permitido ofrecer un servicio de recepción de quejas para este sector de la población jalisciense, sin embargo, la participación de la Camejal se limita a la recepción y referencia de casos, situación limitante que genera frustraciones en los derechohabientes inconformes, razón por la cual el 48 % de los casos que acudieron con nosotros concluyeron mediante el desistimiento de sus quejas o simplemente se ausentaron de los procedimientos de trabajo de la Comisión.

Ignoramos que parte del porcentaje que interrumpe su solicitud en la comisión recurre a las instancias jurisdiccionales para iniciar un proceso más desgastante para los protagonistas de un conflicto de esta naturaleza, o lo que es peor, cuántos de estos casos prefieren guar-

dar silencio, perdiendo con ello su derecho de ser atendidos, perdiéndose también la oportunidad de retroalimentar los procedimientos institucionales de atención a la salud.

Conclusión

Hemos afirmado de diferentes formas que nuestra actitud en el manejo de la información que proporcionan los primeros 317 casos es de mucha cautela y que deben ser interpretados exclusivamente desde el punto de vista de la descripción simple de los procesos y no de la interpretación generalizadora y determinante sobre la calidad de la atención de la salud.

La información presentada debe ser interpretada como resultado del nacimiento de una institución y de la definición de sus procedimientos por la atención a la población del Estado, con la consolidación que tiene como compromiso para el futuro inmediato. Desde la misma perspectiva debe ser recibida la información cuantitativa que contiene éste documento. Se trata de la estadística inicial de la evaluación de la calidad.

Las cifras aquí presentadas son la base de las acciones de desarrollo, que deberán tomarse como referencia para análisis posteriores, principalmente sobre la eficiencia de los procesos del arbitraje médico en Jalisco.

Comentar 317 casos de inconformidades sobre un total de 15 914 028 eventos realizados por profesionales de la salud nos autoriza a proponer medidas de calidad de la atención a la salud encaminadas a la prevención de conflictos. Sobre todo nos permite plantear públicamente nuestro compromiso con la difusión y la asesoría sobre los derechos de los usuarios y los prestadores de servicios de salud, dimensionando estas dos atribuciones que la Ley Estatal de Salud nos asigna, como estrategias fundamentales para el logro de la protección y la defensa de los mismos derechos que se asignan también como

responsabilidad para la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

No obstante lo dicho hasta aquí, por nosotros deben hablar los resultados y éstos están a su consideración.

ÉTICA MÉDICA LAICA: UNA VISIÓN PROFESIONAL

Ruy Pérez Tamayo*

Introducción

En las últimas tres décadas ha sido experiencia frecuente leer o escuchar que varios de los grandes avances de la medicina contemporánea han creado nuevos problemas de ética médica que deben agregarse a los que existen desde tiempos de Hipócrates, muchos de los cuales todavía no han sido resueltos. Las noticias del primer trasplante de corazón en un ser humano, de la fecundación *in vitro* y del nacimiento de Louise Brown (la primera bebé «de probeta»), del uso terapéutico de proteínas y otras sustancias recombinantes, de la terapia génica, del nacimiento de Dolly y la posibilidad de la clonación humana, del uso de alimentos modificados genéticamente y, en fechas más recientes, del desciframiento «completo» del genoma humano, así como del posible uso terapéutico de células estaminales derivadas de embriones humanos, han generado cada una de ellas ciertas reacciones en los medios, tanto nacionales como internacionales, que sólo pueden calificarse de exageradas, amarillistas y a veces hasta histéricas. Varios comentarios impresos y otros transmitidos por radio y TV al público general sobre esas noticias no sólo han tergiversado lamentablemente la información, exagerando (o hasta inventando) posibles

* *Profesor emérito de la Universidad Nacional Autónoma de México. Miembro de El Colegio Nacional y de la Academia Mexicana de la Lengua.*

«peligros» implícitos en los avances mencionados, sino que con frecuencia han sugerido varias «soluciones» para ellos, que van desde la formación de comités de expertos que dictaminen sobre los aspectos «éticos» del problema hasta la suspensión inmediata de todo trabajo científico en el campo. Tampoco han faltado individuos o grupos fundamentalistas que sistemáticamente se han pronunciado en contra de cada uno de los logros científicos mencionados, argumentando que son «antinaturales» o que se oponen a la «voluntad divina».

Este no es, desde luego, un problema nuevo. La historia de la medicina registra que reacciones igualmente negativas (pero sin la cobertura y el impacto de los medios modernos, incluyendo la TV e Internet) ocurrieron en 1796, cuando Jenner introdujo la vacuna contra la viruela en Inglaterra; en 1844, cuando Wells descubrió la anestesia y trató de extender su uso para aliviar, entre otros, el dolor del parto; en 1848, cuando Chadwick pretendió limpiar el sistema de agua potable en Londres; en 1891, cuando se inició el uso clínico de los rayos X, descubiertos por Roentgen; a partir de 1945, cuando primero Domagk y después Flemming encontraron formas efectivas de combatir muchas enfermedades infecciosas, etc.

Cada uno de estos episodios, que contribuyeron a transformar a la medicina de los siglos XVIII y XIX, de una tarea más bien samaritana y terapéuticamente limitada, en la medicina del siglo XXI, que cada vez cumple mejor con sus objetivos porque cada vez lo hace de manera más científica, en su tiempo fueron rechazados y satanizados, entre otras razones porque eran «antinaturales» y porque se oponían a «los designios de Dios».

Algunas definiciones

Buena parte de estos conflictos se debieron a la falta de precisión en el concepto de ética médica. Desde luego, el término «ética» se ha usado y se sigue usando por diferentes personas con muy distintos

significados, con frecuencia teñidos de una fuerte carga religiosa, ideológica, cultural y social; en el nivel popular, lo ético habitualmente se identifica con lo que «yo creo que es moral o está bien hecho, según mi religión, mis costumbres y mis amigos»; a nivel profesional, los filósofos reconocen a la ética como la rama de su disciplina que se encarga del estudio del comportamiento moral y consideran distintos tipos de ética, como hedonismo, pluralismo, relativismo, subjetivismo y naturalismo, así como varias formas de enfocarlos, como la ética normativa, la ética cristiana, la ética profesional o la metaética; desde el punto de vista histórico, se habla de las éticas griega y romana, medieval, utilitarista, intuicionista, idealista, kantiana, antinaturalista, fenomenológica, existencialista, contemporánea y otras más; en el mundo de la medicina, recuerdo que hace muchos años se hablaba de deontología médica y que como estudiante yo nunca supe bien qué quería decir el término, aunque el tono y la actitud de los que lo pronunciaban sugería un código permanente, monolítico, riguroso e inviolable, cuya transgresión condenaba al culpable como un médico «no ético», equivalente a «deshonesto», «corrupto» o hasta «narco».

Esta amplia variedad de significados del término «ética» traduce la complejidad temática de la disciplina y apoya la necesidad de usar un lenguaje preciso cuando se pretende transitar en ella. En este texto se siguen las siguientes definiciones:

Ética. El *Diccionario de la Real Academia Española* define el término como «Parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre.» En relación con el término moral, el citado diccionario señala: «Pertenciente o relativo a las acciones de las personas, desde el punto de vista de la bondad o malicia», y en su 5ª acepción dice: «Ciencia que trata del bien en general, y de las acciones humanas en orden a su bondad o malicia». Conviene subrayar que el comportamiento moral no implica una base religiosa o trascendental, como se supone en ciertos círculos, sino que puede y, en relación con la

ética médica, debe ser secular, para no excluir a nadie en una sociedad plural. Cuando la palabra *ética* se usa sin adjetivos o adverbios se refiere a la disciplina general o normativa, que incluye a todas las formas más especializadas o restringidas del campo.

Bioética. Aunque este término fue introducido en la literatura por Potter, en 1971,¹ no apareció en el *Diccionario de la Real Academia Española* hasta 1992, definido como: «Disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, así como de las relaciones del hombre con los restantes seres vivos». En la actualidad puede decirse que está de moda, gracias a su adopción por los ecólogos, quienes subrayan (con toda razón) los aspectos negativos del comportamiento humano en relación con el mundo que habita-

¹ Potter V.R.: *Bioethics, Bridge to the Future*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1971. Aunque no fue el primero en el uso del término bioética, este autor lo definió de manera precisa. La amplitud del contenido de la disciplina, que incluye pero rebasa a la ética médica, puede verse en textos como Kieffer G.H.: *Bioethics: A Textbook of Issues*. Addison-Wesley Publishing Co., Reading, Massachusetts, 1979. Un resumen del surgimiento de la bioética se encuentra en Jonsen A.R.: The birth of bioethics. *Hastings Center Rep* 23: 1-4, 1993, en otros textos de ese número 6 de la misma revista, y en Jonsen A.R.: *The Birth of Bioethics*. Oxford University Press, New York, 1998. Véase también Reich W.T.: The word 'bioethics': its birth and the legacies of those who shaped it. *Kennedy Inst Ethics J* 4: 319-335, 1994. En cambio, el uso contemporáneo del término bioética médica como sinónimo de ética médica se ilustra en el pequeño pero excelente librito (apenas tiene 63 páginas) de Kraus A. Cabral A.R.: *La Bioética*. CONACULTA, México, 1999, que con sencillez y claridad se refiere a casi todos los temas que se tratan en textos mucho más extensos. Un comentario pertinente sobre la amplitud del concepto original de bioética de Potter es Gensabella Furnari M.: The scientist demanding wisdom: the «bridge to the future» of Van Ranselaer Potter. *Persp. Biol. Med.* 45: 31-42, 2002.

mos, incluyendo no sólo al sector biológico (seres humanos, animales y plantas) sino a toda la naturaleza (aire, atmósfera, agua, minerales, energéticos fósiles, etc.), lo que rebasa la definición mencionada arriba, que se limita a la interacción del hombre con el resto de los seres vivos. También los filósofos han adoptado la palabra y han enriquecido sus orígenes con sus disquisiciones metafísicas, dándole mayor profundidad a sus raíces y mejores argumentos a sus demandas de protección y respeto a la naturaleza.

Para el interés de este texto es importante señalar que la bioética incluye a la ética médica, pero que los términos no son sinónimos; esta aclaración no es ociosa porque con su reciente popularidad, el primero se ha usado con frecuencia como si fuera lo mismo que el segundo. El objetivo principal de este texto es delimitar, de la manera más clara y precisa posible, la naturaleza, los alcances y las limitaciones de la ética médica.

Ética médica. Entiendo por este término el conjunto de valores, principios morales y de acciones relevantes del personal responsable de la salud (médicos, enfermeras, técnicos y funcionarios) dirigidas a cumplir con los objetivos de la medicina. Por lo tanto, se trata de una forma de ética profesional, o sea de una disciplina que se ocupa del comportamiento moral de los profesionistas de la salud cuando actúan como tales.

La ética médica es específica, o sea que su contenido no es aplicable al de otras profesiones, como leyes, ingeniería o música; naturalmente, lo que la ética médica no comparte con las otras éticas profesionales son los aspectos médicos técnicos que la caracterizan, como tampoco lo hacen los capítulos especializados de las éticas de otras profesiones con los de la medicina. De igual manera, la ética médica debe distinguirse de la ética general y de la bioética por su restricción a problemas relacionados con la conservación de la salud, el combate a la enfermedad y la lucha contra las muertes evitables y prematuras,

sin menoscabo de reconocer que también es «parte de la lucha moral y de las obligaciones del hombre.

Los objetivos de la medicina

En mi opinión, para definir a la ética médica no conviene partir de una tradición antigua, de algún documento memorable o de un decálogo de mandamientos dogmáticos y no razonados. Creo que como se trata de una ética profesional, es mejor centrarse en la profesión misma y derivar de su práctica específica aquellos principios de comportamiento que mejor contribuyan a alcanzar sus objetivos.

Los objetivos de la medicina son solamente tres: 1) preservar la salud; 2) curar, o cuando no se puede, aliviar, y siempre, consolar y acompañar al enfermo; 3) evitar las muertes prematuras e innecesarias. Estos tres objetivos pueden condensarse todavía más, en uno solo, que es lograr que hombres y mujeres vivan jóvenes y sanos toda su vida y mueran lo más tarde y dignamente que sea posible.

La relación médico-paciente

Desde un punto de vista histórico, la actividad médica gira alrededor de una relación que funciona como su centro y a partir de la cual se derivan todas sus diferentes modalidades: la relación médico-paciente. La medicina probablemente se inició antes de la aparición de nuestra especie, en tiempos prehistóricos, cuando algún primate precursor de *Homo sapiens sapiens*, sintiéndose enfermo, se acercó a otro miembro de su misma especie, le pidió ayuda, este aceptó dársela y procedió a hacerlo; quizá esto no fue un diálogo, porque seguramente el lenguaje se desarrolló mucho después, pero sabemos que existen otros medios de comunicación interindividual. De cualquier manera, desde entonces la relación médico-paciente es el punto de partida de todas las acciones médicas, es el eje que determina la dirección que tomarán todas las medidas diagnósticas y todas las intervenciones te-

rapéuticas, constituye el núcleo esencial del arte de curar. Es lo que Ignacio Chávez gustaba de caracterizar, citando al gran clínico francés Potain, como «una confianza frente a una conciencia». Pienso que la ética médica también debe construirse en función de la relación médico-paciente, en vista de que cuando ésta se da en forma óptima se facilita al máximo el cumplimiento de los tres objetivos ya mencionados de la medicina.

Un código de ética médica profesional y laico

¿Es posible integrar una ética médica completa y racionalmente aceptable, basada en sólo dos principios generales, que son los tres objetivos de la medicina, por un lado, y la relación médico-paciente, por el otro, y que excluye a toda influencia ajena a ellos, sea sobrenatural, de ética normativa o de dogma religioso? Mi respuesta es que sí, a pesar de que el sistema propuesto no se basa en conceptos como la «santidad de la vida», la existencia del alma, la identificación del genoma diploide con la «persona», la «dignidad» del ser humano, o hasta las opiniones del Papa y de otras autoridades eclesiásticas en asuntos médicos técnicos. La ausencia de estos conceptos y opiniones en la estructura de la ética médica propuesta no obedece a una fobia personal antirreligiosa, sino más bien a una inclinación que favorece a la racionalidad por encima de la fé. Por ejemplo, cuando se señala que «la vida es sagrada», mi primera reacción es preguntar qué significa el término «sagrada» y porqué se le atribuye esta propiedad a la vida, cuáles son los hechos que apoyan esta afirmación. De igual manera, cuando se dice que el «derecho a la vida» es el primer derecho del ser humano, sin el que todos sus demás derechos no pueden ejercerse, me pregunto cuál es la justificación racional de este postulado, en qué se basa tal proposición, si sólo se trata de una afirmación obvia («para tener derechos hay que estar vivo»), si se refiere al derecho legal que se viola cuando se «priva de la vida a otro», o sea cuando se

comete un homicidio, o si se trata de un dogma religioso que se acepta porque sí, porque es un dogma.²

Tradicionalmente, los códigos de ética médica se han construido

²Desde luego, el punto de vista propuesto en este texto está muy lejos de ser generalizado, sobre todo entre los autores de textos sobre ética «médica». La mayor parte de estos se basan en principios externos o ajenos a la práctica de la medicina, justificándolo de distintas maneras. Un ejemplo de este tipo de pensamiento es Kass L.R.: *Is there a medical ethic? The Hippocratic Oath and the sources of ethical medicine*, en *Toward a More Natural Science. Biology and Human Affairs*. The Free Press, New York, 1985, Cap. 9, pp. 224-246. Este autor señala: «Los médicos siempre han estado obligados a vivir bajo la ley de sus comunidades, aun en regímenes tan poco comunes como el nuestro (se refiere a los EUA) que han elegido libremente dejar solas a las profesiones en casi todos los aspectos. Esta subordinación de la medicina es completamente apropiada: hay más cosas en la vida que la salud. En ocasiones la búsqueda de la salud compite con otros bienes, y siempre ha sido tarea de la comunidad política ordenar las diferentes metas que compiten entre sí. Pero la medicina como profesión autónoma debe enfrentarse a un nuevo reto, que le niega independencia porque rechaza la existencia de una ética médica como tal. Los que así piensan insisten en que lo que llamamos «ética médica o la «ética de la medicina» no es otra cosa que la aplicación a la medicina, una área particular pero nada especial, de reglas más universales de la conducta humana. Para ellos, algunas de estas normas más generales se derivan de la religión bíblica, para otros de los dictados de la razón (por ejemplo, la moralidad kantiana), mientras que otros más se apoyan en la ley positiva o en los procedimientos democráticos autodeterminados que se usan para promulgarla. Pero todos los que se oponen están de acuerdo en que no hay deberes especiales o principios de conducta únicos en medicina, derivados directamente del significado o de la naturaleza del arte médico y de la actividad de curar a los enfermos. La llamada ética médica es simplemente la rama de la ética universal que pro- ...

alrededor de ciertos principios que se consideran involucrados directamente en la práctica de la profesión, como son los siguientes:

1. Respeto por la autonomía del paciente, a quien se considera como un individuo racional y autodeterminado que hace decisiones basadas en el conocimiento y en sus valores personales.
 2. Veracidad, que se refiere al derecho del enfermo a conocer la verdad sobre su padecimiento, requerimiento básico para la buena comunicación entre el médico y el paciente, y para que éste pueda otorgar su consentimiento informado.
 3. No hacer daño, el famoso *primum non nocere*, que incluye no sólo evitar acciones nocivas intencionales sino también cuidar que los efectos positivos del manejo del paciente siempre sean mayores que los negativos.
 4. Cuidar que todas las acciones estén dirigidas a procurar el beneficio del paciente, casi siempre según el médico.
 5. Vigilar que el acceso a las facilidades médicas se haga con toda justicia, porque todos los seres humanos tienen los mismos derechos a una atención a la salud oportuna y de la misma calidad.
 6. Confidencialidad, que demanda mantener secreta la información revelada en forma privada por el paciente y sus familiares.³
- Indudablemente, estos principios son de importancia fundamen-

... yecta su sombra protectora sobre las relaciones humanas entre el médico y el paciente. La ética médica no surge de raíces médicas, y por lo tanto la medicina no puede ser autodeterminada».

³ Uno de los libros más populares de ética biomédica en los EUA es el de Beauchamp T.L., Childress, J.F.: *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, New York, Sa ed, 2001 (ninguno de los dos autores es médico), basado en los principios de autonomía, beneficencia, maleficiencia, justicia, veracidad, confidencialidad y otros más, que desde luego son tan relevantes para la medicina como para muchas otras actividades profesionales ajenas a ella. ...

tal en la práctica de la medicina, y en la medida en que se vigilen y se cumpla con ellos la relación médico-paciente será mejor, más respetuosa, menos agresiva y más positiva en sus resultados. Pero como ya se ha señalado, ninguno de ellos es específico de la medicina, ninguno tiene que ver directamente con lo que caracteriza a la profesión y la hace distinta a otras actividades profesionales, que son sus tres funciones ya mencionadas. Los principios éticos señalados se refieren al comportamiento del médico como ser humano, son reglas de conducta que resultan en acciones moralmente buenas pero que tienen la misma vigencia cuando el ser humano no está actuando como doctor, o cuando ni siquiera se trata de un médico; son algo de lo que el hombre no puede ni debe desprenderse, cualquiera que sea su actividad profesional.

Las acciones éticas derivadas del código ético médico propuesto tienen que ver exclusivamente con la realización óptima de la relación médico-paciente, que es cuando mejor se cumplen las funciones de la medicina. Por lo tanto, todo aquello que favorezca una relación médico-paciente franca y abierta, basada en la confianza inspirada en el enfermo por la actitud afectuosa e interesada del médico, así como por sus conocimientos técnicos profundos y constantemente actualizados, es bueno dentro de la ética médica; lo contrario, o sea todo aquello que interfiera con el desarrollo de una relación médico-paciente óptima, es malo dentro de la ética médica. De aquí se desprenden cuatro recomendaciones generales, que se describen en lo que sigue con objeto de redondear la presentación del código de ética médica basado en la medicina.

... Otro texto es el de Veatch R.M. ed: *Medical Ethics*. Jones & Bartlett Publishers, Inc., New York, 2a ed, 1996, que contiene 14 capítulos escritos cada uno por autoridades anglosajonas contemporáneas en distintos campos de la ética médica, y que también se opone a la existencia de una ética estrictamente médica.

ESTUDIO CONTINUO

El primer aforismo de Hipócrates dice: «El arte es extenso, la vida es breve, la oportunidad es fugaz, la experiencia es equívoca, el juicio es difícil. No es suficiente que el médico haga todo lo necesario, el enfermo y sus ayudantes también deben cooperar, y las circunstancias deben ser favorables.»⁴

Si en la Grecia clásica la vida entera ya no le alcanzaba al médico para aprender toda la medicina que se conocía entonces, en la actualidad la situación es mucho más grave y cada día empeora. Hace mucho tiempo que desapareció el último médico que sabía todo lo relacionado con alguna de las ramas generales de la profesión, como son la pediatría, la ginecología y obstetricia, la cirugía o la medicina interna. Desde hace más de 100 años se empezaron a establecer diferentes especialidades (algunas, como la oftalmología o la obstetricia, son mucho más antiguas) dentro de cada una de las cuatro ramas generales de la medicina mencionadas, y el proceso ha continuado en forma progresiva y casi geométrica, de manera que hoy ya existen, dentro de

⁴Edelstein L.: The Hippocratic Oath. Text, translation and interpretation. Bull. Hist. Med. Suppl. 1-63, 1943 (reimpreso en Edelstein L.: *Ancient Medicine*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1987, pp. 3-63.) Sin duda este es el texto contemporáneo más importante sobre el Juramento Hipocrático, al que todos los comentaristas ulteriores hacen referencia obligada, sea para aceptar o para disentir de sus opiniones. Edelstein poseía una cultura fenomenalmente amplia, era un historiador crítico y un filólogo experto en lenguas clásicas, y además expresaba los resultados de sus trabajos (siempre documentados en forma exhaustiva) con claridad y sin reservas. Hasta hoy, más de medio siglo después de su publicación, su artículo sobre el origen pitagórico del Juramento Hipocrático sigue siendo la referencia principal sobre el tema. Edelstein tradujo directamente el texto del griego jónico al inglés y su versión es la más ampliamente aceptada.

la medicina interna, gastroenterólogos que sólo manejan enfermedades del hígado (hepatólogos), desde luego no quirúrgicas, o bien endocrinólogos especializados en *diabetes mellitus*, y hasta oftalmólogos que sólo se ocupan de problemas de retina. Esta superespecialización es consecuencia de dos factores complementarios: por un lado, la acumulación progresiva de cada vez más y más conocimientos científicos sobre las enfermedades, y por otro lado, el desarrollo de nuevas y más sofisticadas técnicas para su diagnóstico y tratamiento. El resultado de la suma de estos dos factores es el aumento en la eficiencia y en la calidad del servicio que el médico puede ofrecerle al enfermo, pero en campos cada vez más limitados.

Naturalmente, los niveles más restringidos de especialización se concentran en las instalaciones médicas privadas de más alto prestigio, que siempre son las menos accesibles a los sectores económicos más débiles de la sociedad. Pero aun en las instituciones públicas que atienden a los derechohabientes de la seguridad social o de la asistencia pública, y hasta en la clínica rural más humilde y remota del país, la calidad de la atención médica depende, de manera fundamental, de los conocimientos y habilidades de los médicos responsables de proporcionarla. En esto se basa su obligación moral de mantenerse en un proceso de educación continua, de estar al día en su información y en sus capacidades técnicas, con objeto de ofrecerle a sus pacientes la mejor atención posible. Este principio de ética médica fue objeto de reiterados comentarios de Ignacio Chávez, de los que citaré solamente dos:

Hipócrates, en su célebre Juramento que han repetido cien generaciones, no incluyó el tema del estudio y del saber médico. No lo puso entre sus obligaciones sagradas, si es que había de cuidar la salud y proteger la vida de sus enfermos. En cambio, todos los códigos de moral médica, los de todos los países, han incluido ése entre los grandes deberes. Pero ninguno lo enfatiza suficientemente, ninguno lo pone entre los primeros. Y yo pienso que la moral médica empieza allí,

justamente, en prestar al enfermo el servicio mejor que la medicina ofrezca; en responder a la confianza del enfermo que se entrega, con los elementos más eficaces que la medicina tenga. Que el límite de la capacidad de ayuda que presta el médico sea el que hayan alcanzado los conocimientos de su tiempo y no el otro, situado muy atrás, que le fije su ignorancia...⁵

La salud de mi enfermo será mi preocupación primera», dice la Declaración de Ginebra, versión moderna del Juramento Hipocrático y compendio de los deberes médicos. «Dios mío, haz que yo sea moderado en todo, pero insaciable en mi amor por la ciencia. Aleja de mí la idea de que todo lo puedo. Dame la fuerza, la voluntad y la ocasión de ensanchar mis conocimientos», clama Maimónides en su plegaria inmortal. En estas dos sentencias queda encerrada la obligación fundamental del médico, su máximo deber moral. No se concibe a un hombre que se consagre a la medicina para engañar con ella, para simular servicios que no valen. Se es médico para salvar enfermos, para ayudarlos cuando menos, y no es la ignorancia la que ayuda, es el saber. Esa es nuestra obligación primera si hemos de ser médicos honrados, no mercaderes.⁶

La ausencia (o la mención pasajera) de este principio de ética médica en la mayoría de los códigos conocidos de la profesión es sorprendente. Que el médico debe tener la mejor preparación y que debe mantenerla a través de su educación continua parece obvio, pero no lo ha sido ni para muchos pensadores preocupados por la ética médica ni para ciertos administradores de la medicina.

Como ilustración de lo último mencionaré que hace ya muchos años, cuando asumí la jefatura de un laboratorio de anatomía

⁵Chávez I.: «La moral médica frente a la medicina de nuestro tiempo», en *Humanismo médico*, Educación y Cultura. UNAM, México, 1991, pp. 39-49.

⁶Chávez I.: «Ética, deontología y responsabilidad del médico contemporáneo», en *Humanismo médico*, Educación y Cultura. UNAM, México, 1991, pp. 58-70.

patológica en una institución de asistencia médica privada, y solicité a los directivos un presupuesto que incluía libros y suscripciones a revistas de la especialidad, la respuesta fue: «Pero si nosotros queremos médicos ya preparados, no médicos en preparación...» Los responsables de esta opinión no eran personas incultas o poco dispuestas a autorizar erogaciones de magnitudes mucho mayores a la solicitada, siempre que fueran justificadas; simplemente, no habían sido expuestas a la necesidad de que el médico debe seguir siendo un estudiante toda su vida, y mucho menos a que esta sea una obligación impuesta por la ética médica.

El médico tiene la obligación moral de estudiar continuamente para mantenerse al día en los avances de su especialidad, con objeto de poder ofrecerle al paciente lo mejor que existe hasta ese momento para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad. Estar al día en los conocimientos científicos en cualquier rama de la medicina no es cosa fácil, pero puede intentarse echando mano de los diferentes mecanismos que existen para ello, como leer sistemáticamente las principales publicaciones periódicas relevantes y los libros que se publican sobre el tema, asistir a cursos y congresos de la especialidad, pertenecer a las agrupaciones académicas pertinentes y participar en sus actividades, formar parte de grupos de estudio y discusión de problemas especiales, etc. Es necesario mantenerse en preparación continua porque la medicina científica está avanzando y transformándose todo el tiempo; de hecho, esta es una de las características que la distinguen de las medicinas llamadas «tradicionales», en vista de que comparadas con la primera estas medicinas no progresan, no aprenden de sus errores ni buscan mejorar sus resultados explorando nuevas posibilidades; sus estructuras tienden a conservarse y sus cambios (cuando ocurren) son mucho más lentos y más bien corresponden a las transformaciones propias de las culturas de las que forman parte integral. Cuando el médico deja de estudiar y de mantenerse infor-

mado de los progresos en el conocimiento de su especialidad, también deja de contribuir a que la relación médico-paciente se de en las mejores condiciones posibles, con lo que comete una falta de ética médica que se califica como incapacidad, ignorancia o negligencia, que además puede tener consecuencias penales. Muchos códigos de ética médica contienen la recomendación de que el médico ofrezca a sus pacientes el mejor manejo posible, lo que sólo se logra estando familiarizado con él; sin embargo, otros códigos médicos no lo mencionan (está ausente del Juramento Hipocrático y de la Declaración de Ginebra) lo que sorprende pues es un elemento indispensable para cumplir con las funciones de la medicina. El médico que deja de ser un estudiante de su profesión comete una grave falta de ética médica y no sólo es un mal médico y un médico malo, sino que además es un médico inmoral.

Puede sugerirse que esta primera regla del código ético médico propuesto no cumple con el requisito de restringirse a los aspectos técnicos propios de la medicina, porque es igualmente aplicable a otras actividades profesionales, como las de los arquitectos, los economistas o los carpinteros. El argumento es sólido pero no impecable, porque en el caso de la medicina la regla se refiere a su papel en la realización óptima de la relación médico-paciente, que es el objetivo central de la práctica médica. Aquí se trata de la salud, de la vida y de la muerte de la gente, que depende en gran parte de la preparación y la capacidad del médico como profesional.

INFORMACIÓN Y DOCENCIA

La palabra doctor proviene de la voz latina *docere*, que significa «enseñar». En el *Diccionario de la Real Academia Española*, la segunda acepción de la palabra doctor es «médico» (la primera es «grado académico máximo otorgado por una universidad»). Es interesante que en castellano y en otras lenguas del mundo occidental los términos «mé-

dico» y «doctor» se usan como sinónimos, lo que sugiere una relación antigua entre la medicina y la docencia, que en verdad puede documentarse desde tiempos anteriores a Hipócrates. En la antigüedad no había escuelas de medicina, por lo que los interesados en aprender el arte se acercaban a algún médico ya formado y generalmente de prestigio y se convertían en sus discípulos, a veces (como en el caso del mismo Hipócrates, según Platón) remunerando al maestro por sus enseñanzas y adoptando así el sistema de enseñanza tutorial. El médico funcionaba entonces con el doble carácter de profesional de la medicina e instructor de la misma, usando su práctica médica para ilustrar sus lecciones e impartir enseñanza de sus habilidades técnicas a sus alumnos.

Pero las funciones docentes del médico no se limitaban entonces a enseñar su arte a sus discípulos, sino que se extendían en forma no sólo natural sino necesaria a sus pacientes y a sus familiares, cuando les explicaba su diagnóstico, les revelaba las causas de su enfermedad, les detallaba su pronóstico y les indicaba su tratamiento. Con las grandes limitaciones impuestas por sus reducidos conocimientos y su carencia casi absoluta de elementos terapéuticos, la palabra le ayudaba al médico a cumplir con los objetivos de la medicina; la falta de casi todos los recursos que constituyen a la medicina moderna la suplía el médico hipocrático con la comunicación más amplia de todo lo que sabía de su arte antiguo a sus pacientes y a sus familiares. De esta manera lograba que la primera parte del segundo párrafo del primer aforismo del Padre de la Medicina («...el enfermo y sus ayudantes también deben cooperar...») se cumpliera, y que la relación médico-paciente se llevara a cabo en las mejores condiciones posibles.

Estas dos formas de participación del médico antiguo en la enseñanza (sus dos estilos de ser «doctor», con sus alumnos y con sus enfermos) no han cambiado a través de 25 siglos, aunque no siempre se han ejercido con la misma convicción de su importancia crucial

para el mejor cumplimiento de los objetivos de la medicina. De hecho, en los tiempos de la Grecia clásica no todos los médicos fueron maestros de su arte, y es seguro que no pocos ejercieron con parsimonia la comunicación de sus conocimientos con sus pacientes y sus familiares; la medicina hipocrática, que consideraba a la enfermedad como un fenómeno natural, coexistía y competía con la mágico-religiosa, para la que los dioses y los mecanismos sobrenaturales eran las causas más frecuentes de los padecimientos. El elemento del misterio siempre ha tenido un atractivo especial para la mente humana, y frente a los sacerdotes y hechiceros que incriminaban a Zeus y otros habitantes del Olimpo, el médico hipocrático estaba obligado a competir con las mismas armas, invocando efluvios, miasmas, perversiones dietéticas, malos aires y climas siniestros, que en ausencia de los dioses también actuarían en los hombres por medio de mecanismos misteriosos.

La primera restricción a la libre docencia del arte médico ocurre en el Juramento Hipocrático, en donde se dice: «...dar una parte de mis preceptos e instrucción oral y otras formas de enseñanza a mis hijos y a los hijos del que me ha instruido, y a los alumnos que han firmado el convenio y hecho el juramento de acuerdo con la ley médica, pero a nadie más».

Esta cláusula de exclusión (debe ser una de las primeras en la historia) sirve como indicador de las profundas diferencias que separan a la ética médica antigua de la moderna. Los que consideran que el Juramento Hipocrático está vigente en nuestro tiempo seguramente pasan por alto o ignoran que la cláusula citada crea una membresía exclusiva en un grupo especial que disfruta del privilegio de docencia en el arte, al que no tienen acceso los no miembros. A lo largo de la historia, el tema de la docencia de la medicina y de la libre y amplia comunicación de la información médica a los enfermos y a sus familiares ha recibido escasa atención en muchos códigos éticos médicos. En

algunos de ellos, el médico es el dueño de esa información y se deja a su criterio cuándo y cuántos de esos datos pueden y deben conocer su paciente y sus familia; en otros se especifica que una forma de que el médico pueda conservar su autoridad sobre el paciente es no revelarle datos que el primero ya posee y que el segundo quisiera conocer.

Este juego de contrastes entre los intereses autoritarios de los médicos y los deseos y necesidades de los enfermos, tan abominable desde el punto de vista de la ética médica contemporánea, pero que disfrutó de una vigencia de siglos en el mundo occidental, ha empezado a desaparecer gracias a que los aspectos positivos de la función docente del médico, tanto con sus discípulos como con sus enfermos y sus familiares, han ido ganando reconocimiento no sólo entre los colegas médicos sino también entre el público en general.

Una queja frecuente en contra de la medicina contemporánea es que el médico no sólo se ha hecho sordo a las quejas y demandas de sus pacientes sobre su enfermedad, sino que además ha enmudecido en relación con sus conocimientos y sobre lo que los enfermos desean saber sobre su padecimiento. Armado con las ricas parafernalias científica y terapéutica contemporáneas, que le permiten diagnosticar con precisión y manejar con eficiencia cada vez más enfermedades que las que se conocían apenas ayer, el médico de hoy ya no le concede a los datos obtenidos por el interrogatorio el sitio decisivo que antes tenían en el diagnóstico, lo que restringe todavía más la oportunidad de diálogo con el paciente, a quien muchas veces le hace tanta o más falta hablar con el médico y escuchar sus explicaciones, que las medicinas que finalmente le recetan.

Ese diálogo cumple varias funciones de enorme importancia para lograr que la relación médico-paciente sea óptima y que se alcancen los objetivos de la medicina:

1. En primer lugar, es la mejor forma para iniciar una relación de confianza entre la persona que busca ayuda y la que está dispues-

ta a dársela; otras formas son el prestigio del médico, que puede haber influido en su selección por el paciente, o la recomendación hecha por algún familiar o amigo que lo haya consultado y haya quedado satisfecho, etc., pero es con el contacto personal abierto y amistoso, con interés y simpatía, con el que el paciente desarrolla la certeza de que está en buenas manos y que el médico va a hacer todo lo posible por ayudarlo lo mejor que pueda.

2. En segundo lugar, forma parte importante del caudal terapéutico con que cuenta el médico para enfrentarse al padecimiento de su paciente, que además de las molestias propias de su enfermedad, también sufre por la angustia que ésta le causa, por la incertidumbre que tiene respecto a su futuro, por el miedo a una posible intervención quirúrgica, por los problemas que puede causarle a su familia, y por otras razones más de tipo personal o profesional; el diálogo extenso y reiterado con el enfermo y sus familiares, en el que el médico escucha con interés las quejas y las dudas de sus interlocutores y calma sus inquietudes, contesta sus preguntas y explica, una y otra vez, tantas como sea necesario, en lenguaje sencillo y accesible, todo lo que él sabe sobre lo que ellos desean conocer, no sólo tiene efectos benéficos para los dolientes sino que forma parte esencial de lo que debe ser la medicina.
3. En tercer lugar, el paciente necesita conocer toda la información sobre su enfermedad y sobre su tratamiento y sus consecuencias, para poder dar su conformidad y que el proceso se lleve a cabo sin engaños o malos entendidos; el consentimiento informado, oral o escrito, del enfermo previo a las acciones diagnósticas o terapéuticas realizadas por el médico no sólo es otra prueba de la confianza que debe gobernar la relación médico-paciente, sino que también es un requisito legal que debe cumplirse para evitar posibles problemas ulteriores; la falta de comunicación, o la interpretación equivocada de la información

proporcionada por el médico al enfermo y a sus familiares es una de las causas principales del fracaso de la relación médico-paciente y de un número importante de las demandas por «mala práctica», o sea por la alegada negligencia o incapacidad del médico, quien muchas veces sólo es culpable de no haber establecido y conservado los canales más amplios de comunicación con sus clientes.

La obligación ética médica de enseñar el arte no termina con la instrucción más amplia del enfermo y sus familiares, sino que se extiende a todos aquellos que puedan beneficiarse de ella, lo que incluye a colegas, ayudantes, residentes, enfermeras y estudiantes. Además, la actitud de docencia permanente, de aprovechar toda oportunidad para difundir los conocimientos médicos que puedan ser útiles, reviste varias facetas diferentes. El médico ético comparte sus conocimientos en forma abierta con sus colegas en congresos y reuniones profesionales, en las cuales es al mismo tiempo profesor y alumno de sus pares; también puede ser maestro de estudiantes de medicina, sean de pregrado o de posgrado, o bien escribir libros o artículos sobre temas de su especialidad dirigidos al gremio médico. Pero su obligación ética docente rebasa al gremio de los proveedores de salud y abarca a toda la sociedad, por lo que debe participar en distintas formas de divulgación de su arte, como conferencias al público en general, artículos de divulgación de temas médicos, campañas de saneamiento ambiental, etc. (siempre cuidando de no caer en el campo promocional). La responsabilidad de compartir sus conocimientos especializados con la sociedad la adquiere el médico en forma ineludible porque su carrera profesional ha sido posible gracias al apoyo generoso de ella, que con sus impuestos ha creado las escuelas, las universidades y los hospitales en donde ha aprendido su profesión.

El médico que no enseña, que no explica con paciencia a sus enfermos y a sus familiares todos los detalles de su enfermedad y de su

tratamiento, que no instruye a sus colegas, ayudantes y estudiantes en sus conocimientos especializados, y que no participa en labores de divulgación de la medicina para el público en general, está cometiendo una falta de ética médica, es un médico inmoral.

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

En los párrafos anteriores se ha argumentado que la ética médica basada en la naturaleza de la medicina debe incluir a la preparación óptima, científica y técnica, del médico, así como a su obligación docente. Ambos deberes morales apenas se mencionan directamente o de plano no aparecen en la mayor parte de los códigos éticos médicos, históricos o contemporáneos, del mundo occidental.

De todos modos, a veces con ciertas interpretaciones no exentas de sospecha, pueden sugerirse como aludidos en algunos de esos venerables textos. Lo que definitivamente no se contempla como parte de la ética médica en casi ninguno de ellos es la obligación del médico de contribuir al crecimiento de su ciencia, al aumento en los conocimientos que usa para diagnosticar y tratar cada vez mejor a sus enfermos, y para instruir a sus pacientes y a los familiares de éstos, a sus colegas y a todos los que puedan beneficiarse con sus enseñanzas. En otras palabras, con una sola excepción, la investigación nunca ha formado parte de la práctica ética de la medicina.

La excepción es el libro *Medical Ethics*, del Dr. Thomas Percival, publicado en 1803. En el capítulo 2, el artículo XXVIII dice lo siguiente:

Al cierre de cada caso interesante e importante, en especial cuando ha terminado con la muerte del enfermo, el médico debe revisar, con reflexión tranquila, todos los pasos que dio en su tratamiento. Esta revisión del origen, la evolución y el final de la enfermedad, de todo el proyecto terapéutico seguido, y de los efectos particulares de las distintas preparaciones utilizadas, así como de las dosis y de los tiempos en que se administraron, proporcionarán los documentos más

auténticos que la experiencia personal puede proporcionar. Pero esta práctica se recomienda desde un punto de vista moral, por lo que debe realizarse con absoluta imparcialidad. Que la revisión no se contamine con autoengaño: si se revelan errores de omisión o de comisión, lo que debe hacerse es registrarlos con la mayor honestidad. Uno podrá arrepentirse, pero de esta manera se evita la criminalidad. Las buenas intenciones, junto con las insuficiencias del conocimiento humano, que no puede anticipar lo que los hechos finalmente revelan, justificarán lo ocurrido, siempre que este fracaso sirva concientemente al conocimiento futuro y a la rectitud de la conducta profesional.⁷

O sea que el médico debe reconocer sus errores y aprender de ellos para no repetirlos, para lo cual debe registrarlos y tenerlos presentes en ocasiones ulteriores semejantes. Esta es una forma (desde luego, hay otras) de decir que el médico tiene la obligación ética de hacer investigación, de usar sus experiencias y las de la comunidad médica en general, positivas o negativas, para contribuir a aumentar los conocimientos de su disciplina, que de esa manera podrá cumplir cada vez mejor con sus objetivos.

En principio, sorprende un poco que la investigación forme parte de la ética médica, que realizarla sea una obligación moral de los profesionales de la medicina. Es cierto que la mayor parte de los médicos que brillan en la historia de la profesión como figuras cimeras, los *Grandes Médicos* de la obra clásica de Sigerist,⁸ deben su fama a los descubrimientos que realizaron y que la han ido enriqueciendo de

⁷ Percival T.: *The Works, Literal, Moral and Medical of Thomas Percival*. J. Johnson, London, 1807, pp. 48-49.

⁸ Sigerist H.: *Grosse Arzte*. Europa-Verlag, Leipzig, 1931. Hay varias ediciones traducidas a diferentes idiomas de este famoso libro, por ejemplo, *The Great Doctors. A Biographical History of Medicine*. Doubleday & Co. I Garden City, New York, 2a ed, 1958.

manera cada vez más generosa, pero de actividad creativa a componente esencial de la ética médica hay un gran salto. Esta distancia puede cubrirse sin mayor problema considerando que, en la mayor parte del mundo occidental, los mejores hospitales y centros de salud son los que patrocinan y estimulan con mayor vigor a la investigación científica, y las escuelas de medicina reconocidas como las mejores del mundo son aquellas en las que alumnos y profesores están dedicados a la doble labor de generar y difundir el conocimiento.

La existencia de médicos especializados en la investigación, con nombramiento formal de investigadores y con financiamiento posible para el desarrollo de sus proyectos (antes deben aprobarse por una comisión de expertos), tiene consecuencias éticas ambivalentes. Por un lado, son muy positivas porque se reconoce la importancia de la actividad y se apoya la generación de nuevos conocimientos para el desarrollo del ejercicio cada vez mejor de la medicina. Pero por otro lado, da pie a que los médicos no investigadores se encojan de hombros y digan: «La investigación es una especialidad en medicina, como también lo son la pediatría o la radiología; está bien que el investigador investigue, que el pediatra atienda niños y el radiólogo interprete placas, pero no debe pedirse que estos dos últimos especialistas también hagan investigación, porque no sólo la harían mal sino que además dejarían de atender a sus propias tareas, que sufrirían por ello».

Tal postura refleja más que nada la ausencia de la investigación en la enseñanza de la medicina, no tanto como parte del currículum (cuando existe, forma parte casi exclusiva de las ciencias básicas, como fisiología, farmacología, bioquímica o patología) sino como una atmósfera que envuelve y penetra a todo el pensamiento médico y está presente no sólo en los laboratorios sino también en las clínicas.

Para que el estudiante se impregne del espíritu inquisitivo y de la mentalidad cuestionante que caracterizan al investigador debe exponerse a tales actitudes en forma de una vivencia cotidiana; no basta que

sus maestros le digan que el espíritu científico debe formar parte de su formación como médico, para aprenderlo tiene que verlo funcionando en las actividades diarias de sus profesores. Cuando esto no ocurre, cuando durante su formación el médico sólo aprende el oficio, porque eso es lo único a lo que está expuesto, a lo que finalmente llega es a ejercer la medicina como un conjunto de algoritmos o de soluciones preestablecidas para cada uno de los diferentes problemas que identifica, y desde luego de sus errores y de sus malos resultados no se benefician ni él ni sus pacientes, porque no aprendió a aprovecharlos.

Entre el público educado nadie duda hoy que la mejor de las medicinas es la científica, porque a diferencia de todas las otras medicinas llamadas «alternativas» (como la homeopatía, la quiropráctica, la acupuntura, la hechicería, el espiritismo, la aromaterapia, la herbolaria, la osteopatía, la ciencia cristiana, la balneología, la curación por la fé, etc.) se basa en el conocimiento objetivo, obtenido por la observación reiterada y críticamente analizada de la realidad. La medicina científica es la que oficialmente se enseña en las escuelas de medicina con prestigio y reconocimiento académico, es la que se ejerce en las instituciones públicas de atención a la salud y en muchas de las privadas, es la que ha avanzado en forma portentosa en los últimos 300 años por medio de la investigación científica, aumentando su capacidad diagnóstica y su eficiencia terapéutica mucho más allá que lo que soñaron sus grandes precursores, como Vesalio, Harvey, Boerhaave, Laennec, Virchow y otros gigantes más, en cuyos hombros estamos parados hoy, y es la que encierra la promesa más verosímil de seguir ampliando cada vez más el número y el tipo de enfermedades que reconoce y cura. Sin investigación científica la medicina alopática seguiría compitiendo (y a veces hasta perdiendo terreno) con las medicinas «alternativas», porque tendría que echar mano de la fé, de las ilusiones, de las creencias, de las supersticiones, de los mitos, del pensamiento mágico y de las supercherías en que éstas descansan.

El código de ética médica propuesto con base en los objetivos de la medicina señala a la investigación como una de las obligaciones morales del médico, lo que no significa que la medicina deba reducirse a las ciencias de laboratorio, sino que la práctica de la medicina, además de ser humanística, también debe ser científica. Como el único producto de la ciencia es el conocimiento, del ejercicio científico de la profesión irán surgiendo, inevitablemente, nuevas ideas y nuevos hechos, que identificados y documentados en forma crítica irán enriqueciendo poco a poco el caudal de información que le permite al médico actuar en forma racional en su profesión.

La participación del médico en la investigación científica durante su práctica profesional no significa sólo la realización de un proyecto riguroso en un laboratorio sofisticado o su presencia activa en estudios clínicos siguiendo un protocolo debidamente autorizado por los comités respectivos de investigación y de ética de la institución, sino a algo más general y todavía más básico: la conservación y el cultivo del espíritu de duda, del escepticismo constructivo, del respeto por las pruebas documentadas en forma objetiva y en especial si son cuantitativas, y al mismo tiempo el abandono de rutinas y de costumbres, por más arraigadas que sean, cuando resultan incompatibles con la experiencia confirmada, sea personal o de otros colegas. El ejercicio de la medicina con un espíritu científico inevitablemente llevará a revelar nuevos hechos, sean positivos o negativos, y eso es precisamente lo que es hacer investigación.

Considero que la investigación es un deber moral del médico porque no hacerla (o no intentarlo) lo hace culpable de por lo menos cuatro faltas de ética, a saber: 1) es culpable de traición a la medicina y a todos sus colegas médicos de todo el mundo, ya que el médico que no investiga simplemente se aprovecha del trabajo y los descubrimientos de todos los demás que sí lo hacen, explotándolos sin agregar (o siquiera intentar agregar) un ápice de nueva información; 2) es cul-

pable de no cultivar el espíritu crítico y analítico, la costumbre de la duda metódica, el reflejo de poner a prueba cualquier hipótesis, que indudablemente forma parte del armamento científico que el médico debe poseer en el más alto grado, para encauzar su pensamiento en la relación médico-paciente; 3) es culpable de negligencia personal, ya que desaprovecha la oportunidad maravillosa de explorar el mundo de lo desconocido en el ser humano, que es el modelo más complejo y más admirable que existe en la naturaleza; 4) es culpable del peor crimen que puede cometerse contra la medicina misma, que es considerarla como un oficio, en lugar de una profesión, como un *modus vivendi*, en vez de una misión, como una chamba cualquiera, en lugar de la más noble aventura. Para mí, esta es la violación más grave de la ética médica, el acto supremamente inmoral dentro de la medicina.

MANEJO INTEGRAL

El médico debe tener siempre presente que el enfermo acude a solicitarle ayuda para que lo cure o alivie de su padecimiento, lo que es algo distinto de su enfermedad, aunque el primer término incluye al segundo. Para poner un ejemplo, el enfermo puede tener una tuberculosis pulmonar, pero lo que lo lleva a ver al médico son la astenia, la falta de apetito, la palidez, el insomnio, la febrícula, la tos, la disnea, y además el miedo a lo que pueda pasarle, a que lo tengan que operar, la angustia por su familia, por dejar de trabajar, por interrumpir su vida habitual, y naturalmente el terror ante la posibilidad de la muerte. Todo esto es lo que el enfermo padece, y es lo que espera que el médico le quite al curarlo. El paciente no es un caso de tuberculosis pulmonar, como seguramente sería clasificado y referido en los registros de las instituciones hospitalarias, y como se comentaría entre colegas médicos; el paciente tiene un padecimiento que incluye a la tuberculosis pulmonar y también a otras muchas cosas que forman par-

te de su persona, de su existencia como ser humano. Es con este carácter con el que se presenta en la consulta, y no como un par de pulmones infectados por el bacilo de Koch. Es claro que si la enfermedad se trata en forma adecuada buena parte o todo el padecimiento se irá aliviando, pero así como la tuberculosis requirió de pruebas diagnósticas y de prescripción de drogas eficientes, también el resto de la carga que agobia al paciente necesita ser identificada, examinada y manejada por el médico con delicadeza, discreción y respeto, porque el enfermo acudió a solicitar ayuda para que le resolvieran su problema porque él no podía hacerlo solo. El médico que no se involucra en su atención con el padecimiento integral del paciente, sino que se conforma con diagnosticar y tratar la enfermedad, está cometiendo una grave falta de ética médica al no cumplir con los objetivos de la medicina, está ignorando su obligación profesional de curar, o aliviar cuando no se puede curar, pero siempre apoyar y consolar al enfermo, es un médico inmoral.⁹

⁹ Martínez Cortés F.: *Consulta Médica y Entrevista Clínica. Medicina del Hombre en su Totalidad*, México, 1979. El autor es un distinguido médico mexicano ... que desde hace mucho tiempo ha defendido el modelo biopsíquico y sociocultural de enfermedad, por considerarlo más completo que el más favorecido modelo biológico o biomédico. Martínez Cortés fundó el Seminario La Medicina del Hombre en su Totalidad, dedicado a explorar y difundir el manejo integral del enfermo. En la Introducción de este libro señala: «No se vaya a pensar que nosotros menospreciamos y desechamos el modelo biológico o biomédico de enfermedad; lo que tratamos es que ni la enfermedad ni la salud se consideren nada más como fenómenos biológicos, por tanto, abordables únicamente por medio de las clásicas ciencias biomédicas, sino en su real complejidad biopsíquica y sociocultural. Tal cosa obliga a emplear otras ciencias, además de las biológicas, para conocerlos y manejarlos. No olvidemos que los biólogos a ultranza, o reducen a lo biológico todo lo referente a la enfermedad ...

Creo que la síntesis anterior puede funcionar como un código de ética médica. Los cuatro principios mencionados (estudio continuo, información y docencia, investigación científica y manejo integral) contribuyen a que la relación médico-paciente sea óptima, lo que a su vez favorece que se cumplan los objetivos de la medicina. No se han invocado «derechos» de ningún tipo, no se ha mencionado la «santidad» de la vida ni se ha hablado de «humanismo» o del «honor y las nobles tradiciones» de la profesión. Estos y otros conceptos semejantes provienen de campos ajenos a la medicina y aunque han influido (y siguen influyendo) en el comportamiento de muchos médicos, pertenecen a la esfera de la ética general, aplicable a todos los hombres (incluyendo a los médicos, pero no porque sean médicos sino porque también son seres humanos). Para una ética médica basada en la naturaleza de la medicina no sólo son irrelevantes sino que con frecuencia interfieren con los objetivos de la profesión, disminuyendo la calidad de la relación médico-paciente, por lo que conviene mantenerlos al margen del ejercicio del arte de curar.

DR RUY PÉREZ TAMAYO. Nació en la ciudad de Tampico, Tamaulipas, en 1924. Estudió medicina en la UNAM y se especializó en patología con el Dr. Isaac Costero, en México, y con los Drs. Gustave Dammin y Lauren V. Ackerman, en los EUA. Fundó y dirigió durante 15 años la Unidad de Patología de la Facultad de Medicina de la UNAM en el Hospital General de México, y durante 10 años el Departamento de Patología del Instituto Nacional de la Nutrición. Ha sido profesor de patología en la Facultad de Medicina durante más de 50 años; actualmente es Profesor Emérito de la UNAM y Jefe del Departamento de

... humana o, aceptando que en dicho fenómeno existen otros componentes no biológicos, consideran que estos no son susceptibles de ser conocidos y manejados científicamente».

Medicina Experimental de la Facultad de Medicina en el Hospital General de México. Ha sido profesor visitante en las universidades de Harvard, Yale, Johns Hopkins, Minnesota y Galveston, así como en Costa Rica, San Salvador, Panamá, Venezuela, Colombia, Chile, Argentina, Madrid, Tel Aviv y Lisboa.

Fue becario de la Fundación Kellogg (EUA) y de la Fundación Guggenheim (EUA). Ha publicado más de 150 artículos científicos en revistas especializadas, tanto nacionales como extranjeras, así como numerosos trabajos de divulgación en revistas generales y diarios, tanto mexicanos como extranjeros. Además, ha escrito 15 libros científicos y otros 24 de ensayos históricos y de divulgación científica.

Perteneció a la Junta de Gobierno de la UNAM por 10 años (1983-1993). Es miembro de El Colegio Nacional, de la Academia Mexicana de la Lengua, del Consejo Consultivo de Ciencias de la Presidencia, del Consejo Académico de la Universidad de las Américas, del Consejo de Salud de la Universidad Panamericana, del Seminario de Problemas Científicos y Filosóficos de la UNAM, y de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Es investigador nacional emérito (nivel III) del Sistema Nacional de Investigadores y desempeña una cátedra patrimonial de excelencia nivel I. Ha recibido los premios Nacional de Ciencias, «Luis Elizondo»; «Miguel Otero»; «Aida Weiss»; «Rohrer», a la Excelencia Médica de la SSA, y el Nacional de Historia y Filosofía de la Medicina. Es doctor *honoris causa* de las universidades autónomas de Yucatán, Colima y Puebla.

RESOLUCIÓN ALTERNATIVA
DE CONTROVERSIAS

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA CONCILIACIÓN Y EL ARBITRAJE

María Amelia Solórzano Peña*

La creación de las comisiones de arbitraje médico en México, como órganos desconcentrados o descentralizados del Estado, dotadas de facultades para recibir quejas, investigar irregularidades y emitir a través de la aplicación de los medios alternativos de resolución de controversias acuerdos y laudos se ha convertido en un modelo de estudio de los organismos especializados en la prestación de servicios médicos en países como Chile¹ y Uruguay.²

El modelo ofrece mecanismos de reclamo, conciliación y arbitraje institucional a través de un organismo público, bajo las garantías

* *Profesora investigadora del Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de Guadalajara.*

¹ El Colegio Médico de Chile propuso la creación de una instancia de arbitraje médico para que sea integrada al contenido del proyecto de la ley sobre derechos y deberes de los pacientes, en su discurso de saludo a los médicos de Chile pronunciado por el presidente de la orden gremial en la ceremonia de celebración del día Internacional del Médico, el 3 de diciembre de 2001.

² El 17 de agosto del presente año, se firmó un acuerdo institucional entre la Comisión Nacional de Arbitraje Médico de México (Conamed) y el Sindicato Médico del Uruguay para explorar el establecimiento de una solución alternativa para la resolución de conflictos entre los usuarios, los prestadores de servicios de salud y los profesionales médicos.

de imparcialidad y gratuidad, en el que las controversias se resuelven aplicando la experiencia de profesionales en las áreas médico y legal. Se equipara a la figura del ombudsman con especialización en la prestación de servicios médicos.

Su adecuación variará de conformidad con las deficiencias del sistema público de salud de cada país.

Sin embargo, existe la duda sobre si el arbitraje médico es realmente un recurso para la calidad de la atención; si las comisiones de arbitraje como instancias administradoras de justicia a través de medios alternativos son la solución definitiva que el Estado requiere para la atención de conflictos médico legales.

Deficiente acceso a la justicia

Miguel Carbonell señala: «en los últimos años se han hecho importantes reformas al poder judicial federal para tratar de fortalecerlo. Se ha intentado encontrar en los jueces un sucedáneo para la satisfacción de las demandas ciudadanas que otros poderes no han podido satisfacer. Obviamente, los jueces tampoco han logrado impartir una verdadera justicia social. Y no lo han logrado porque no corresponde ni a la naturaleza jurídica de sus funciones ni se encuentra dentro del ámbito de sus competencias. La existencia misma de tantas y tan importantes reformas al poder judicial pone de manifiesto el éxito bastante relativo de las mismas» (Carbonell).

México se enfrenta al problema de falta de credibilidad en el poder judicial. La demanda de justicia es superior a la capacidad de respuesta del Estado. La impartición de justicia debe ser pronta, completa, imparcial y gratuita, conforme lo prevé el artículo 17 de nuestra Carta Magna, lograr una resolución definitiva y hacerla cumplir, predecible conforme al contenido de los fallos y jurisprudencia de los tribunales.

En una sociedad donde se originan y resuelven controversias jurídicas, aunado a los problemas sociales, en especial la inequitativa

distribución del ingreso y otros factores como la costosa asesoría jurídica, la deficiente formación de legisladores, jueces, ministerios públicos y otros profesionales del derecho, la poca apertura a la innovación judicial, los gastos del juicio y la corrupción, obstaculizan el acceso a la justicia y la posibilidad de ejercer plenamente los derechos de los gobernados.

La solución radica en realizar una reforma judicial integral que implica la revisión del marco legal procesal, la correcta administración y organización de los tribunales, la creación de una cultura de capacitación jurídica continua y la aplicación de medios alternativos de justicia.

Medios alternativos de resolución de controversias

La Subsecretaría de Asuntos Jurídicos de la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos manifiesta que «del estudio de la doctrina, de las legislaciones y de las propuestas programáticas e institucionales de los diferentes países que los contemplan, se observa que los Medios Alternativos de Resolución de Conflictos (MARC) vienen siendo propuestos y promovidos como una opción institucional de acceso y mejoramiento de la justicia. Desde su consideración en el ámbito constitucional y siendo el objeto de leyes específicas, los MARC constituyen un aporte estructural relevante y marcan una orientación revalorizante de la función social de la justicia como garantía de la convivencia pacífica».³

Los MARC se sustentan en la voluntad de los particulares; las partes actúan bajo el principio de la autonomía de la voluntad si la con-

³ *Conceptualizaciones necesarias sobre los MARC y los sistemas de justicia en el continente americano*. Marco referencial y conceptual. Métodos alternativos de resolución de conflictos en los sistemas de justicia de los países americanos. Subsecretaría de Asuntos Jurídicos de la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos. <http://www.oas.org/consejo/sp/CAJP/docs/cp09044s04.doc>

troversia no trasciende el interés privado. Difieren de la jurisdicción estatal u oficial que impone jurisdicciones ya constituidas puesto que las partes designan voluntariamente a un órgano encargado de proporcionar la solución al litigio.

El órgano al que las partes voluntariamente han hecho del conocimiento de su controversia carece durante la sustanciación del procedimiento de facultades inherentes a la actividad jurisdiccional (*jus imperium*,⁴ *vocatio*,⁵ *jus coercio*,⁶ *jus executio*⁷)

El carácter consensual del medio alternativo impide obligar o condicionar a las partes a someter la controversia al conocimiento de los órganos especializados en resolución de conflictos. En todo caso, sólo podría exigirse que una vez otorgado su consentimiento, las partes se ajusten a las formalidades esenciales del procedimiento en los términos del artículo 14 constitucional.

Uno de los cinco objetivos fundamentales del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 fue consolidar un régimen de convivencia social regido por el derecho, donde la ley sea aplicada a todos por igual y la justicia sea la vía para la solución de los conflictos. Su estrategia y línea de acción en materia de impartición de justicia manifiesta la necesidad de introducir mecanismos alternativos de resolución de conflictos que permitan mayor rapidez y especialización en las resoluciones.⁸

⁴ Expresión latina que significa «facultad de mandato».

⁵ Expresión latina que significa «facultad para citar a la partes para comparecer bajo apercibimiento».

⁶ Expresión latina que significa «facultad para aplicar sanciones al desacato».

⁷ Expresión latina que significa «facultad para ejecutar sentencias».

⁸ *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*. Cámara de Diputados. Bibliotecas. Publicaciones. <http://www.cddhcu.gob.mx/bibliot/publica/otras/pnd/pndind.htm>

*Adecuación de los MARC a los procedimientos
de instancias procuradoras y administradoras de justicia*

El Estado ha creado instituciones especializadas en la protección y defensa de grupos vulnerables, instancias procuradoras y administradoras de justicia, como la Procuraduría Federal del Consumidor, la Procuraduría Agraria, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la Comisión para la Protección de los Usuarios de Servicios Financieros que utilizan o han ajustado los medios alternativos a sus procedimientos, como una alternativa a la descarga del exceso de trabajo en los juzgados, de forma que su implementación resulta idónea y válida. Se cumple con un fin primordial: los particulares pueden resolver sus controversias sin necesidad de la intervención judicial.

Estas instituciones tutelan derechos que la doctrina considera sociales, cuya naturaleza es contraria al carácter consensual de los medios alternativos.

En la sesión informativa de la iniciativa de la Ley Federal de Protección al Consumidor, el Lic. José Campillo Sainz, Secretario de Industria y Comercio afirmó que «el derecho social es el que establece un conjunto de normas imperativas para garantizar los derechos y bienestar y para regular aquellas relaciones entre grupos sociales, en los que uno de ellos se encuentre en condiciones de inferioridad (...) es característica del derecho social que sus preceptos sean imperativos, irrenunciables, sin que queden sujetos a la autonomía de la voluntad de los particulares.»⁹

En el derecho social, la relación es tripartita, el Estado se encuentra presente tutelando el interés colectivo, el orden público y el interés social.

⁹ *Diario de debates de la cámara de diputados del congreso de los Estados Unidos Mexicanos*. Sumario. Año III. México, D.F., viernes 14 de noviembre de 1975, Tomo III, número 25.

Al adoptar la cultura del medio alternativo de solución de conflictos, las instituciones deben desprenderse de su carácter de autoridad u órgano del Estado, para pasar a ser simplemente terceros especialistas en negociación.

Conciliación

En la conciliación las partes acuden ante un tercero a fin de que éste, luego de conocer sus diferencias, les presente alternativas de solución; su objeto es evitar que el conflicto llegue a la justicia ordinaria o arbitral. Gonzalo Urribarri (1999, p. 16) señala que «(...) la función del conciliador se limita a proponer posibles soluciones, cuya adopción queda sujeta, en todo caso, a la voluntad de las partes, la solución final depende de ellas».

VENTAJAS

Al desaparecer la figura del juez, las partes pueden proporcionar mayor información y revelar sus verdaderos intereses, pactando procedimientos más flexibles, sin excesos de formalismos, que propicien soluciones a corto plazo.

La presencia de un especialista en la materia controvertida, capacitado en técnicas de negociación induce y facilita la solución del conflicto.

En teoría, la conciliación resulta un método flexible y adaptable que puede utilizarse para resolver controversias de gran monto económico, o utilizarse en conflictos donde las partes pertenezcan a sectores marginados.

DESVENTAJAS

La conciliación no tienen función jurisdiccional, las decisiones asentadas en las actas generadas durante el procedimiento no tienen el carácter de cosa juzgada.

El convenio presupone la observancia voluntaria. La parte interesada tendrá que acudir a la vía ordinaria en caso de incumplimiento, situación que entorpece la cualidad de rapidez propia de los medios alternativos.

Arbitraje

Para Chillón Medina y Merino Marchán, el arbitraje es «aquella institución jurídica por la que dos o más personas establecen que cierta controversia específicamente determinada, existente entre ellas, sea resuelta, conforme a un procedimiento legalmente establecido, por tercero o terceros, a los que se designa voluntariamente y a cuya decisión expresamente se someten, ya sea ésta dictada conforme a derecho, ya conforme a equidad» (Chillon, 1978, p. 55).

El arbitraje es un acto convenido por las partes, en base a la autonomía de su voluntad; su validez se determina por criterios internacionales a los que se han acogido los países a través de las convenciones internacionales.

La experiencia del poder judicial mexicano en materia de arbitraje es relativamente corta. No obstante que México ha suscrito la Convención sobre el Reconocimiento y Ejecución de las Sentencias Arbitrales extranjeras o Convención de Nueva York, (*Diario Oficial de la Federación*, junio 2 de 1971), la Convención Interamericana sobre Arbitraje Comercial Internacional o Convención de Panamá (*Diario Oficial de la Federación*, abril 27 de 1976) y la Convención Interamericana sobre la Eficacia Extraterritorial de las Sentencias y Laudos Arbitrales Extranjeros o Convención de Montevideo (*Diario Oficial de la Federación*, agosto 28 de 1987), los tribunales no han desarrollado suficientes criterios jurisprudenciales que permitan esclarecer las dificultades que enfrenta la institución arbitral.

VENTAJAS

La eficacia del procedimiento arbitral conduce frecuentemente a las partes a resolver su controversia por la vía amigable, antes de que se dicte un laudo.

La oralidad, intermediación, concentración y la especialización de los árbitros en la materia del conflicto contribuyen a la celeridad en la solución de controversias sometidas al procedimiento arbitral, en forma rápida y económica en relación a los procesos judiciales y de manera totalmente confidencial.

El laudo arbitral tiene la misma fuerza legal que una sentencia judicial y es susceptible de ejecución en el extranjero.

En los litigios de pequeña cuantía, el arbitraje institucional puede representar una excelente opción, ya que al estar tutelado por las instancias procuradoras y administradoras de justicia, la prestación del servicio es gratuito.

DESVENTAJAS

Falta de conocimiento de la institución arbitral por parte de los legisladores, del poder judicial, de los abogados y de los particulares.

Se desconocen las convenciones internacionales y la nueva normatividad adjetiva. Tampoco se conocen las tesis y ejecutorias que los tribunales mexicanos han ido pronunciando en favor de la observancia de las cláusulas compromisorias y de la ejecución de laudos extranjeros.

La mayor parte de los abogados no está familiarizado con la institución y muchos jueces la eluden como una competencia de su fuero natural. No existe cultura arbitral.

El especialista en arbitraje maneja conceptos que no siempre son compartidos por los jueces nacionales, la formalidad del derecho positivo mexicano ha generado discusiones respecto a cuestiones de inconstitucionalidad, jurisdicción, competencia, formalidades del pro-

cedimiento, reconocimiento y valor del laudo y homologación ante el órgano del poder judicial, entre otras.

Para los efectos del arbitraje privado, los asuntos de pequeña cuantía implican un problema, si bien en el procedimiento arbitral los costos se reducen debido a la rapidez y certidumbre de la resolución de los conflictos, tienen que pagarse los honorarios del árbitro o los árbitros, que pueden ser superiores a las cantidades en conflicto.

Por ser esencialmente privado y de naturaleza contractual, el arbitraje solo genera consecuencias e interesa a las partes involucradas, por tal motivo el laudo no tiene efecto *erga omnes*.¹⁰

La experiencia de la Procuraduría Federal del Consumidor en la utilización de la conciliación y el arbitraje institucional

La Procuraduría Federal del Consumidor (PFC) es un organismo descentralizado del gobierno federal que cumple una doble función, por un lado procurar equidad y seguridad jurídica en las relaciones que establecen los consumidores con los proveedores; por el otro, orienta, asesora y educa a la población en general para fomentar una cultura de consumo.

La Ley Federal de Protección al Consumidor prevé, para la solución de conflictos en las relaciones de consumo, el procedimiento conciliatorio y el procedimiento arbitral.

CONCILIACIÓN

Para el desahogo del procedimiento conciliatorio, la PFC actúa como autoridad administrativa, está facultada para requerir todos aquellos elementos de convicción que estime necesarios para la solución de la reclamación, así como para imponer los medios de apremio que correspondan ante la negativa por parte de aquellos que deban cumplir-

¹⁰ Expresión latina que significa «respeto a todos» o «frente a todos».

los. El proveedor está obligado a someterse al procedimiento, desvirtuándose de esta forma la naturaleza voluntaria de medio alternativo.

ARBITRAJE

Se plantea la falta de conocimiento en la institución arbitral por parte de proveedores y consumidores como causa de su casi nula utilización. Las razones pueden ser varias, pero se deduce que el denominador común es único: falta de información.

En la práctica, es casi imposible que un proveedor se someta al arbitraje institucional,¹¹ lo cual obstaculiza el desempeño de la Procuraduría Federal del Consumidor como árbitro; la institución no se desprende de su carácter de «autoridad protectora del consumidor». Por otra parte, la ley sustantiva es contraria en su naturaleza y objetivos a la naturaleza y objetivos propios del arbitraje.

Se confirma la controversia entre el carácter contractual del arbitraje y el carácter eminentemente social de las leyes de protección al consumidor; otra causa que entorpece la adecuada utilización del arbitraje de consumo.

El arbitraje sólo produce efectos entre las partes, mismas que expresamente han pactado las condiciones en las que habrá de actuar el tribunal arbitral respecto a las controversias que plenamente se habrán identificado en el acuerdo arbitral, la Ley Federal de Protección al Consumidor al aplicarse indistintamente como ley sustantiva o como ley adjetiva pierde el carácter de orden público y de interés social.

Existen criterios contradictorios por parte de los tribunales respecto a si el laudo cuando es dictado por la Procuraduría Federal del Consumidor puede ser recurrible o no en el amparo, pues se conside-

¹¹ En el arbitraje institucional el procedimiento arbitral sigue el reglamento publicado por una institución arbitral que vela por la correcta aplicación y cumplimiento del mismo

ra un acto de autoridad, lo cual implica que puede modificarse el contenido del laudo y objetar su validez y eficacia.

En general, la desinformación es la constante que prevalece; la ley de la materia otorga numerosas facultades a la PFC en su carácter de autoridad; sin embargo, por ser una instancia administrativa no posee las atribuciones propias de la autoridad judicial para poder ejecutar sus acuerdos, convenios o laudos. Las expectativas del consumidor muchas veces quedan defraudadas.

Comisiones de arbitraje médico¹²

Al igual que la Procuraduría Federal del Consumidor, las comisiones de arbitraje médico cumplen con una doble función, por un lado, dilucidan en forma amigable y de buena fe posibles conflictos derivados de la prestación de dichos servicios; por otro, brindan asesoría e información a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones.

Sus decretos de creación¹³ y reglamentos internos les otorgan atribuciones para intervenir en amigable composición, conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos, fungir como

¹² Información proporcionada en las páginas web de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) <http://www.conamed.gob.mx/> y la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (Camejal) <http://camejal.jalisco.gob.mx/>

¹³ En el caso del estado de Jalisco, el Poder Legislativo recibió la iniciativa de Ley de la Comisión de Arbitraje Médico; la transformó en una adición a la Ley Estatal de Salud, misma que conserva en esencia la propuesta. Se aprobó el 31 de enero del 2001, mediante el decreto 18936: «Reforma y adición de diversos artículos de la Ley Estatal de Salud», que se publicó en el periódico oficial *El Estado de Jalisco* con fecha del 13 de marzo del mismo año. Lo anterior explica el referente legal del arbitraje médico en el estado como parte de la Ley Estatal de Salud en la segunda sección, del artículo 91 A al 91 L.

árbitro y pronunciar los laudos que correspondan cuando las partes se sometan expresamente al arbitraje.

Sus procedimientos cumplen con las características básicas de los medios alternativos, son gratuitos y confidenciales.

CONCILIACIÓN

Si se llega a la conciliación de la controversia en su aspecto civil se firma un convenio, con la consiguiente solución del conflicto, donde de manera específica se determina tiempo y forma de las acciones que se llevarán a cabo para ello.

En caso de no aceptar la conciliación, quedan a salvo los derechos del paciente y del médico para que acudan a otra instancia a dirimir su conflicto o bien, si así lo deciden, de común acuerdo opten por la posibilidad del arbitraje, que se puede llevar a cabo en la Comisión.

Por conciliación pueden resolverse controversias que implican una indemnización. En concordancia con los derechos y obligaciones de las partes en conflicto se determina la cantidad a pagar bajo un esquema de equidad.

ARBITRAJE

La Comisión tiene facultades para resolver en definitiva la controversia mediante la emisión de un laudo apegado a derecho, documento que tiene el carácter de cosa juzgada.

A través de la firma del compromiso arbitral se formaliza la voluntad de las partes de acatar el laudo que resulte. Se utiliza el arbitraje *ad hoc* o en conciencia.¹⁴

¹⁴ En el arbitraje *ad hoc* no existe el componente institucional y, normalmente, no hay reglamento preestipulado siendo así a las partes y al Tribunal Arbitral a quienes corresponderá definir el procedimiento a seguir. En el arbitraje ...

El laudo se fundamenta en la experiencia del árbitro y su especialización. Con el objetivo de contar con el sustento técnico y jurídico para emitir el laudo, se lleva a cabo el análisis médico, jurídico y ético del caso.

En el procedimiento arbitral, los conflictos relacionados con indemnizaciones se estiman según los criterios establecidos en el artículo 1915 del Código Civil para el Distrito Federal y en la Tabla de Valuación de Incapacidades contenida en la Ley Federal del Trabajo.

El diseño de aplicación de los medios alternativos en las comisiones de arbitraje médico se apega a los estándares generales que marca la doctrina y las convenciones, reúne todas las ventajas que le son inherentes, mismas que le permiten el logro de los objetivos señalados, sin embargo, también presenta las desventajas a las que están sujetos dichos mecanismos.

Los retos son muchos. Existen problemas relacionados con la aceptación por parte de los profesionales médicos para reconocer a la institución como la responsable de valorar sus procedimientos; la normatividad le otorga numerosas facultades a través de una competencia limitada, ya que no puede intervenir en los casos de conflictos relacionados con las instituciones de seguridad social.

Un modelo de esta naturaleza corre el riesgo de perder las características propias del medio alternativo; puede tender a la burocratización, a aumentar la presentación de reclamos sin una adecuada fundamentación, a no cumplir las expectativas de los quejosos y a la dilación de los procedimientos por la excesiva carga de trabajo, situación que generaría problemas en el manejo de los recursos humanos

... *ad hoc*, aunque existen reglamentos como el de la CANUDMI (UNCITRAL), especialmente concebidos para este tipo de arbitraje, en la mayoría de los casos hay que acudir a disposiciones supletorias del derecho aplicable.

y financieros para la prestación del servicio, es decir, terminaría obstaculizando el acceso a una justicia pronta y expedita.

*Cultura del medio alternativo de resolución
de controversias y cultura de la calidad en el servicio*

La cultura del medio alternativo de resolución de controversias debe fortalecerse a través de diversos mecanismos:

DIFUSIÓN E INFORMACIÓN

El Estado, a través de organismos especializados, debe organizar programas y estrategias para sensibilizar, concienciar e informar a los legisladores, tribunales judiciales, abogados y a la sociedad civil sobre las ventajas, desventajas y limitaciones de su utilización; su naturaleza y aplicación a la norma positiva mexicana.

CAPACITACIÓN

En la solución de los problemas de información y capacitación, el Estado puede apoyarse en el mejor organismo científico y académico: la universidad pública.

El profesional del medio alternativo debe capacitarse en técnicas de negociación y desarrollar habilidades especiales que deben ser aprendidas y desarrolladas en la práctica.

EVALUACIÓN

Los programas que instrumenten los medios alternativos deben ser supervisados y evaluados. La evaluación conforme a indicadores previamente establecidos debe ser cuantitativa, cualitativa, externa e interna.

IMPLEMENTACIÓN

La incorporación del medio alternativo a nuestro sistema de acceso a la justicia implica el conocimiento del mismo por parte del legislador,

para incorporarlo al marco legal, y de los tribunales judiciales, para su correcta aplicación y apoyo.

Los resultados exitosos en la resolución de conflictos por parte de los organismos procuradores y administradores de justicia, no sólo radica en las estadísticas que muestran el número de quejas recibidas, convenios celebrados o laudos dictados; mayor será su trascendencia conforme se cree una cultura de calidad en el servicio que impacte a los prestadores de tal manera que el número de quejas disminuya año con año.

Bibliografía

OBRAS CONSULTADAS

Alcala Zamora y C. Niceto (1991) *Proceso, autocomposición y autodefensa*. UNAM, México.

Becerra Bautista, José (1993) *Diccionario jurídico mexicano*. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM/Editorial Porrúa, México.

Briseño Sierra, Humberto (1999) *El arbitraje comercial. Doctrina y legislación*, Limusa/Noriega Editores, México.

Colegio de Profesores de Derecho Procesal de la Facultad de Derecho de la UNAM (2000) *Derecho procesal. Diccionario jurídico temático*, vol. 4, Editorial Harla, México.

Chillon Medina, José Ma. y José Fdo. Merino Merchán (1978) *Tratado de arbitraje privado interno e internacional*. Editorial Civitas, Madrid.

Gamiz Parral, Máximo N. (1995) *Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, comentada*, Noriega Editores, México.

Garantías constitucionales del proceso (1996) Serie Jurídica, Mc Graw Hill, México.

Gorjon Gómez, Francisco Javier (2000) *Arbitraje comercial y ejecución de laudos*, Serie Jurídica, McGraw Hill, México.

Gozini, Osvaldo Alfredo (1994) *Notas y estudio sobre el proceso civil*, UNAM, México.

- Instituto Mexicano de Investigaciones Jurídicas (1993) *Diccionario jurídico mexicano*, UNAM, México.
- Merino Marchan, José Fernando y otros (1995) *Legislación de arbitraje interno e internacional, textos y documentos*, Biblioteca de Textos Legales, Editorial Tecnos, Madrid.
- Ovalle Favela, José (1995) *Comentarios a la Ley Federal de Protección al Consumidor*, Serie Jurídica, McGraw Hill.
- Pereznieto Castro, Leonel (1988) *Derecho internacional privado*, Editorial Harla, México.
- Sepulveda, César (1988) *Derecho internacional*, Editorial Porrúa, México.
- Silva, Jorge Alberto (1994) *Arbitraje comercial internacional en México*, Pereznieto Editores, México.
- Siquerios, José Luis (1992) *El arbitraje en los negocios internacionales de naturaleza privada*, Escuela Libre de Derecho, Fondo para la Difusión de la Cultura. Colección Varia Jurídica, Miguel Ángel Porrúa, México.
- Soberon Mainero, Miguel (1986) *Diccionario de derecho mexicano*, Editorial Porrúa, México.
- Teoría general del proceso* (1990) Harla, México.
- Uribarri Carpintero, Gonzalo (1999) *El arbitraje en México*, Ed. Oxford. México.

MEDIOS ELECTRONICOS

- Carbonell, Miguel, Poder Judicial y la Reforma del Estado, Programa de la Reforma del Estado, Poder Legislativo del Estado de Baja California, www.congresobc.gob.mx/.../oder_judicial_y_la_reforma_del_estado_en_México.htm
- Conceptualizaciones necesarias sobre los MARC y los sistemas de justicia en el continente americano. Marco referencial y conceptual. Métodos alternativos de resolución de conflictos en los sistemas de justicia de los países americanos. Subsecretaría de Asuntos

Jurídicos de la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos. <http://www.oas.org/consejo/sp/CAJP/docs/cp09044s04.doc>

Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Cámara de Diputados. Bibliotecas. Publicaciones. <http://www.cddhcu.gob.mx/bibliot/publica/otras/pnd/pndind.htm>

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) <http://www.conamed.gob.mx/>

Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (Camejal) <http://camejal.jalisco.gob.mx/>

LA RESOLUCIÓN ALTERNATIVA DE CONTROVERSIAS Y SU IMPACTO ECONÓMICO

Jaime López Delgadillo*

Introducción

Los cambios demográficos, tecnológicos, epidemiológicos y comerciales, entre otros, que se han presentado en la mayoría de los países de nuestro planeta, incluyendo México, han originado un nuevo análisis de los fenómenos, donde la economía ha tenido un papel preponderante. En el caso de la salud, los cambios aparecidos han replanteado el análisis y la visión del sistema, siendo la economía un factor de análisis y de propuestas de solución a problemas como el financiero o la asignación de recursos que el sistema de salud tiene que resolver.

México enfrenta cambios sustanciales en el terreno de la salud. En los últimos quince años se ha modificado sustancialmente la estructura epidemiológica y de mortalidad; la estructura de edades convierte a la sociedad en una más madura, cuando hace apenas diez años su estructura era dominada por los jóvenes y niños, y las crisis económicas y financieras de los últimos veinte años, acompañados de corrupciones y direcciones equivocadas en el sistema de salud, han puesto al sistema en una situación deficitaria que impide una atención de mayor intensidad y calidad.

* Investigador del Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas de la Universidad de Guadalajara.

El valor de la salud se mantiene hoy en día como invaluable, sin embargo, su producción requiere insumos y recursos que se consideren escasos. Por un lado, la salud es un requisito fundamental de cualquier sociedad, ya no sólo para efectos de su preservación, sino para competir en un mundo comercialmente globalizado, con un alto desarrollo industrial y niveles de producción mundial que rebasan las demandas nacionales. De esta suerte, la salud tiene impacto no sólo en la vida de los individuos, sino en el propio desarrollo económico de una sociedad.

Ante las condiciones arriba expresadas, encontramos que los sistemas de salud en la mayoría de los países buscan y aplican reformas que luego no pueden implementar. México está inserto en la búsqueda de nuevas opciones para el sistema de salud, ante el deterioro que enfrenta. Prueba de ello son las declaraciones que los propios directores de las instituciones públicas de salud más importantes del país han manifestado.¹ Las partidas gubernamentales cada vez son más insuficientes para atender las necesidades de salud de la población. Esta insuficiencia se explica por el crecimiento de la esperanza de vida, que actualmente es de 73 años, cuando en 1990 era de 69, y la predicción es que para el año 2010 será de 75, según estimaciones publicadas por Solís y Villagómez (1999: 129). A la vez, hoy en México el 33.8% de la población es menor de 15 años, y para el 2010 será sólo el 28%. Junto a esta insuficiencia de recursos se tiene el deterioro de imagen que el sistema público de salud tiene ante la sociedad, lo cual genera que la población acuda a diferentes instituciones de salud, haciendo mayor uso de recursos que de por sí ya resultan escasos.

Otros datos muestran el estado que actualmente guarda nues-

¹ Baste reconocer las declaraciones de los directores de las principales instituciones públicas de salud, el IMSS e ISSSTE.

tro sistema de salud. Una cantidad de pacientes utiliza medicinas alternativas,² ante la falta de medicamentos en las instituciones de salud o la incertidumbre de los tratamientos para alcanzar el restablecimiento oportuno de la salud. Actualmente, la atención de la salud se concentra en dos instituciones, lo que ha generado condiciones de ineficiencia, por el nivel de burocracia que se requiere y las dificultades para flexibilizar su operación. Según estimaciones realizadas por Julio Frenk *et al.* (1999: 75), el 52% de la población es atendida por las instituciones de seguridad social, un 27% por la Secretaría de Salud, un 10% por IMSS Solidaridad y el 11% está desprotegida, la cual incluye la que acude a los servicios privados. Aunado a la cantidad de población que cada institución atiende, se aprecia que una parte de pacientes se atiende en diferentes instituciones a la vez, esperando tener mejores opciones en su tratamiento.

La situación anterior plantea diferentes análisis, sea que se tome la visión de los pacientes, la de los médicos o las instituciones. Un hecho contundente es que una parte de los pacientes que asisten a las instituciones de seguridad no están satisfechos con los resultados del tratamiento recibido. Esta condición, además de un mayor uso de recursos, implica el deterioro de la imagen del médico, con lo cual cualquier modelo de adhesión entre pacientes y médicos resulta difícil de implementar. La producción de salud se inicia en el cubículo de un médico, aunque posteriormente pase por diferentes partes de la estructura de salud.

Para comprender mejor las relaciones entre pacientes y médicos y sus implicaciones económicas hagamos un repaso tanto del modelo de producción de salud como de las bases del comporta-

² En mi trabajo sobre el tratamiento de diabetes en instituciones de salud pública de la ZMG se encontró que un 48% de pacientes utilizan otra alternativa médica.

miento de los pacientes y las posibilidades que la política tiene en este campo.

La producción de salud

La producción de salud, como una derivación de la producción de cualquier bien, es definida por Folland *et al.* (2001) como la cantidad máxima de salud que se puede obtener de una combinación posible de insumos, dada una tecnología existente. Entre las diferencias que se pueden apreciar al formular un modelo de producción de salud respecto a modelos de producción de otros bienes de consumo general, se pueden expresar las siguientes.

a) *Incertidumbre.* No obstante que los médicos reconocen el nivel de la salud que puede alcanzar un tratamiento, no les es posible precisar el grado que se conseguirán. Un tratamiento, para que cumpla el nivel esperado, debe funcionar bajo condiciones ambientales específicas, que al no cumplirse tendrán como resultado un nivel mayor o menor de salud respecto al esperado. Estas condiciones ambientales se refieren a la calidad de los medicamentos, a la adhesión que presente el paciente al tratamiento, así como la presencia de otros agentes que interfieran en el proceso. Al presentarse alguno de ellos, es de esperar que un tratamiento no alcance el nivel de salud o en el tiempo esperado. Por ello, la producción de salud siempre se relaciona con la probabilidad de tener un resultado, especialmente cuando se trata de patologías no comunes en la sociedad.

Tanto los pacientes como los médicos deben tener este elemento como fundamental en una relación, ya que un mismo medicamento genera un nivel de salud en un individuo, pero no necesariamente se repite en otro. De esta suerte, la incertidumbre no se puede colocar en el nivel de ignorancia o de error por parte de un médico.

b) *Riesgo.* Este concepto aplicado a la salud lo conceptualizan Martínez y Ruiz (2001: 3) como el resultado no esperado y negativo que

genera un tratamiento en el paciente. El riesgo se localiza tanto en la parte del diagnóstico como en la terapia prescrita. En la mayoría de los casos los pacientes comprenden el riesgo que implica una terapia, pero pocos lo asumen, especialmente cuando la enfermedad es complicada o requiere de intervención quirúrgica. Esto genera que sean los médicos quienes asuman la mayor parte de la responsabilidad en la toma de decisiones, ya que en muchos casos una indecisión de parte del paciente puede ser fatal. Esta práctica ha generalizado la toma de decisiones por la parte médica.

Este elemento es uno de los más complicados en la producción de la salud, afectando la efectividad o eficiencia de los recursos, sean humanos o farmacéuticos. El riesgo de un tratamiento, especialmente en situaciones de pacientes con una salud deteriorada, está siempre presente. Este no se puede evitar, pero si aminora la responsabilidad del médico si el paciente puede comprender las explicaciones médicas, porque entonces las decisiones bajo condiciones de riesgo son compartidas, independientemente del resultado que se alcance.

Por supuesto, existen situaciones donde a la deficiencia de una terapia se acompaña de la de los médicos que la valoran. Una de ellas se refiere al bajo nivel de conocimiento o experiencia que sobre un área el médico puede tener. Otra más es la confiabilidad que pueden tener los médicos respecto algún tratamiento o medicamento que no ha sido validado suficientemente como para que se utilice de forma universal. Otra se refiere a la cantidad de modas que en terapia, como en otras áreas del conocimiento, se dispersan, son utilizadas sin la debida evidencia y asumiendo riesgos innecesarios.

La toma de decisiones es significativa para la producción de la salud, no sólo en caso de decidir sobre la efectividad de la terapia, sino el grado de accesibilidad que representa para una parte de la población. Hoy se discute la efectividad de los fármacos genéricos; lo

que nadie discute es la accesibilidad que tienen para una buena porción de la población de escasos ingresos. Esta limitante de los pacientes y de las propias instituciones hace que la toma de decisiones de los médicos resulte más riesgosa de lo que un tratamiento representa por sí mismo.

c) *La percepción social de la salud.* Para Charles F. Andrain (1998) las perspectivas de salud en una sociedad dependen, entre otros factores, de la interacción de diferentes valores culturales y de las condiciones estructurales del medio ambiente. Junto a estas aseveraciones, el autor establece dos hipótesis debidamente fundamentadas. Una es que las personas con bajo nivel de estratificación social de un país afrontan mayores problemas de salud. Esta estratificación tiene que ver con el nivel de ingreso, el ocupacional y el educativo. Estas variables inciden en los valores individuales y en el uso de los servicios de salud. La otra hipótesis se relaciona con la aplicación de políticas públicas de salud que disminuyen las desigualdades entre los diferentes grupos sociales. El autor asume una estrecha relación entre los cambios en la política y el mejoramiento de la salud de las personas. Una política de vacunación o de prevención de drogas generará mayor nivel de salud. La reducción de contaminación ambiental reducirá una cantidad de enfermedades relacionadas con ésta.

El entorno social no sólo se puede referir al de una ciudad en su conjunto, sino al seno familiar o círculo de amigos. Cuando en una familia la dieta predominante es cargada de alimentos grasos, harinas y carnes rojas, para una persona con diabetes resultará más complicado mantener una dieta, que si la familia consume verduras y frutas. Esta situación es más compleja para las personas con enfermedades crónicas, ya que su enfermedad es de por vida y el riesgo de contraer mayores complicaciones se eleva en la medida que no tome las precauciones correspondientes. En el ambiente familiar, en un número importante de casos, no se toman las precauciones pertinentes

para disminuir el riesgo de atracción hacia alimentos o bebidas que los pacientes no deben consumir. Por ello, se puede esperar que esta exposición de los pacientes al entorno familiar o de amistades facilita u obstaculiza el proceso de salud.

La utilidad de los consumidores de salud

Folland (2001) sintetiza la utilidad como una medida de satisfacción que los consumidores realizan con diferentes combinaciones. Llevada al terreno de la salud, se traduce como la capacidad de la gente para establecer el nivel de salud que desea o está dispuesto a alcanzar. El deseo o disposición a la salud no se poseen con independencia de los demás bienes o servicios. Las personas desean salud, pero también desean tomarse una cerveza o fumarse un cigarro. De aquí que podemos encontrar que las personas buscan una mezcla de consumos que les otorguen la mayor utilidad o satisfacción posible. De ahí que se escuche a menudo: «prefiero vivir poco, pero comer lo que a mi se me antoje». Las mezclas de cantidades de bienes y servicios que otorgan salud con otros que sólo les generan satisfacción constituyen las canastas de consumo que una persona adquiere. Una persona con diabetes comerá harinas pero suprimirá los refrescos como forma compensatoria, logrando una mayor satisfacción que si deja de consumir ambos.

Dos elementos son relevantes al referirnos a las canastas de consumo. Primero, las personas tienen la capacidad de decidir los niveles de salud que están dispuestos a obtener. La salud no es un regalo divino, sino un estado que se alcanza mediante el esfuerzo que cada persona realiza al consumir bienes de salud y dejar de consumir otros bienes. Segundo, la salud debe generar satisfacción en la persona que la adquiera. Cuando una persona realiza un esfuerzo mayúsculo que no es compensado con el nivel de salud esperado, entonces el esfuerzo ha sido mayor a la satisfacción y de esta condición se pueden desprender situaciones más complicadas o poco comprendidas. Si una

persona con problemas de presión arterial deja de consumir sal y no siente ninguna mejoría, lo más probable es que la consuma, no obstante el riesgo que ello conlleva.

De lo anterior se desprende que el estado de salud es una valoración subjetiva, no obstante que se acuda a tratamientos con médicos. Siendo una valoración personal, cada persona destina diferentes recursos y esfuerzos, por lo que el nivel esperado de salud es diferente. Este concepto explica, en parte, el comportamiento adverso respecto a la prevención y al resultado de los tratamientos. La abstención de determinados alimentos representa un sacrificio de satisfacción que posiblemente no se compense, dado que la reducción de la salud aparezca tardíamente y entonces dejó de disfrutar aquello que le producía satisfacción.

Ejemplo de lo anterior lo he encontrado en el trabajo de campo realizado entre personas con *diabetes mellitus* 2 de la zona metropolitana de Guadalajara. El consumo de medicamentos tal como lo prescriben los médicos lo lleva un 67% de los pacientes, sólo un 12% mantiene dieta como le indican, mientras que un 24% no mantiene ninguna forma de dieta prescrita, el 28% no hace ninguna clase de ejercicio, el 59% nunca asiste a grupos de apoyo, el 34% tiene antecedentes de alcohol o tabaco y un 28% no frecuenta al médico de forma constante. En cuanto a la satisfacción del paciente, se encontró que el 44% se sentía insatisfecho con el estado de salud que presentaba como resultado del tratamiento que recibía en las instituciones públicas. Una explicación inmediata de la insatisfacción de los pacientes podría ser que no obstante que siguen las prescripciones médicas, esperarían tener un mejor nivel de salud que el que actualmente tienen.

Una de las características del concepto de satisfacción, en la perspectiva económica, es su racionalidad. Ello implica que las personas obtienen como satisfactores aquellos que les otorgan mayor cantidad o calidad de bienestar. De lo anterior deducimos dos condiciones,

una es que la racionalidad conduce a las personas a decidir la mejor opción o combinación de satisfactores entre dos o más alternativas. A su vez, el bienestar es un estado determinado por cada persona y que se reconoce, por tanto, a partir de la experiencia individual. Visto así, muchas personas sienten menor satisfacción y menor bienestar si tienen que cambiar sus patrones alimenticios, no obstante que dicha limitación favorezca el control de una enfermedad. Muchas personas prefieren adicionar un taco de carnitas o una copa de tequila a un día más de vida o de calidad en la salud. Por supuesto que estas decisiones están influidas por la vida familiar y social de los individuos. Pero al final son éstos quienes toman la decisión en función de lo que consideran de valor para su bienestar.

Este elemento de utilidad representa uno de los pilares de la teoría del consumidor y por tanto de la demanda de bienes. Mediante la simplificación teórica de la determinación de la utilidad, los individuos deciden cuántos recursos y esfuerzos destinan a la obtención de la salud. De esta forma, el individuo tendrá que desplazar recursos que utiliza para otros consumos hacia la salud, o tendrá que realizar esfuerzos (cambiar dietas alimenticias o de bebidas, dejar algunas actividades para hacer ejercicio, etc.) que faciliten la reacción del organismo ante el uso de fármacos.

La importancia de determinar la utilidad, por parte de los consumidores, radica en la capacidad que le otorga a los individuos para definir lo caro o barato de un bien que le genera un grado de salud o el costo que el esfuerzo le representa en relación con el beneficio que le produce un determinado estado de salud. Ha quedado claro, entonces, que por un lado se tiene la determinación de la utilidad, pero por la otra, toman decisiones que son las que rigen, en gran medida, el alcance de la salud lograda. Una persona desea tener salud, pero si no realiza acciones concretas que la posibiliten, entonces la salud no se dará. Una cosa es desear la salud y otra demandar la salud.

Esta parte de las decisiones es importante al analizar los resultados de salud en una población. Una institución puede destinar una cantidad enorme de recursos para la salud, pero si cada persona de la población no los utiliza adecuadamente habrá un dispendio de recursos con pocos resultados. Si una persona con diabetes altera su dieta a sabiendas que en la institución le recuperan su salud, estará estimulada a consumir más alimentos que a esforzarse en mantener su salud.

Las relación médico paciente en la producción de salud

La producción de salud es un proceso complicado, como se expuso anteriormente, conformado de diferentes componentes. Un primer componente, en condiciones normales, es la interacción entre el médico y el paciente. En la medida que dicha interacción alcance la adhesión de ambas partes, el restablecimiento o grado de salud que se alcance será más eficaz y eficiente. Ciertamente, la eficacia es lo que espera el paciente, mas la eficiencia, desde una perspectiva de sociedad, también resulta necesaria. El médico puede ser muy eficaz en la restauración de la salud, más una sociedad con recursos insuficientes como la nuestra, aunque hoy se buscan en cualquier lugar, no es suficiente si no va acompañada de la eficiencia.

Ha habido momentos en la vida de las sociedades en que la acción de los médicos ha caído en negligencias, lo cual ha repercutido en el estado de salud y económico de la sociedad. La literatura registra este hecho en los años setenta en Estados Unidos (Martínez y Ruiz, 2001: 229), originando un reclamo por parte de los pacientes y de las aseguradoras, por lo que se le consideró como problema nacional. Hoy en México se escucha más el reclamo popular a las instituciones que a los médicos. Sin embargo, debiera cuidarse, de forma prioritaria, que la atención que prestan los médicos no caiga en una relajación de la práctica profesional, ya que repercutiría en la morbilidad de la población y en las finanzas de las instituciones de salud y de los propios pacientes.

Hoy se asegura que existe una diferencia sustantiva cuando un tratamiento recibe adherencia de los médicos y los pacientes. Este mejor resultado implica no sólo una mejora en la salud, sino un aprovechamiento de los recursos. Cuando los resultados de un tratamiento son eficaces, el número de visitas al médico disminuyen, la cantidad de fármacos y el número de análisis de laboratorio se reduce, por lo que todo el sistema de salud se beneficia de este resultado.

A su vez, un paciente tiene ciertas características biológicas, sociales y genéticas que son determinantes en un tratamiento. No es lo mismo una persona con disposición genética a determinadas enfermedades que otra; no es lo mismo una persona con disciplina de vida que una con vida displicente y no es lo mismo una persona emocionalmente dispuesta a afrontar un tratamiento que otra sin dicho potencial. Hoy la literatura de atención médica reproduce la necesidad de crear condiciones propicias en los pacientes para que la acción del médico sea eficaz y eficiente.

El sistema de salud mexicano actualmente no cuenta con el apoyo de un sistema educativo o de un sistema laboral y en muchos casos, por desgracia, del sistema familiar, que posibilite la presencia de medios e instrumentos orientados a informar y formar la participación y adherencia de un paciente a un tratamiento. Para que un paciente guarde la calma, mantenga una dieta adecuada o practique algunas formas de ejercicio, a la vez que eleve su estado emocional, no es suficiente la voluntad del paciente, sino de condiciones familiares y sociales propicias. Se tiene mucha información del funcionamiento de los fármacos utilizados en los tratamientos, pero se sabe poco del medio ambiente en el que se desarrolla un paciente y que impacta la efectividad de un tratamiento.

Ciertamente, cuando se plantean apoyos para acciones complementarias al tratamiento médico que un paciente recibe, se suponen mayores erogaciones que en principio representarían mayores costos

para el sistema de salud. Mas si hay un convencimiento, mediante las evaluaciones correspondientes, de que los resultados esperados por las acciones complementarias generan una mejoría en la salud, los costos no sólo se justifican sino que representarán un ahorro en los siguientes periodos.

Un último elemento a destacar es la asimetría que se da en la relación médico paciente. El nivel de conocimiento biológico y patológico es absolutamente asimétrico. Mientras que el médico cuenta con la información y formación suficiente para diagnosticar, predecir y establecer el tratamiento a seguir, la información del paciente es limitada y en muchos de los casos distorsionada. Si el médico utiliza el poder de la información para imponer sus condiciones, implica una responsabilidad absoluta de los resultados que el tratamiento alcance. Si el médico utiliza su conocimiento para capacitar e inducir el estado emotivo del paciente, entonces establecerá una relación con menor responsabilidad y con reducción de los riesgos de fracaso. Los médicos ya no se consideran los dadores de salud, sino un agente, importante sí pero no único, dentro del sistema de producción. El sistema de salud requiere de la participación activa de los pacientes y de la propia sociedad, principalmente del medio familiar, para la creación de un ambiente propicio para la generación de salud.

La política como instrumento de compensación

El modelo económico vigente en nuestro país, y en la mayor parte del planeta, utiliza la forma de mercado para el intercambio de bienes y servicios. Mediante este mecanismo las personas localizan sus satisfactores y deciden por los que más se ajusta a sus necesidades. Este mecanismo implica ciertas condiciones para que ambas partes optimicen su participación. Cuando alguna o algunas de las condiciones no se dan, como suficiente información, formas de monopolio, capacidad de compra de bienes necesarios, etc., entonces es necesaria la participación de

instituciones gubernamentales para su compensación. En el mercado de salud muchos de los requisitos no aparecen, hay fallos del mercado, y la presencia de compensaciones es importante.

A este respecto quisiera referirme a dos principales. Los pacientes no tienen la información suficiente, a veces ni básica, sobre la patología y tratamiento de una enfermedad. A su vez, un médico, principalmente en las instituciones públicas, debe atender a todo paciente que llega a su cubículo de trabajo. De esta forma, el paciente es un agente pasivo en el tratamiento y el médico asume la responsabilidad del resultado del tratamiento. Por otra parte, un médico está obligado a mantener un tratamiento a sabiendas que los resultados en salud pueden ser menores debido a la falta de adhesión de ambas partes.

Las políticas de salud, cualquiera que sea su naturaleza, nunca asegurarán *per se* una relación óptima entre las partes y mucho menos tiene la capacidad de hacer efectiva o eficiente la generación de salud a través de un tratamiento. La política busca, principalmente, instrumentos que faciliten la relación al detectar las limitaciones que obstaculizan la optimización tanto del médico como del paciente. En este sentido, la política tendrá que buscar instrumentos que conduzcan a compromisos que ambas partes deben establecer y alcanzar.

La utilización de políticas que atiendan sólo a una de las partes, afectará la efectividad y costos de un tratamiento. Si los pacientes no cuentan con una política que compense la exposición a riesgos y negligencias a que están expuestos ante un tratamiento, la utilidad o satisfacción que obtenga no será la suficiente, porque siempre tendrán presente el riesgo de una complicación mayor. A su vez, si las regulaciones le impiden al médico tomar decisiones en un tratamiento, se verá desalentado a ser un agente activo y con ello desmotivado para actualizarse y superarse profesionalmente.

Por lo anterior, la naturaleza de la política, como instrumento de intervención, debe cumplir con requisitos que se deben funda-

mentar en la teoría y práctica médicas, identificando con claridad el objetivo de la misma. Una política apoya controlando, regulando o impulsando, las decisiones médicas, pero jamás las suple.

La elaboración e instrumentación de políticas de salud representa una utilización mayor de recursos de toda clase. Si la política cumple con los objetivos especificados siempre obtendrá en el mediano plazo, mayores beneficios que los costos realizados. Si los costos resultan ser mayores es porque la política utilizada no era la adecuada o su implementación fue equivocada. Una política cargada de regulaciones limita la decisión de los médicos en la producción de salud. La falta de una política adecuada de compensación ante riesgos deja a los pacientes indefensos ante negligencias o riesgos en la obtención de salud.

Reflexiones finales y propuestas

La visión económica de la salud ha venido a modificar la acción médica en el tratamiento de enfermedades en la medida que ha incorporado de forma acabada el concepto de eficiencia y beneficio económico. Ya no se trata de buscar tratamientos o medicamentos que sean efectivos, sino se ha ampliado la búsqueda para que además sean eficientes y económicamente beneficiosos.

La producción de salud se genera no sólo con la incorporación de insumos y profesionales de la salud, sino con la participación de los propios pacientes. Esta condición hace más compleja tanto la producción de la salud y su análisis como la elaboración de políticas adecuadas y oportunas. Y es que para la producción de salud intervienen diferentes agentes: laboratorios de análisis y farmacéuticos, instalaciones de los centros de atención, auxiliares médicos, etc. Para reconocer el fallo de un tratamiento es necesario revisar toda la cadena que interviene y entonces establecer la responsabilidad de cada eslabón. Para el común de la gente, el principal responsable de un tratamiento

es el médico y de ahí la carga social que representan las decisiones médicas en la salud.

Una de las complicaciones más importantes de la producción de salud es la propensión al riesgo con que se realiza, tanto por negligencias médica como por fallas de los demás agentes participantes. Para reducir este riesgo resulta importante la participación responsable de cada uno ellos, incluyendo al propio paciente y a los familiares de éste.

Cuando las personas buscan un satisfactor, no sólo desean aquél que cumpla con los requisitos de efectividad, sino que represente un mínimo esfuerzo con la mayor satisfacción. Un enfermo que entra a un hospital espera no sólo salir restablecido, sino que las atenciones que reciba aminoren el dolor que representa su enfermedad.

La optimización de la utilidad en la salud no es independiente de la utilidad en otras áreas de su vida. Esto es así porque para la obtención de los satisfactores siempre tiene que aportar o recursos o tiempo o esfuerzos que se pueden convertir en pagos. De esta suerte, una persona está dispuesta a otorgar una parte de sus recursos a cambios de una cantidad o nivel de salud. Por tanto, el estado de salud de las personas depende, en cierta medida, de la disposición que las personas tengan. Así visto, las personas no solo desean la salud, sino que demandan la salud mediante la aportación de recursos de cualquier índole. Las personas valoran su salud en la medida que aportan mayores recursos, y por tanto hacen factible la adhesión a un tratamiento. Si las personas no presentan una adhesión sustantiva, la recuperación de la salud será más limitada. Esta parte ya ha sido documentada en algunos tratamientos como es el caso de la diabetes tipo 2.

Por otra parte, la relación médico paciente es una relación primaria y básica en la generación de salud. Esta relación es representativa de la oferta y demanda en un mercado, habiendo diferencias que son significativas y no garantizan la optimización de ambas partes. Los pacien-

tes dependen de los médicos en cuanto que carecen de la información necesaria sobre la salud y los procesos que representan los tratamientos. Por su parte, los médicos no tienen asegurada la adhesión de los pacientes al tratamiento, y las fallas de otros agentes participantes, laboratorios, fármacos, etc., llegan a alterar los resultados de su participación.

Dado que el mercado de salud no reúne los requisitos para alcanzar el equilibrio y la optimización, la instrumentación de políticas resulta ser un factor indispensable de participación. No obstante esta condición, la elaboración y aplicación de políticas deben estar orientadas a la consecución de determinados objetivos, además, deberá ser lo suficientemente consistente para no disuadir la participación eficiente y óptima de los diferentes agentes de la salud. Una regulación excesiva endurece los mecanismos de decisión de los médicos e induce a no tomar decisiones en momentos que pueden resultar decisivos. La falta de una política adecuada ante los riesgos deja desprotegidos a una gran cantidad de pacientes, dados los riesgos a que están expuestos, por fallas en los procesos o negligencias que los médicos o demás agentes cometen en un tratamiento.

Bajo el cobijo de estos análisis y en el marco del evento en el que participo, expongo algunos elementos a manera de propuestas para la revisión de políticas de salud, principalmente aquellas relacionadas con los médicos y pacientes.

1. La producción de salud, a través de los diferentes procesos terapéuticos, requiere satisfacer tanto las condiciones de efectividad como de eficiencia y optimización. La optimización de pacientes y médicos es una condición necesaria para que la producción de salud no sea un ente diferente al sistema vigente en nuestra sociedad.
2. El sistema de salud, con el apoyo del sistema educativo principalmente, debe fomentar el valor que representa la salud, pero a su vez, la recuperación de la salud se hace con recursos de

todo tipo, que en su mayoría son escasos y cuya producción tiene un costo. Por tanto, la primera responsabilidad de toda persona es cuidar su salud y en caso que ésta se deteriore realizar su mayor esfuerzo para restablecerla, tanto en lo que adhesión se refiere como a la aportación de recursos.

3. Se debe reconocer el trabajo calificado pero riesgoso que asume el médico en un tratamiento. El médico también optimiza su participación al buscar con su desempeño la recuperación de la salud, todo ello con una retribución acorde al trabajo realizado. Esto implica el reconocimiento por parte del propio sistema de salud, tanto en la parte de dignificación de su trabajo como en su parte remunerativa. A su vez, el sistema debe resguardarlo de las responsabilidades que asume ante los pacientes al tomar decisiones en condiciones asimétricas.

La limitación en la toma de decisiones de los médicos convertirá a la visita médica en una operación mecánica. A su vez, la falta de supervisión sobre las toma de decisiones daría margen a fallas o negligencias que generarían ineficiencia del sistema y desconfianza de la población.

4. Las políticas en salud deben tener un carácter más de supervisión, basadas en estudios sobre los procesos y riesgos que implica la manutención y recuperación de la salud. A la sociedad le deben quedar claros sus compromisos y derechos en el sistema de salud, al igual que a los médicos y demás agentes precursores de la salud.
5. Las instituciones de educación donde se forman los médicos y profesionales de la salud deben promover los valores éticos en la práctica profesional. Ello garantizará que los profesionales, en lo individual, y las instituciones de atención, en lo general, asumirán su responsabilidad ante las personas dañadas por las fallas en sus decisiones o negligencias. De no contar con una

práctica ética se requerirán organismos y reglamentaciones sofisticadas, con los consecuentes procesos de alegatos y la cantidad de recursos y erogaciones que ello conlleva.

Es necesario que la sociedad cuente con instrumentos de compensación. Cuando estos instrumentos se están utilizando es porque el equilibrio entre demandantes y oferentes se ha roto y es responsabilidad del sistema de salud, mediante estudios de los hechos, restablecer los cauces normales. La utilización de las políticas de compensación deben ser transitorias y para áreas definidas. La utilización constante de una política o es una política que se desgasta y ya no es funcional o existe un lastre en esa área que se debe resolver por otras vías.

La salud es el mayor patrimonio de los individuos y de la sociedad. Sin embargo, hemos olvidado este principio para volcarnos sobre otros valores aun a costa de nuestra salud. Cuando los individuos y sociedades valoremos nuestra salud, el gasto que será necesario para su manutención y recuperación disminuirá en una proporción que no lo habrá de lograr ninguna política pública.

Bibliografía

- Frenk, Julio y otros (1999) «La seguridad social en salud: perspectivas para la reforma». En Fernando Solís Soberón y F. Alejandro Villagómez (Comps.). *La seguridad social en México*. Ed. Centro de Investigación y Docencia Económica, Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro y Fondo de Cultura Económica. México.
- Folland, Sherman, Goodman, Allen C. y Stano Miron (2001) *The Economics of Health*. Ed. Printice Hall. Estados Unidos.
- Martínez López, Francisco José y Ruiz Ortega, José Ma. (2001) *Manual de gestión de riesgos sanitarios*. Ed. Díaz de Santos. España.
- Patrick, Donald L. y Jennifer Erickson (1993) *Health Status and Health Policy*. Ed. Oxford University Press. Estados Unidos.

- Solís Soberón, Fernando y Villagómez, F. Alejandro (1999) *Las pensiones*. En Fernando Solís Soberón y F. Alejandro Villagómez (Comps.). *La seguridad social en México*. Ed. Centro de Investigación y Docencia Económica, Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro y Fondo de Cultura Económica. México.
- Stiglitz, Joseph E. (1994) *Replanteamiento del papel económico del Estado: bienes privados suministrados públicamente*. En G. López Casanovas (Dir.). *Análisis económico de la sanidad*. Ed. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, España.

LA EQUIDAD DE LAS PARTES Y LA RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS EN AMIGABLE COMPOSICIÓN

Carlos Sedano Saldaña*

El conflicto

La dimensión del conflicto social y su significado se ha modificado en los últimos años de forma radical en nuestro país, si consideramos movimientos sociales y particularmente algunos movimientos de protesta de manera histórica (El movimiento cristero en Jalisco, los movimientos estudiantiles del 2 de octubre de 1968 y del 10 de junio de 1970, el movimiento guerrillero de izquierda de 1954-1974) podemos encontrar tipos de respuesta y soluciones basadas en la contienda militar, la guerra y la desaparición del adversario.

El movimiento Zapatista en 1994, en el estado de Chiapas, significó una respuesta militar inmediata, de contención y cerco, pero al mismo tiempo respuestas de mediación, comisiones de diálogo y negociación para la resolución del conflicto, de los que no habíamos tenido precedentes.

Algunas organizaciones en nuestro país, desde hace muchos años, no rehuyen al conflicto, tratan de regularlo, para evitar su expresión violenta, las Juntas de Conciliación y Arbitraje en el ámbito laboral, ventilan diferencias entre sindicatos y direcciones de empresas, desde los años treinta.

* *Profesor investigador del Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de Guadalajara*

Actualmente, las Procuradurías de Defensa del Consumidor, los Juzgados Civiles, las Secretarías Federales y las instituciones de educación superior utilizan la conciliación y el arbitraje como una forma de resolución de conflictos.

Hoy por hoy, instituciones de seguridad pública, instituciones penitenciarias e instituciones militares reciben cursos y capacitación en derechos humanos, al mismo tiempo que se preparan muchos de sus miembros en comisiones de diálogo, mediación y conciliación.

La dimensión del conflicto social y su significado, sus formas de percepción y actuación se han modificado en los últimos años de forma radical en nuestro país.

La equidad de las partes

Y sin embargo, al hablar de un «locus» o espacio para la negociación, una mesa donde las partes, casi siempre diversas, diferentes, desiguales, traten de resolver un conflicto, un problema grave, una disputa, nos enfrentamos a perspectivas de enemistad, malestar, ánimos encrespados, donde la composición amigable suele ser siempre escasa.

En este sentido, la equidad de las partes y la resolución de controversias en amigable composición, suele ser una actividad que en lo específico, lo cotidiano, es altamente improbable. (El riesgo de tomar una decisión, suele ser reconocida como una medida entre lo altamente improbable y lo altamente probable y se utiliza una escala de 0 a 1.)

Lograr que lo improbable se vuelva probable es tarea de los conciliadores y los participantes de la controversia, facilitar procesos de por sí difíciles requiere en todos los casos de al menos un compromiso conjunto de todos los que se sientan a la mesa para lograr acuerdos, y no dejarla si éstos no se han logrado.

Conformar una mesa equitativa requiere un abordaje en que lo diferente y lo desigual, reconoce constantemente que las cosas «no son parejas».

Y no son parejas en términos de:

- Conocimiento
- Lenguaje
- Nivel de estudios
- Estatus
- Nivel socioeconómico
- Profesión
- Grado de racionalidad al enfrentar el conflicto
- Experiencia en el ámbito del conflicto
- Género
- Edad
- Sano diferente a enfermo
- Capacidad física diferente a discapacidad física
- Fuerte diferente a débil

El Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas en su artículo 28, último párrafo, señala: «Cuando sea necesario, el personal de Conamed ilustrará a las partes al respecto, vigilando que las transacciones no sean suscritas en términos lesivos en razón de suma ignorancia, notoria inexperiencia o extrema miseria».

Esta disparidad en la mesas de mediación, conciliación y arbitraje, si no es atendido como ilustra el artículo citado, que reconoce explícitamente la inequidad de las partes, suele producir silencios, complicidades, malentendidos, privilegios, manipulaciones, desconfianza, autoengaños, utilización de poder y sobre todo decepción y desencanto respecto a los resultados en estos procedimientos que resuelven controversias.

De ahí que la equidad de las partes sea siempre un asunto bastante espinoso, delicado y de alto riesgo en desenlaces realmente satisfactorios.

La amigable composición

Respecto a la amigable composición que juega el conciliador, el artículo 2º, entiende un «procedimiento para el arreglo de una controversia entre un usuario y un prestador de servicio médico oyendo las propuestas de Conamed».

En su carácter de amigable componedor, procederá a presentar las alternativas conciliatorias que a su juicio existan, sin prejuizar respecto de los derechos de las partes.

El artículo 71 señala: «Conamed estará facultada para intentar la avenencia de las partes en todo tiempo, antes de dictar el laudo definitivo. Cualesquiera que fueren los términos del compromiso arbitral, se entenderá invariablemente que Conamed siempre estará facultada para actuar a título de amigable componedor».

Los criterios de validez proposicional que normalmente utilizamos para regir nuestras acciones tienen que ver con la verdad, rectitud, legalidad, eficacia, legitimidad y capacidad; sin embargo, adquieren particular sentido criterios como sinceridad, autenticidad y veracidad, que nos confronta con una parte muy personal de nuestras relaciones hacia los demás, hacia nuestra familia, hacia nuestros amigos.

Franqueza y honestidad con nosotros mismos y con los otros son criterios que se consideran válidos en nuestra vida privada, pero no imprescindibles en nuestra vida pública y profesional.

Las mesas de mediación y conciliación requieren de compromisos con la autenticidad cuando se pretenden crear soluciones al conflicto y no solo reclamar o agigantar el reclamo; espacios de humanidad, hablar con franqueza, compadecer, sincerarnos.

La amigable composición en la resolución de un conflicto es una tarea que no solo incumbe al conciliador, sino sobre todo a las partes, pues implica respetar la integridad y la autoestima, así como un estar con los demás cordial y amable, actitud y comportamiento, que la hace la más improbable de todas las formas o procedimientos.

Que las partes insistan en la necesidad de dialogar, de encontrar fórmulas que resuelvan el problema, de alejar los temores, de lograr compromisos amigables, que perduren y permitan continuar la relación medico-paciente a través del tiempo, son los grandes retos de este tipo de composiciones.

La profesión médica es sin duda una de las de mayor respeto y trayectoria en Jalisco, en México y en buena cantidad de países, no es extraño que sea la primera en utilizar fórmulas que en Europa y Estados Unidos han sido aplicadas para la resolución de controversias entre los prestadores de servicios médicos y sus pacientes.

Todos los servicios profesionales, abogados, administradores, arquitectos, ingenieros, contadores, etc. cuentan con usuarios que son beneficiados y afectados por su actividad, esto quiere decir que en todo proceso de colaboración profesional se encuentra subyacente la posibilidad del conflicto, pero no quiere decir que generen mecanismos y procedimientos para resolverlos.

La Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, médicos, enfermeras y administradores de salud continúan siendo profesionales de vanguardia, que asumen una responsabilidad en el desempeño de su actividad, que reconocen la controversia en lugar de negarla u ocultarla, que asumen una posición que enriquece su ejercicio y que obliga a sus usuarios y la comunidad en la que se desempeñan a modificar patrones de conductas no solo como pacientes, sino como ciudadanos, no con más derechos sino también con más responsabilidades.

COMENTARIOS

Raul Vargas López*

Reflexionar sobre la trascendencia social y económica de la resolución alternativa de controversias en comparación con los procedimientos tradicionales civil y penal es el objetivo de este panel, el primero de los cuatro espacios de análisis sobre la relación médico-paciente que la Comisión de Arbitraje Médico de Jalisco organiza con motivo de su primer aniversario.

La presencia de controversias entre quien busca apoyo para el cuidado de su salud y el profesional que brinda ese apoyo es indicativa de una realidad de nuestro tiempo: la ocurrencia de desacuerdos entre quienes, por la naturaleza de su relación deberían comunicarse en un ambiente de afecto, respeto y mutuo entendimiento.

La historia de nuestro país describe en las comunidades rurales, en los barrios citadinos y entre los diferentes grupos sociales la figura del médico imbuída de un liderazgo natural, un liderazgo que se afianzaba con relaciones de compadrazgo, de amistad y, en no pocas ocasiones, de autoridad moral, académica y a veces hasta de tipo político.

Los médicos eran quienes cuidaban la salud de los ciudadanos, por lo tanto, los ciudadanos respetaban y querían a los médicos.

Hablar ahora sobre la necesidad de organismos «dotados de facul-

* Rector del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara y consejero de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

tades para recibir quejas e investigar irregularidades» en torno al acto médico seguramente es un reflejo de que la relación médico-paciente se ha visto influenciada por diversos factores que han distorsionado la imagen, han roto los lazos, han resquebrajado las estructuras.

La académica María Amelia Solórzano Peña, profesora de la maestría en derecho de la Universidad de Guadalajara refiere atinadamente que, según estudios de la Organización de los Estados Americanos, los medios alternativos de resolución de conflictos (MARC) «vienen siendo propuestos y promovidos como una opción institucional de acceso y mejoramiento de la justicia y constituyen un aporte estructural relevante y marcan una orientación revalorizante de la función social de la justicia como garantía de la convivencia pacífica».

Es precisamente la Comisión Estatal del Arbitraje Médico de Jalisco un marco en donde se trabaja en base a la conciliación y el arbitraje.

Al hablar de las ventajas y las desventajas de la conciliación y el arbitraje, la maestra María Amelia Solórzano nos da un dato por demás relevante: «las comisiones del arbitraje médico en México se han convertido en un modelo de estudio de los organismos especializados en la prestación de servicios médicos en países como Chile y Uruguay».

Significa esto que a pesar de los desacuerdos entre médicos y pacientes, en el ánimo de nuestras sociedades se observa la intención de resolverlos fuera de los tribunales legales, dentro de espacios más amigables, menos rígidos.

La maestra Amelia, durante su exposición, presenta elementos que explican este fenómeno al comentar lo siguiente, que repito textualmente:

En una sociedad donde se originan y resuelven controversias jurídicas, aunado a los problemas sociales, en especial la inequitativa distribución del ingreso y otros factores como la costosa asesoría jurídica, la deficiente formación de legislado-

res, jueces, ministerios públicos y otros profesionales del derecho, la poca apertura a la innovación judicial, los gastos del juicio y la corrupción obstaculizan el acceso a la justicia y la posibilidad de ejercer plenamente los derechos de los gobernados.

Por lo tanto, analizar las ventajas y desventajas de la conciliación y el arbitraje resulta muy pertinente en este tiempo y en este espacio, en el marco de lo que ella llama: «la cultura del medio alternativo de solución de conflictos».

Excelente ejercicio el que la maestra Amelia hace cuando nos ilustra sobre la experiencia de la Procuraduría Federal del Consumidor y la relaciona con las comisiones de arbitraje médico,

Hace énfasis sobre la doble función que cumplen estos dos organismos: por un lado, dilucidar en forma amigable y de buena fe posibles conflictos derivados de la prestación de dichos servicios y, por el otro, brindar asesoría e información a los usuarios y prestadores de los servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones.

Y principalmente alerta sobre los riesgos de perder las características propias del medio alternativo que pueden ser:

1. Tender a la burocratización;
2. aumentar la presentación de reclamos sin la adecuada fundamentación;
3. no cumplir las expectativas de los quejosos, y
4. dilación de los procedimientos por la excesiva carga de trabajo.

Pero sobre todo, vale la pena rescatar su último comentario, cuando dice:

Los resultados del éxito en la resolución de conflictos por parte de los organismos procuradores y administradores de justicia no sólo radican en las estadísticas que muestren el número de quejas recibidas, convenios celebrados o laudos dictados; mayor será su trascendencia conforme se cree una cultura de calidad

en el servicio que impacte a los prestadores de tal manera que el número de quejas disminuya año con año.

Esto da pie para comentarles que la cultura de la calidad en los servicios de salud deberá seguir permeando hasta llegar a todos los espacios de atención de la población, y que las instituciones formadoras de recursos humanos estamos comprometidas con esa tarea: la Universidad de Guadalajara identifica con claridad esa necesidad y estamos trabajando para lograrlo.

En cuanto a la participación del maestro Jaime López Delgadillo, con su ponencia: «La resolución de controversias y su impacto económico», resulta muy interesante escuchar el abordaje del problema desde el punto de vista de un economista que se ha estado preparando en el área de la salud, por lo que de sus aportaciones sobresalen las siguientes:

Las partidas gubernamentales son cada vez más insuficientes para atender las necesidades de la población.

El deterioro de imagen que el sistema de salud pública tiene ante la sociedad genera que la población acuda a diferentes instituciones de salud, haciendo mayor uso de recursos que de por sí ya resultan escasos

El enfoque que el maestro Jaime da a su ponencia señalando tres elementos: incertidumbre, riesgo y percepción social de la salud resulta interesante y novedoso.

Considerar a la incertidumbre como un elemento en el que intervienen las condiciones ambientales y la adhesión del paciente al tratamiento permite reiterar lo que en diversos espacios se ha mencionado: multifactorialidad del proceso salud-enfermedad y la ausencia de control que el médico tiene sobre una gran cantidad de variables que intervienen en la curación del paciente.

El riesgo, considerado como el resultado no esperado y negativo que genera un tratamiento en el paciente es igualmente importante así como la consideración que hace el ponente sobre cuatro aspectos:

- El bajo nivel de conocimiento o experiencia de un médico.
- La confiabilidad de los tratamientos.
- Las modas en las terapias.
- El grado de accesibilidad de la población a los medicamentos.

Del tercer elemento, la percepción social de la salud, rescato las dos principales circunstancias.

La inserción tan distinta de la población en los diferentes estratos socioeconómicos señalada por el nivel de ingreso, ocupacional y educativo, así como la aplicación de las políticas públicas de salud, asunto que actualmente debe incorporarse al debate ya que las drásticas reducciones en este rubro generarán mayores desequilibrios en el país.

En cuanto a las políticas públicas y su relación con los aspectos financieros, que de alguna forma determinan el nivel de satisfacción de usuarios y prestadores de los servicios de salud, permítanme comentar que recientemente (17 de junio) en periódicos de circulación nacional (*El financiero* y *La Jornada*) aparece el análisis hecho al sector salud por BBV Bancomer, en el que emite el siguiente juicio: «el marco institucional vigente no ofrece incentivos para garantizar la salud de la población, lo que limita el desarrollo potencial del país».

Este reporte de BBV menciona dos datos que deben ser considerados en torno a la «interacción» entre el médico y paciente señalada por el maestro López Delgado y son los siguientes: «Los usuarios consideran como uno de los principales problemas del sistema la mala calidad del servicio», el estudio argumenta que: «quizás parte del problema estriba en que únicamente el 12.7% de los hospitales está certificado y que el desabasto de medicamentos en el país es de 25%».

También señala que «el marco legal del sector no permite la minimización de los costos y del uso eficiente de los recursos» y agrega: «Las transferencias presupuestales con base en el comportamiento histórico proveen poca flexibilidad en la consecución de metas, los ahorros de recursos se premian con una menor asignación en periodos subsecuentes, los errores financieros se trasladan al erario público, además de que la multiplicidad de objetivos dificulta la rendición de cuentas, aumenta los costos de operación y conlleva al crecimiento de la burocracia».

Como ven, el reporte de este análisis financiero hecho por un banco que opera en nuestro país nos lleva a reflexionar y considerar necesario analizar sus aseveraciones, sobre todo a la luz de la información que el maestro López Delgadillo nos ha dado, ya que como él dice: «Si los pacientes no cuentan con una política que compense la exposición a riesgos y negligencias a que están expuestos ante un tratamiento, la utilidad o satisfacción que obtengan no será suficiente, [...] a su vez, si las regulaciones le impiden al médico tomar decisiones en un tratamiento se verá desalentado a ser un agente activo y con ello desmotivado para actualizarse y superarse profesionalmente».

El costo financiero dependerá en mucho de cómo se dé esta interacción entre médicos y pacientes y de la forma como nuestra sociedad sea capaz de participar en esta reflexión provocando la participación individual para que desde cada espacio el acto médico signifique un bien común.

Uno de los espacios propicios es la Comisión de Arbitraje Médico, ya que puede coadyuvar al fortalecimiento de una cultura tendiente a identificar y resolver nuestra problemática rescatando la imagen del médico que atiende y entiende a su paciente, que apoya a su paciente, que busca su curación y que le brinda a la población un servicio de calidad, lleno de humanismo.

El tercer participante en esta mesa ha sido el sociólogo Carlos Sedano Saldaña, profesor del Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades de nuestra casa de estudios, que al ilustrarnos acerca de la «Equidad de las partes y la resolución de controversias en amigable composición», nos lleva al análisis de elementos por demás relevantes.

Hablar de los movimientos armados en el país como un tipo de respuesta en la búsqueda de soluciones basadas en la contienda militar, la guerra y la desaparición del adversario y compararla con el otro tipo de respuesta basada en la mediación, el diálogo y la negociación, nos invita a reflexionar sobre actitudes y comportamientos distintos en sus procedimientos y por ende en sus resultados.

Atinadamente señala la forma en que nuestro país ha instituido mecanismos para que se ventilen los conflictos, utilizando a la conciliación y al arbitraje como forma de resolución de las diferencias.

Sobre todo, hace notar la frecuencia entre la desigualdad de las partes y la dificultad para que prevalezca la equidad, razón por la que se requiere que para el arreglo de una controversia entre un usuario y un prestador de servicio médico se logre la amigable composición.

Resulta interesante e ilustrativo el peso tan importante que el ponente atribuye a valores y actitudes necesarios para la conciliación, tales como: la franqueza y la honestidad, acompañados del respeto a la integridad, a la autoestima del otro, en un marco cordial y amable.

«Hablar con franqueza, compadecer, sincerarnos», «crear soluciones al conflicto y no solo reclamar o agigantar el reclamo» son requerimientos señalados por el ponente para que se logre la mediación y el entendimiento.

Interesantes aportaciones que desde la perspectiva de un sociólogo nos encaminan a la búsqueda del entendimiento entre los involucrados en un evento que por su trascendencia para la vida se ha convertido en el centro de la discusión: el acto médico.

Para concluir el maestro Sedano hace un señalamiento que merece especial consideración, al comentar que si en el desempeño de su actividad, los profesionales de la salud «reconocen la controversia en lugar de negarla u ocultarla, asumen una posición que enriquece su ejercicio...».

Ciertamente, esto debe ser parte del ejercicio de una de las profesiones más nobles que cualquier ser humano puede ejercer: la práctica médica.

MARCO LEGAL
DE LA PRÁCTICA MÉDICA

EL PROCEDIMIENTO JUDICIAL PARA LA RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS RELACIONADAS CON LA PRÁCTICA MÉDICA

Guillermo Suro Cedano*

Introducción

Como es de todos sabido, el ejercicio de las profesiones en la República Mexicana encuentra su marco normativo en nuestra norma fundamental: la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que otorga con toda precisión la facultad específica a las entidades federativas para que sean éstas las que regulen el ejercicio profesional. A manera de un sano ejercicio recordatorio del texto constitucional habremos de referirnos al contenido del artículo 5°, que establece como una garantía individual el derecho de dedicarse a la profesión, comercio, trabajo o industria que mejor acomode a toda persona, siendo lícitos, libertad que solo puede restringirse por resolución judicial o gubernativa. En consecuencia, para limitar o impedir a un individuo que realice sus actividades profesionales debe procederse previamente en su contra ya sea ante los órganos jurisdiccionales o bien ante autoridades de orden administrativo, pero sea cual el procedimiento empleado, dependiendo de las peculiaridades de cada caso, deberán respetarse, invariablemente, las garantías de legalidad y de audiencia que se traducen en la seguridad jurídica que debe prevalecer en todo momento, como parte de los derechos fundamentales del individuo que la propia Constitución establece en beneficio de todos.

* *Subcomisionado Jurídico de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.*

Continuando con el análisis del artículo 5° mencionado, éste agrega a su texto el siguiente señalamiento: «La ley determinará en cada estado cuales son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deban llenarse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo».

No obstante la claridad de la disposición constitucional que acabamos de mencionar existe la errónea creencia de que la Federación cuenta con facultades legales para normar el ejercicio profesional, y todavía muchos consideran y llegan a afirmar la existencia de una ley federal de profesiones cuando se refieren a la Ley Reglamentaria del Ejercicio Profesional para el Distrito Federal, cuyo ámbito de validez se circunscribe estrictamente al territorio del Distrito Federal y no tiene un carácter de supletoriedad en las disposiciones similares de cada entidad federativa. Sin embargo, tal error se origina muy seguramente en el hecho de que las entidades federativas no han podido, no han querido o no les han permitido ejercer las atribuciones que en forma exclusiva les ha otorgado nuestra Carta Fundamental, pasando por alto el espíritu del mandato del constituyente que consideró a la regulación del ejercicio profesional una facultad y, por consecuencia, una obligación para ejercerse en forma exclusiva. Puesto que son muy pocas las facultades exclusivas que la Constitución otorga a las entidades federativas, éstas, en los años setenta, suscriben convenios con la Federación para que sea ella la que emita las cédulas profesionales a través de la Secretaría de Educación Pública; estos instrumentos se denominan Convenios para la Unificación de la expedición de Cédulas Profesionales. Jalisco suscribió este convenio en 1974, con lo cual, al margen de los probables beneficios que tal convenio generaría para los profesionales y para la sociedad misma, no resisten el análisis de su constitucionalidad.

Pero como estos breves comentarios no son el tema de este panel deberemos considerarlo sólo una digresión que queda como una inquietud para ser abordada en otra ocasión.

El ejercicio profesional de la medicina también se sustenta en otra disposición constitucional contenida en el artículo 4°, que tutela el derecho a la salud y entre otras cuestiones establece: «Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general...».

De esta disposición emana como su ley reglamentaria, la Ley General de Salud, con lo cual tenemos los grandes troncos sobre los que se sustenta el ejercicio profesional de la medicina, como son, la respectiva Ley Reglamentaria del artículo 5° relativa al ejercicio de las profesiones aplicable en cada entidad federativa, la mencionada Ley General de Salud reglamentaria del artículo 4°, así como la respectiva Ley Estatal de Salud aplicable en cada entidad.

Pero no son estas las únicas normas que tutelan el ejercicio profesional, por el contrario, encontramos en diversos ordenamientos de orden federal y local, penal, civil o administrativo, una serie de disposiciones que regulan y sancionan la actividad del profesionista, particularmente la de quien ejerce la medicina, y resulta preocupante para muchos médicos empezar a darse cuenta que su actividad tiene una variada gama de señalamientos que tienen por objeto que esta actividad se realice en las mejores condiciones que garanticen a los usuarios sus legítimos derechos y que las conductas del médico, cuando se apartan de los principios éticos y legales de su quehacer profesional, implican la posibilidad de sanciones que abarcan desde aquellas meramente de orden administrativo, hasta las que implican severas penas privativas de libertad, a cuyo breve análisis dedicaremos el siguiente capítulo.

El procedimiento judicial para la resolución de controversias relacionadas con la práctica médica

No podemos hablar, no obstante el título de este capítulo, de un proce-

dimiento judicial único que resuelva las controversias relacionadas con la práctica médica, por ello, debemos primero abordar el análisis de algunas de las principales disposiciones normativas en las cuales encontramos diversas limitaciones al ejercicio profesional de la medicina, aplicable en muchos casos también a los técnicos y auxiliares de la salud. Debemos también considerar que una misma conducta puede ser encuadrada dentro del ámbito del derecho penal, civil o administrativo, también dentro del fuero federal o común, lo cual hace más compleja la determinación de las consecuencias jurídicas del acto enjuiciado y aumenta la incertidumbre del autor del mismo, por ello, iniciaremos la exposición de las normas de carácter penal encuadradas en diversos instrumentos legales y omitiremos el análisis de otros ordenamientos que nos llevarían a no agotar el tema en la brevedad requerida.

LEY GENERAL DE SALUD

Dentro de la Ley General de Salud se encuentra contenido un capítulo dedicado a las medidas de seguridad, sanciones y delitos; las primeras son las disposiciones legales que dicta la autoridad sanitaria competente para proteger la salud de la población y las cuales son de inmediata ejecución, mismas que no vamos a analizar ahora para concentrarnos en los aspectos punitivos que se encuadran dentro de lo que llamaríamos, para su mejor comprensión, delitos sanitarios.

Delitos Sanitarios. Nos hemos permitido sistematizar el estudio de los delitos de orden sanitario encuadrando las disposiciones de la Ley General de Salud en tres grandes órdenes:

- a) Delitos cuya penalidad no varía independientemente de las características de su autor;
- b) Delitos cuya penalidad se incrementa cuando son cometidos por un profesional, técnico o auxiliar de la salud, y
- c) Delitos que sólo pueden ser cometidos por profesionales, técnicos o auxiliares de la salud;

La serie de conductas enmarcadas dentro del primer grupo a que hacemos mención las omitiremos en su análisis por no tener mayor importancia para nuestro tema, luego, iniciaremos con las conductas que al ser cometidas por profesionales, técnicos o auxiliares de la salud tienen una penalidad agravada; son las siguientes:

1. A quien sin permiso de la autoridad sanitaria saque o pretenda sacar sangre humana o sus derivados del territorio nacional;

2. A quien sin permiso de la autoridad sanitaria saque o pretenda sacar del territorio nacional órganos, tejidos o sus componentes de seres humanos vivos o cadáveres;

3a. Al que ilícitamente obtenga, conserve, utilice, prepare o suministre órganos, tejidos o sus componentes, cadáveres o fetos de seres humanos, y

3b. Al que comercie con órganos, tejidos, incluida la sangre, y sus componentes, cadáveres, fetos o restos de seres humanos;

4. Al responsable o empleado de un establecimiento donde ocurra un deceso o de locales destinados al depósito de cadáveres, que permita alguno de los actos señalados en el punto anterior y no procure impedirlos por medios lícitos a su alcance.

Todas estas figuras delictivas contemplan sanciones de prisión que van desde uno hasta diez años y multas desde diez hasta quinientos días de salario mínimo, pero si el perpetrador del delito es un profesional, técnico o auxiliar de las disciplinas para la salud, además de las sanciones anteriores, se les suspenderá en su ejercicio profesional desde uno hasta ocho años, con lo cual advertimos que la ley es particularmente estricta en este aspecto y considera que el profesional, técnico o auxiliar tiene un mayor compromiso social y si lo incumple es tratado con mayor severidad que los demás.

Con relación a los delitos cometidos por los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas de la salud, en su función como tales, la ley en cuestión contempla las siguientes conductas punibles:

1. En general, a toda persona relacionada con la práctica médica que realice actos de investigación clínica en seres humanos sin sujetarse a lo previsto en la ley se le impondrá prisión de uno a ocho años, suspensión en el ejercicio profesional de uno a tres años y multa de cien a dos mil días de salario mínimo, aunque estas sanciones se pueden duplicar cuando las conductas se realicen en menores, incapaces, ancianos, sujetos privados de su libertad o personas que por cualquier razón no pudieran resistirse.
2. A quien sin consentimiento de una mujer, o aun con éste si fuera menor o incapaz, realice en ella inseminación artificial, la pena es prisión de uno a tres años cuando la mujer no resulte embarazada y se incrementa de dos a ocho años cuando se produce el embarazo. Para que la mujer casada pueda otorgar su consentimiento requiere la conformidad de su cónyuge.
3. Al que sin causa legítima se rehúse a desempeñar las funciones o servicios que solicite la autoridad sanitaria en ejercicio de la acción extraordinaria en materia de salubridad general, se le aplicará una pena de seis meses a tres años de prisión y multa de cinco a cincuenta días.
4. Al que sin causa justificada se niegue a prestar asistencia a una persona en caso de notoria urgencia, poniendo en peligro su vida, se le impondrá pena de seis meses a cinco años de prisión, multa de cinco a ciento veinticinco días y suspensión provisional hasta por dos años, pero si se produjese daño por la falta de intervención, la suspensión podrá ser definitiva.

Si el que comete alguno de los delitos mencionados en este capítulo fuera servidor público y lo cometiere en el ejercicio de sus funciones será destituido de su cargo, empleo o comisión e inhabilitado para ocupar otro similar hasta por un tanto igual a la pena de prisión impuesta y si es reincidente, la inhabilitación podrá ser definitiva.

CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO DE JALISCO

Además de los delitos contemplados específicamente en el capítulo de Responsabilidad Médica, el Código Penal de Jalisco, en diversos delitos de otra índole, establece sanciones cuando en la comisión de los mismos participan médicos, técnicos o auxiliares de la salud, considerando que resulta de interés analizar algunos de estos delitos haremos una breve consideración de los mismos.

Instigación o ayuda al suicidio. Se aplica una penalidad de tres a diez años de prisión al que instigue o ayude a otro al suicidio, si éste se consumare. Si la ayuda es a tal punto de ejecutar el responsable la muerte, la sanción será de cuatro a doce años de prisión, pero si el suicida fuere impúber o padeciera alguna enajenación mental, se aplicarán al instigador las penas del homicidio calificado, al igual que si el instigador sea cónyuge, ascendiente o descendiente del suicida, se encuentre ligado a éste por razones de gratitud, amistad, trabajo o cualquier otra circunstancia que inspire ascendencia moral. También se aplicará la misma sanción al instigador que lo haga para obtener un beneficio económico o de otra índole.

Infanticidio. Lo comete la madre que para ocultar su deshonra prive de la vida a su hijo dentro de las setenta y dos horas del nacimiento. Si en la muerte del infante participare un médico, cirujano, enfermera, comadrona o partera, éstos serán sancionados como homicidas, sin perjuicio de suspenderlos en el ejercicio de su profesión, oficio o respectiva actividad por todo el término de la sanción corporal.

Aborto. Definido como la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez. Si el aborto lo causare un médico cirujano, pasante, estudiante de medicina, partera, comadrona o enfermero, además de la pena de prisión que puede ser hasta de seis años en algunas circunstancias, se le suspenderá hasta cinco años en el ejercicio profesional.

Debemos considerar, con relación al delito de aborto, que en la legislación de Jalisco no es punible el aborto culposo causado por la mujer embarazada, entendiéndose como tal la conducta imprudente de la mujer y tampoco es punible cuando el embarazo es producto de una violación, ni el llamado aborto terapéutico, en donde no provocarse la madre corra peligro de muerte o de un grave daño a su salud, a juicio del médico que la asista, quien deberá procurar cuando esto sea posible y no resulte peligrosa la demora oír el dictamen de otro médico.

Responsabilidad médica. El Código Penal para el Estado de Jalisco, establece en su capítulo de «Responsabilidad médica» cinco apartados que contemplan las diversas conductas tipificadas dentro de este título, aun cuando el primer apartado, como en seguida lo veremos, contiene dos supuestos totalmente diferentes, que constituyen cada uno de ellos conductas típicas de delito, por lo que podemos concluir que en realidad son seis las premisas encuadradas dentro del rubro de responsabilidad médica.

1. Incurrir en responsabilidad penal el médico que habiendo otorgado una responsiva para hacerse cargo de un lesionado o enfermo abandone su tratamiento sin causa justificada.
También incurre en responsabilidad penal el médico o quien haga sus veces que practique una intervención quirúrgica innecesaria.
2. Al que ejerza la medicina y sin causa justificada se niegue a prestar sus servicios a un enfermo que lo solicite por notoria urgencia, poniendo en peligro la vida de dicho enfermo. La penalidad se incrementa si la falta de atención produce daño.
3. Incurrir en responsabilidad el médico, o quien haga sus veces, que reciba para atender de cualquier manera a un lesionado por un aparente hecho delictuoso y no dé aviso inmediato al Ministerio Público.

4. Tienen responsabilidad penal los médicos, cirujanos y demás profesionistas similares y auxiliares, por los daños que causen por dolo manifiesto o culpa grave en la práctica de su profesión.
5. Incurren en responsabilidad penal los directores, administradores, médicos de sanatorios y clínicas particulares y quienes los sustituyan, si por motivos de orden económico rechazan la admisión y tratamiento médico de urgencia a un enfermo grave.

En todas estas figuras delictivas se encuentran contempladas sanciones privativas de la libertad, en algunos casos la pena es hasta cinco años de prisión, suspensión en el ejercicio profesional también hasta por cinco años y multas hasta de ciento noventa y seis días de salario mínimo.

Procedimiento penal. Hasta este momento no hemos abordado el estudio del procedimiento penal, lo cual por otra parte no sería posible hacerlo con todo el rigor científico que estrictamente se requiere, pero considerando que el objetivo del panel no es propiamente presentar un curso procedimental, de suyo complejo y amplio, sino dar a conocer, en términos generales, de qué manera se realiza el procedimiento penal, permítaseme a manera de comentarios más coloquiales que científicos mencionar que el procedimiento penal se inicia con la averiguación originada por una denuncia, acusación o querrela que se presenta ante el Ministerio Público, o bien que éste la inicie de oficio en cuanto tenga conocimiento de la probable comisión de un delito que se persigue sin previa denuncia. Le corresponde precisamente al Ministerio Público realizar en la investigación del caso todas las diligencias que sean necesarias para el esclarecimiento de los hechos, de tal manera que de encontrar que los mismos constituyen la comisión de delitos y la presunta responsabilidad del inculcado o inculcados, ejercitará la acción penal, solicitándole al juez competente libre la orden de aprehensión correspondiente. Si el juez al analizar las actuaciones, encuentra procedente la petición ministerial li-

brará la orden de aprehensión. Una vez ejecutada ésta, dentro del término constitucional, el juez determinará si dicta auto de formal prisión por encontrar elementos que hagan presumir la responsabilidad del inculpado o bien dictará la libertad en cualquiera de las modalidades que en su caso corresponda. En el primer supuesto, se inicia el proceso dentro del cual la parte acusadora y el inculpado ofrecerán sus pruebas de cargo y descargo, hecho lo cual se cierra el periodo llamado de instrucción y se abre el de juicio en donde es dictada la sentencia que puede absolver o condenar. Esta sentencia puede ser apelable pasando a ser revisada en segunda instancia en la cual se revocará, modificará o confirmará. Contra la resolución de segunda instancia el inculpado tiene la posibilidad de demandar su inconstitucionalidad en juicio de amparo.

Todo esto que se describe muy rápidamente, en la práctica se traduce en verdaderos suplicios para quienes se ven involucrados en un procedimiento penal. Si es el acusador o querellante tiene que estar incesantemente acudiendo al Ministerio Público aportando sus pruebas de cargo y procurando el impulso de su averiguación hasta terminar su integración y envío al juez, para lo cual pueden pasar algunos años, y si bien el proceso y el juicio sí son rápidos, tomando en cuenta los propios términos que marca la constitución, el resultado es incierto y no siempre su representante, que es siempre y solamente el Ministerio Público, dispone del tiempo y de la capacidad suficiente para vigilar el procedimiento y buscar obtener la sentencia condenatoria. Por el contrario, en el papel del acusado, éste vive en la constante incertidumbre del resultado de las investigaciones que realiza el Ministerio Público, del riesgo de ser privado de su libertad, así sea momentáneamente, como sucede cuando por desobediencia o descuido de su parte no acude cuando es citado por la persecutora, o muchas ocasiones ignora verdaderamente que tiene que acudir porque no recibió el correspondiente citatorio aunque aparezca que supuestamente fue citado y de

pronto su tranquilidad se rompe al ser abordado por individuos de fiero aspecto, armados, que intimidatoriamente lo conducen ante la autoridad. No se diga cuando ha sido librada una orden de aprehensión y ésta se ejecuta; al ser privado de su libertad es conducido al correspondiente sitio de prisión preventiva, es fichado y fotografiado de frente y de perfil y es puesto a disposición del juez que ordenó la aprehensión. Si el delito no está clasificado como grave podrá tener derecho a obtener su libertad bajo fianza que otorgue y estará vigente durante todo el tiempo del proceso hasta la sentencia definitiva siempre que se cumpla con la disposición de comparecer ante el juez con la periodicidad que le sea fijada así como a todas las diligencias a que sea citado. Si todo este suplicio se lo aplicamos a un profesional de la medicina y tiene su origen precisamente en un acto médico del cual su paciente o familiares del paciente se inconformaron, resulta fácil imaginar el estado anímico del prestador del servicio, las consecuencias legales, morales, familiares, profesionales, psicológicas, económicas y sociales que un procedimiento de ésta índole le acarrea, todo ello aunque al final resulte inocente del delito imputado como sucede en la gran mayoría de los casos ventilados en el estado de Jalisco. Pero si bien un procedimiento penal en contra de un médico por delitos de responsabilidad médica difícilmente concluye con una sentencia condenatoria, al final nadie quedará satisfecho con el resultado. La parte que se sintió ofendida por la conducta del médico no verá alcanzada su pretensión; el médico acusado no deseará saber nada de procedimientos penales y desde luego pretenderá ejercer otra actividad que no resulte tan peligrosa. La opinión pública, si el caso fue del dominio público y sobre todo con escándalo periodístico, se sentirá frustrada y tratará de explicarse por qué no se obtuvo la condena buscada, atribuyéndolo a deficiencias del procedimiento, ineptitud o corrupción de los funcionarios administradores de la justicia más que a una auténtica inocencia del inculpado. Podríamos seguir enumerando todas las con-

secuencias del procedimiento penal, pero mejor lo dejaremos a la imaginación y seguramente encontraremos muchos otros elementos de insatisfacción.

Si bien el procedimiento penal en la mayoría de los casos no es el adecuado para resolver los conflictos surgidos de la relación médico-paciente, debemos entonces considerar otras alternativas en donde quien no se sienta satisfecho por los resultados de un acto médico por causas imputables a éste, pueda acudir en demanda de justicia. Hablamos desde luego de la responsabilidad civil que tiene todo prestador de un servicio profesional, y cuyos conflictos pueden ser resueltos obviamente en un juicio civil, para lo cual, entonces, trataremos algunos aspectos fundamentales que en este sentido establece nuestra normatividad civil.

Código Civil para el Estado de Jalisco

Contrato de prestación de servicios profesionales. El Código Civil del estado de Jalisco, al igual que el resto de legislaciones civiles locales y de la federal, reglamenta el contrato de prestación de servicios profesionales, algunas de cuyas principales disposiciones generales presentaremos a continuación:

Concepto. Es aquél por medio del cual el prestador se obliga a proporcionar en beneficio del cliente o prestatario determinados servicios que requieren una preparación técnica o profesional.

Cuando el prestador no pueda continuar con el contrato debe dar aviso oportuno al cliente, y si no lo hace pagará los daños y perjuicios que ocasione su falta de aviso oportuno.

El prestador responde al cliente por negligencia, impericia o dolo de su parte o de cualquiera de las personas de él dependientes.

Quien preste servicios profesionales sin tener el título correspondiente no tendrá derecho a retribución alguna por los servicios que haya prestado, además de las sanciones que le correspondan.

De la simple lectura de las disposiciones que acabamos de enumerar nos damos cuenta que la responsabilidad civil del médico es mucho más amplia que la responsabilidad penal, en la cual para que sean punibles las conductas tiene que encuadrar perfectamente en las figuras delictivas. Particularmente debemos recordar que la figura jurídica típica de responsabilidad profesional requiere como elementos de existencia que el médico en la práctica de su profesión cause un daño y que éste sea causado ya sea por dolo manifiesto (intención de causarlo) o culpa grave (negligencia extrema, impericia, imprudencia), situación que en materia civil no se necesita, como lo corroboramos al analizar el concepto de responsabilidad civil objetiva.

Responsabilidad civil objetiva. Cuando una persona cause un daño al hacer uso de mecanismos, instrumentos, aparatos o sustancias peligrosos por sí mismos, por la velocidad que desarrollen, por su naturaleza explosiva o inflamable, por la energía de la corriente eléctrica que conduzcan o por otras causas análogas, está obligado a responder del daño causado aunque no obre ilícitamente, salvo que demuestre que el daño se produjo por culpa o negligencia inexcusable de la víctima, por causa fortuita o por fuerza mayor.

Procedimiento civil. Si el procedimiento penal puede ser muy dilatado para su culminación en una sentencia definitiva y muy incierto incluso que pueda llegar a esta etapa, el procedimiento civil no suele ser menos lento, farragoso y lleno de complicaciones y vicisitudes en las que los abogados somos expertos, y normalmente encontraremos una constante de correlatividad que nos indica que a mayor incompetencia, desconocimiento e ineptitud del abogado, directamente proporcional será la lentitud del proceso. El costo del mismo, no sólo en lo económico sino en lo anímico, puede resultar mayor que el valor en sí del negocio y al final probablemente los únicos ganadores sean los prestadores de los servicios profesionales, pero no hablamos del médico, nos referimos a los servicios jurídicos contratados por cada

una de las partes para la resolución del caso, ya que cada vez es mayor la insatisfacción que genera una justicia lenta, complicada, burocrática, saturada, rebasada en fin por la realidad de un nuevo orden económico y social que requiere un mayor dinamismo y claridad al ventilar sus controversias.

Surgen entonces nuevos esquemas de resolución de conflictos, como verdaderas alternativas no judiciales, con mecanismos que implican mayor dinamismo, certeza y profesionalismo como son en el caso concreto del quehacer profesional médico, las comisiones de arbitraje médico, lo cual será tema de mesa diversa y al cual llegaremos como una consecuencia lógica del reclamo social y gremial de obtener lo que todos reclamamos: justicia.

RIESGOS DE INCURRIR EN ASUNTOS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN SALUD

Javier Chávez Solórzano*

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el artículo 4º prevé, como garantía social, que toda persona tiene derecho a la protección de la salud; la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general conforme lo dispone la fracción XVI del artículo 73 constitucional. Que el congreso tiene facultad, entre otras, de dictar leyes sobre salubridad general de la República. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del presidente de la República, sin intervención de ninguna secretaría de Estado y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

Característica de garantía social del derecho a la protección de la salud

Es unilateral; por cuanto está exclusivamente a cargo del poder público, a través de sus distintos órganos y dependencias que desarrollan funciones gubernativas; el poder público que las instituyó (H. Congreso de la Unión) es el único que debe responder de su efectividad y el único obligado, como sujeto pasivo de la garantía, para hacerla cumplir.

Es irrenunciable; porque no se puede renunciar o no se debe renunciar al derecho de disfrutarla y aun en ciertos casos el artículo 5º

* Director del Departamento Jurídico, Secretaría de Salud Jalisco.

constitucional prohíbe expresamente en que se dé tal renuncia (p.e.: el Estado no puede permitir que se lleve a efecto ningún contrato, pacto o convenio que tenga por objeto el menoscabo, la pérdida o el irrevocable sacrificio de la libertad de la persona por cualquier causa, ni a la renuncia, pérdida o menoscabo de los derechos políticos o civiles).

Es permanente; como un atributo implícito del derecho protegido, pues mientras que ese derecho exista, cuenta con la garantía como un derecho para hacerlo valer en caso de afectación.

Es general; porque protege absolutamente a todo ser humano.

Es también inmutable; porque tal como está instituida en la Constitución, así deberá observarse, no puede ser variada ni alterada, en más y en menos, por una ley secundaria, no federal ni estatal, pues sería necesaria una reforma constitucional que satisfaga los requisitos del artículo 135 o sea mediante autorización del Congreso de la Unión. Así mismo, el artículo 15 prohíbe los convenios o tratados que alteren las garantías, y aunque se pacten, no serían jurídicamente aceptables.

El sector salud se encuentra integrado por las dependencias públicas y organizaciones privadas dedicadas a la prestación del servicio a la salud, y están regulados por las leyes aplicables vigentes al caso concreto.

La responsabilidad de los servidores públicos en el desempeño de su cargo o comisión (código ético de conducta)

Responsabilidades de los servidores públicos en el desempeño de su cargo, comisión. (Código ético de conducta del servidor público)

Servidor público. Artículos 2^{do} de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco y de la Ley para los Servidores públicos del Estado de Jalisco y sus municipios, y 92 de la Constitución Política del Estado de Jalisco: es toda persona que presta un trabajo subordinado, físico o intelectual, al estado o al municipio, tóme-se estado en el ámbito de los tres poderes: ejecutivo, legislativo y judi-

cial, así como a todas aquellas empresas de participación estatal mayoritaria y organismos públicos descentralizados (OPD).

TIPOS DE RESPONSABILIDAD EN QUE INCURRE EL SERVIDOR PÚBLICO POR LA INOBSERVANCIA A LA NORMA JURÍDICA

Responsabilidad administrativa. Es la que exige que todo servidor público se desempeñe con honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia, actitudes que en todo momento deberá de mostrar el servidor público en el desempeño de su cargo o comisión, a falta de una de las anteriores el servidor será sujeto a un procedimiento administrativo por su inobservancia a la norma jurídica.

Responsabilidad penal. Es aquella en la que incurre el servidor público que en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, comete un delito (quebranto patrimonial) en contra de la institución en donde presta sus servicios o al Estado (ejecutivo, legislativo, judicial o municipal), mismo que será sancionado en los términos de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

Responsabilidad civil. Esta responsabilidad es aplicada al servidor público como consecuencia de su conducta desplegada al obtener un lucro indebido en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, o que comete un daño o perjuicio a la hacienda pública, en tal caso éste está obligado a responder por los actos cometidos, con bienes de su propiedad o de terceros suficientes para cubrir el daño ocasionado.

Responsabilidad política. Es la que se hace valer a través de un juicio político de responsabilidades, en contra de servidores públicos señalados en los artículos 97 de la Constitución Política en el Estado y 5° de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco.

LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA

Esta debe ser entendida como una obligación que nace como conse-

cuencia de la inobservancia o incumplimiento de un deber, entendiéndose por obligación el vínculo que sujeta al servidor público a hacer, o abstenerse de hacer una cosa establecida por precepto de ley (acción u omisión), por voluntad de otorgamiento o por derivación de ciertos actos, en ese sentido, abarca a todos los sujetos que tengan la calidad de servidores públicos, independientemente de la naturaleza de sus cargos u órganos de la administración pública en que se encuentren ubicados.

La normatividad en materia de responsabilidades se orienta básicamente a establecer mecanismos jurídico-administrativos que propicien el buen desempeño, legal y honesto, imparcial y eficiente, de los servidores públicos en el desempeño de sus funciones, cargos y comisiones y que establecen el principio de igualdad al ser sujetos de responsabilidades políticas, penales, administrativas y civiles que puedan resultar de las obligaciones comunes de todo servidor público.

Con el principio de legalidad se pretende que la actuación del servidor público se encuentre ajustada a derecho.

Honradez, este principio conduce al servidor público a actuar objetivamente para que su desempeño no se encuentre revestido de consideraciones personales, buscando en todo momento el cumplimiento a la norma y el beneficio del Estado sobre el particular.

Lealtad, ésta se encuentra orientada no tan sólo a las instituciones, sino también a los valores que sustenta nuestra Constitución.

Imparcialidad, como principio de objetividad.

Eficiencia, se pretende que la labor de todo servidor público sea productiva para garantizar el buen servicio del Estado hacia los gobernados.

El sistema de responsabilidades parte de un catálogo general de obligaciones comunes a todos los servidores públicos (artículo 61 de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos). La inobservancia de alguna o algunas de las obligaciones establecidas en el artí-

culo de referencia conlleva al inobservante a que sea sujeto de un procedimiento administrativo, y de resultar responsable se hará merecedor a las sanciones previstas en el artículo 64 de la ley en comento, dada la gravedad de la falta, y que pueden ser: a) apercibimiento privado o público, que lleva implícita la advertencia al servidor que en caso de reincidir se le aplicará una sanción mayor; b) amonestación por escrito, que viene a ser una llamada de atención a través de la cual se previene al servidor de abstenerse a realizar actos que vayan en contra de la norma; c) la suspensión, que consiste en separar del ejercicio de la función por tiempo determinado al servidor público, durante el tiempo en que haya sido sancionado en resolución administrativa dictada por el superior jerárquico; d) destitución, ésta es la separación definitiva del servidor público atendiendo a la gravedad de su falta; e) destitución con inhabilitación, ésta se impone dada la gravedad de la falta y daño causado al Estado, y f) sanción pecuniaria o económica, que surge como consecuencia del beneficio o lucro obtenido por el servidor y los daños y perjuicios causados al Estado.

ASPECTOS GENERALES SOBRE EL ÁMBITO Y COMPETENCIA DE LA LEY PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL ESTADO, ASÍ COMO DE LA LEY DE RESPONSABILIDADES

La competencia es la potestad de un órgano de jurisdicción para ejercerla en un caso concreto, o sea la idoneidad atribuida a un órgano de autoridad para conocer o llevar determinadas funciones o actos jurídicos.

La jurisdicción, que significa decir o declarar el derecho. La jurisdicción es pues, en el sentido más amplio, el poder o autoridad que tiene alguno para gobernar y poner en ejecución las leyes y especialmente la potestad de que se hayan revestido los jueces para la administración de la justicia, esto es, para conocer de los asuntos en el ámbito de su competencia (administrativos, civiles, familiares, etc.).

En este orden de ideas, la aplicación de ambos ordenamientos legales se determina según la materia que le corresponde, es decir, para el primer ordenamiento se tomará el aspecto laboral, mientras que para el segundo será el administrativo, esto independientemente de que en ambos dispositivos legales contengan el catálogo de obligaciones de los servidores públicos.

En cuanto a la Ley de Servidores Públicos del Estado de Jalisco y sus municipios, las autoridades son los propios titulares de las secretarías, dependencias u organismos del Ejecutivo, por otra parte, respecto de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos, es la Contraloría del Estado la competente para aplicar las sanciones a que se refiere el artículo 23 de dicha Ley, siempre y cuando las fracciones se detecten en el ejercicio de sus atribuciones, según lo dispone el artículo 25, fracción I, inciso b, de la normatividad de mérito, sin que esto implique que ésta tenga el monopolio del derecho disciplinario.

DERECHOS Y OBLIGACIONES CONTENIDAS EN LA LEY PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL ESTADO DE JALISCO Y SUS MUNICIPIOS Y EN LA LEY DE RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS

- a) Las obligaciones de los servidores públicos se encuentran contempladas en el artículo 55 de la Ley para los Servidores Públicos del Estado de Jalisco y sus municipios; los derechos de los servidores se contemplan en la totalidad de dicho ordenamiento, haciendo especial énfasis en lo dispuesto en el artículo 23 de la referida ley; o sea, el derecho de impugnación ante el tribunal de arbitraje y escalafón a que todo servidor público puede recurrir.
- b) Las obligaciones de los servidores públicos se encuentran contempladas en la Ley de Responsabilidades, en el artículo 61 de

las fracciones I a la XXVII, y los derechos en el artículo 69, y que se refiere al derecho de audiencia y defensa de todo servidor público, además de lo establecido en los artículos 14 y 16 constitucionales.

De lo anterior se desprende la libertad que tiene todo servidor público de recurrir ante una autoridad jurisdiccional a ejercer el derecho según su caso en concreto.

RESPONSABILIDAD POLÍTICA

Esta es procedente cuando los actos u omisiones de los servidores públicos comprendidos en el artículo 97 de la Constitución Política del Estado de Jalisco y 5° de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco, que redunden en perjuicio del interés público fundamental o de su buen despacho; no procede el juicio político por la mera expresión de ideas.

Corresponde al H. Congreso del Estado substanciar el procedimiento relativo al juicio político, actuando como jurado de sentencia (artículo 8° de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco).

RESPONSABILIDAD PENAL

La comisión de delitos por servidor público deberá ser perseguida y sancionada en los términos de la legislación penal y las sanciones se aplicarán de acuerdo con la naturaleza de los mismos, de acuerdo a lo dispuesto en el Código Penal y de Procedimientos Penales del Estado de Jalisco, dentro del cual existe un capítulo especial denominado «delitos cometidos por servidores públicos», en éste se encuentran previstas determinadas figuras delictivas, como pueden ser: ejercicio indebido y abandono de servicio público; abuso de autoridad, cohecho, peculado y concusión, delitos cometidos en custodia o guarda de documentos, desvío y aprovechamiento de recursos, uso indebido de

atribuciones y facultades, enriquecimiento ilícito y delitos cometidos en administración de justicia y en otros ramos del poder público.

RESPONSABILIDAD MÉDICA DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARTICULARES ANTE LAS DIFERENTES INSTANCIAS DE GOBIERNO

La Ley Estatal de Salud, en el artículo 91a, contempla la creación de la Comisión de Arbitraje Médico en el Estado, misma que tiene por objeto difundir, asesorar, proteger y defender los derechos de los usuarios y prestadores de los servicios médicos.

Sus atribuciones son, entre otras: la divulgación, orientación, apoyo y asesoría en materia de derechos y obligaciones de los usuarios y prestadores de los servicios.

Recibe quejas de los usuarios por las irregularidades o negativa injustificada en la prestación de los servicios médicos. Investiga la veracidad de los actos denunciados. Consigue los conflictos derivados de la prestación de los servicios. Resuelve los probables casos de negligencia, imprudencia, impericia o inadvertencia del prestador del servicio. Funge como árbitro y pronuncia laudos cuando las partes se someten al arbitraje médico. Emite sugerencias en mejora de la prestación de los servicios a la salud. Denuncia los casos de negativa del prestador de los servicios a la información requerida por ésta en los casos que investiga.

Es pues esta institución la que vela y vigila la aplicación correcta de las técnicas terapéuticas en salud al servidor público, convirtiéndose en garante de la seguridad médica de la población, celebrando convenios entre las partes en controversia con equidad.

De todo lo anterior se desprende que el prestador de los servicios de salud se ve sujeto al procedimiento de arbitraje médico ante la Camejal, por impericia, imprudencia o negligencia en el desempeño de su cargo o comisión.

COMENTARIOS

Alfonso Aceves Escárcega*

El abordaje del tema por los expertos panelistas no deja lugar a dudas: el medico puede llegar a tener responsabilidades administrativas, penales, políticas y éticas.

La claridad en los conceptos vertidos por los panelistas no deja ninguna duda de los alcances legales del ejercicio de la medicina. Después de escuchar todos estos conceptos jurídicos creo que debemos estar satisfechos todos los que nos dedicamos y continuaremos dedicándonos al ejercicio de la medicina y que tuvimos la fortaleza de hoy estar presentes en este panel, ya que constituye una actualización intensiva que nos debe servir para fortalecer nuestra práctica médica cotidiana en el ámbito que a cada uno le corresponde.

El perfil humanista en el ejercicio diario de la medicina es el antídoto real y constante con el cual los profesionales de la medicina deberán de enfrentar cotidianamente el desaliento, el vituperio y la inconformidad que se han asentado en la relación médico-paciente de los últimos años.

Pero como las actitudes de trato digno e información apropiada pueden quedar en el ámbito subjetivo es imprescindible elaborar una historia clínica detallada de cada paciente que acude a solicitar aten-

* *Presidente de la Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico A. C. y consejero de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.*

ción médica y llenar un formulario de consentimiento informado para cualquier procedimiento invasivo, ya sea con fines terapéuticos o diagnósticos de esta manera estaremos actuando dentro del marco que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y evitaremos las inconformidades de los últimos años.

En tanto no se genere una información apropiada, tanto para los pacientes como para los médicos en el sentido de sus responsabilidades, y en especial para los usuarios de los servicios médicos cuando estos incurran en incumplimiento de indicaciones médicas y que conozcan los riesgos y se apliquen las sanciones jurídicas correspondientes, seguiremos llenando de controversias a la Camejal, por lo tanto creo que quedarían en el contexto cuatro puntos muy claros:

1. Se requiere una actualización continua de los médicos para elevar los estándares de calidad en la atención médica que incluyan los aspectos éticos y humanísticos de la mejor manera.

2. Tendremos que ejercitar al gremio médico en la costumbre de realizar todos los documentos necesarios que nos provean la seguridad jurídica de nuestro ejercicio profesional.

3. El paciente tiene y deberá afrontar la responsabilidad de que también puede ser demandado por inconsistencia en las prescripciones o indicaciones médicas.

4. Sólo de esta manera podremos evitar el desgaste que ha sufrido el ejercicio de la profesión médica en nuestro estado y en el país, asegurando una atención médica del más alto nivel.

LA SEGURIDAD SOCIAL Y
LA RESOLUCIÓN ALTERNATIVA DE
CONTROVERSAS POR LA PRÁCTICA MÉDICA

LA BIOÉTICA EN EL MARCO DE LAS QUEJAS POR LA PRÁCTICA MÉDICA EN LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

Fernando Cano Valle*

Existen dos principios fundamentales, unánimemente reconocidos, que son complementarios: el respeto a la vida humana, que pertenece al orden de la objetividad y debe servir de finalidad a la actuación ética, y el principio de la autodeterminación de la persona, que remite al dominio de la subjetividad y es esencial en la ética.

Asimismo, son aceptados en casi todo el mundo, como modelos que deben guiar la conducta del personal de salud, los siguientes paradigmas:

- El primero es el de la *autonomía*, que confiere a los pacientes una corresponsabilidad en su salud y la decisión definitiva sobre la aceptación de las indicaciones que se le dan. La autonomía lleva implícita los conceptos de información, confidencialidad y privacidad.
- La *beneficencia* es el segundo paradigma bioético. Se refiere a que toda acción del personal de salud debe buscar el bien de los pacientes. Ya que éste requiere de un trato digno y bondadoso, el respeto a los valores del enfermo, el conocimiento de su enfermedad, el mejor tratamiento disponible y los medios de equipo y materiales para cumplir con las prescripciones a favor del

* Investigador del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México.

paciente, las bases éticas de este paradigma se derivan de la ética de la virtud, de los valores, del personalismo, y del pragmatismo.

- El tercer paradigma se refiere a *no hacer daño* (no-maleficencia), los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que se le apliquen al enfermo deben evitar causarles molestias, o afectar su bienestar, así como minimizar los riesgos a los que pueda verse sujeto.
- El cuarto paradigma es el de la *justicia*. De ella dice Platón que debe ser universalmente venerada por los hombres. Aristóteles señala que justo es lo que produce y protege la felicidad en la comunidad política. La equidad ocupa el lugar más alto en los niveles de la justicia. Para Santo Tomás de Aquino, la justicia es un medio de someter nuestra voluntad, no por temor al castigo sino por el amor que debemos a nuestros semejantes, y que nos lleva al bien común. Hans Kelsen, uno de los grandes juristas del siglo XX afirma que sólo cabe la ley positiva, la establecida por las diversas sociedades, que permiten el orden jurídico, bajo cuya protección pueden los seres humanos prosperar en la búsqueda de la verdad.

En este contexto de la bioética es que me permito enfatizar sobre la importancia de la seguridad social mexicana y el compromiso de fortalecerla por medio de la crítica sí, pero más aún de la aportación, de la propuesta a fin de conseguir lo que Morones Prieto interpretaba como auténtico promotor del progreso. Al respecto permítanme resumir en forma breve algunas de las ideas humanistas de ese hombre importante para México, que al fin son de gran contenido bioético.

En el mes de noviembre de 1969 el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) se reunieron para analizar la seguridad social en América Latina, entre otros aspectos se mencionó el de que el origen y la evolu-

ción de la seguridad social en los países en vías de desarrollo ha tenido un proceso de aplicación progresiva, tanto en lo que concierne a la categoría de trabajadores protegidos, como a las regiones geográficas cubiertas. Ello ha determinado que, en la actual situación de la seguridad social, ciertos grupos de población gocen de los beneficios de la misma, mientras otros carecen de ella.

La falta de protección de la seguridad social en los sectores rurales ha constituido un factor significativo en el éxodo de los campesinos hacia los grandes centros urbanos; estaría por determinar hasta qué punto la necesaria extensión de la protección hacia tales sectores contribuiría a disminuir el desplazamiento de los campesinos.

La evolución progresiva de la seguridad social en los países en vías de desarrollo ha ido determinando un aumento de los costos de la misma, tanto en términos absolutos como por persona asegurada, consecuencia inevitable de dos factores positivos: la cobertura de nuevas contingencias y la extensión a grupos de menor ingreso.

Los servicios médicos de la seguridad social deben ser necesariamente de carácter integral y comprender la medicina preventiva, la curativa y la rehabilitación, cuya aplicación encuentra un marco adecuado en las instituciones de seguridad social.

Las necesidades en materia de salud que vienen presentando los diversos grados de desarrollo de los países, con la introducción de las modernas tecnologías, la organización del trabajo y las características correspondientes al desarrollo industrial y urbano obligan a las instituciones de seguridad social a que sus servicios médicos prevean estos fenómenos y esta dinámica para ser congruentes en su misión del cuidado de los recursos humanos. Asimismo, se planteó que los programas de salud no pueden tener una configuración rígida sino que deben estar atentos a los cambios en el potencial de recursos disponibles en los mercados de trabajo y a la movilidad de la mano de obra.

El Instituto Mexicano del Seguro Social a partir de 1995 propuso una nueva ley enfocada a mejorar las deficiencias de la institución. Estas deficiencias están señaladas detalladamente en el documento «Diagnóstico del IMSS». La nueva ley fue aprobada ese año, y está vigente desde 1997.

En el «Diagnóstico del IMSS» (1995) se anotan los problemas de los servicios de salud proporcionados por la institución.

- Largas esperas para recibir la consulta.
- Diferimiento de estudios auxiliares de diagnóstico.
- Falta de medicamentos (sistema de abastecimiento insuficiente).
- Escasez y obsolescencia de equipos e insumos para el adecuado funcionamiento de las unidades.
- Falta de motivación del personal.
- Insatisfacción del usuario.
- Diferimiento de las intervenciones quirúrgicas.
- Saturación de las áreas de urgencias.
- Diferimiento de la consulta de especialidades.

Las deficiencias en la atención médica, conocidas y señaladas por las autoridades, requerían ser atendidas. Además, el crecimiento de la población derechohabiente debió alertarlas sobre la necesidad de un crecimiento similar en instalaciones, personal e insumos.

Sin embargo, esto no ha ocurrido; hasta la fecha, las deficiencias en cada uno de los rubros mencionados persisten, y la población derechohabiente recibe un servicio cada vez más ineficiente, como consecuencia de la política tendiente a:

- a) Mantener el mismo número de instalaciones: clínicas, hospitales, camas de hospitalización, quirófanos.
- b) Mantener el desabasto en medicamentos y material de consumo.
- c) No incrementar el número de plazas del personal de salud de acuerdo a necesidades.

- d) Mantener el deterioro del poder adquisitivo de los salarios del personal

La actuación médica

Ahora bien, en la actualidad, ¿qué hay sobre la actuación del médico o la práctica médica en general y en particular en el IMSS?

Albin Eser, director del Instituto Max Planck, se hace cuatro preguntas sobre la actuación médica:

El actuar médico: ¿es un «espacio libre» de autorresponsabilidad que no puede ser controlado?

Debido a la literalmente «ciega confianza» de que el médico gozó durante siglos por parte de sus pacientes estaba prácticamente exonerado de legitimar expresamente sus decisiones. Visto así, se entiende plenamente que el médico reaccione enérgicamente cuando ve que se le disputa en creciente medida esta libertad de decidir. Y no es que el médico no haya tenido que «responder» hasta ahora. Pero sí se le ha aceptado su «decisión intuitiva» sin que haya tenido que fundamentarla expresamente.

¿Temor ante la obstrucción del actuar médico mediante reglamentaciones y sanciones?

El médico no sería una persona si no le resultaran pesadas las reglamentaciones. Si por cierto solamente se tratara de esta aversión «humana, muy humana», podría uno salir de esto con la simple comprobación de que la coexistencia humana no es posible sin ciertas reglas y que el médico, en su trato con los pacientes, por comodidad o autoridad no puede dispensarse de ellas así como así.

¿Actuar médico como exigencia objetiva médica libre de valoración?

El actuar médico como interacción interhumana se produce persiguiendo determinado mandato, el cual ha cambiado constantemente en el curso de la historia médica, y lo ha hecho tanto condicio-

nado por los avances técnicos de las ciencias naturales como también bajo el influjo de la cambiante conciencia valorativa.

¿Es prescindible el derecho en casos éticos de vinculación con la conciencia?

No en última instancia debe preocuparse el Estado por no dejar que se vea defraudada esta confianza en una aplicación unitaria y conforme al derecho, pues si hace que terceros confíen su vida en el médico, esto solamente puede estar permitido bajo el presupuesto de que el médico sepa que está obligado por aquellos criterios que también son vistos como vinculantes por la comunidad jurídica en interés de una óptima protección de la vida y de una muerte digna para las personas.

Volviendo a la bioética, ¿cómo hay que proceder?

García Romero cita que la asignación justa de los recursos del Estado ha sido estudiada en la segunda mitad del siglo XX por tres ideólogos economistas. Para Nosick el Estado mínimo es el único aceptable. El mercado libre es la única institución que no viola los derechos de los hombres. La pobreza de ciertos grupos de población es lamentable, pero no es injusta, y solo a ellos les toca buscar la forma de salir de ese estado. La solidaridad que pretende que nos desprendamos de nuestros bienes para favorecer a otros, lesiona nuestros derechos y es por tanto inmoral.

Para John Rawls la sociedad está obligada a cumplir en la distribución de los bienes, sobre todo de los mínimos morales, entre los que se encuentra, desde luego, la asistencia sanitaria. Debe existir la equidad y la preocupación por los que menos tienen. Su teoría de la justicia surge del liberalismo y del igualitarismo, como una reformulación del pensamiento socialdemocrático. Debe evitarse toda discriminación, lo que es la base de todo acto de justicia.

Amartya Sen considera que los bienes primarios que los hombres reciben no necesariamente los benefician. El Estado debe poner más atención a las necesidades básicas que pueden ser distintas en

diferentes regiones de una nación, y que lo son sin duda para los diferentes hombres. Más que en la distribución de los bienes, la justicia consiste en estimular al máximo las capacidades de las personas, tales como la capacidad de tener una buena salud, de evitar dolores innecesarios, de elegir nuestro plan de vida, de vivir por y para otros y de vivir una vida humana rica y plena.

Creemos que no debe haber ninguna duda.

En el área de la salud, de acuerdo con la gran mayoría de las teorías éticas sobre la justicia distributiva, es justo lo que produce equidad y eficiencia. Son también necesarios el planteamiento y la solución de prioridades a través de la formulación de políticas, normas, programas, capacitación del personal de salud y de la población, y la adquisición de materiales y equipos para otorgar a todos los individuos una atención de salud adecuada. Ésta debe ser universal, accesible, oportuna, integral, efectiva y de alta calidad.

Toda acción que tienda a evitar la aplicación de la justicia en la atención a la salud de acuerdo con los términos expuestos, o peor aún, que realice medidas para debilitar la que ya se ha establecido, o le reste fuerza a las bases normativas que las sostiene, debe ser clasificada como un acto de incuestionable injusticia.

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha sido desde su creación uno de los logros más relevantes de la política social de México en el siglo XX.

El IMSS es una instancia importante para la justa distribución de la riqueza, lo que logra mediante la solidaridad entre sus asegurados, ya que el sistema de financiamiento del IMSS no establece diferencias en las cuotas de los trabajadores por edad, estado de salud o número de dependientes. La cobertura que ofrece el IMSS incluye costos de diagnósticos, tratamiento y rehabilitación de cualquier tipo de enfermedades, incluso las preexistentes, y no hay límite de tiempo ni de las erogaciones que deriven del tratamiento de un paciente.

El IMSS otorga a casi 45 millones de mexicanos una atención integral, equitativa, de adecuado costo-eficiencia, y de calidad heterogénea que se ha deteriorado en los últimos lustros por falta de instalaciones, equipos, personal, salarios adecuados y estímulos al buen desempeño.

La justicia exige, con referencia al Instituto Mexicano del Seguro Social, y basada en los principios elementales de la bioética, el cumplimiento de estas metas:

- Incrementar el bienestar social.
- Lograr mayor equidad en el acceso a los servicios y beneficios.
- Continuar la tendencia a la universalización de los servicios con un aumento progresivo de la cobertura.
- Asegurar a los jubilados, cesados e inválidos una pensión creciente acorde a sus necesidades y al índice inflacionario.
- Ofrecer una atención médica equitativa, accesible, integral, basada en la prevención de los factores de riesgo, los exámenes de diagnóstico más efectivos y el mejor tratamiento disponible, así como en la rehabilitación de los grupos afectados.

Estas metas se basan en las expectativas de los usuarios, del personal de salud y de los funcionarios de los servicios de salud que han sido reconocidos por la sociedad y por el propio IMSS.

Son expectativas de los usuarios:

- Igualdad en el manejo médico de problemas similares.
- Fácil acceso a las instalaciones.
- Atención sin tiempos de espera prolongados ni diferimiento de sus citas.
- Trato de parte del personal de salud con interés y amabilidad.
- Tratamiento médico integral de sus problemas.
- Personal bien preparado y actualizado.
- Información adecuada.
- Dotación puntual de sus medicamentos.
- Alivio a sus molestias y curación de sus enfermedades.

- Tratamiento quirúrgico necesario, oportuno y sin diferimientos.
Son expectativas del personal de salud:
- Contar con los medios para desarrollar sus actividades profesionales y ofrecer la mejor atención a los pacientes: equipo, materiales, medicamentos, tiempo suficiente.
- Poder de decisión necesario para aplicar sus habilidades en el lugar de trabajo.
- Salarios para llevar una vida digna sin presiones económicas, con estímulos que compensen el esfuerzo realizado.
- Oportunidades de capacitación, superación y reconocimiento de su trabajo.
- Participación en el establecimiento de normas y políticas de la institución donde labora.
Son expectativas de los funcionarios y coordinadores de los servicios:
- Establecer el equilibrio financiero mediante la reconsideración de las aportaciones actuales de los trabajadores.
- Enfoque intersectorial del bienestar social tanto estatal como municipal. La coordinación entre sectores e instituciones es indispensable para evitar el dispendio de recursos, la duplicación de acciones y los vacíos de responsabilidad.
- Cambio de modelos organizativos piramidales al de redes más flexibles, con implementación de políticas y objetivos establecidos por la sociedad y conducidos por verdaderos gerentes sociales.
- Consolidación de las políticas de descentralización y desconcentración en forma activa, gradual y con el fortalecimiento de los servicios a descentralizar.
- Consideración del costo-beneficio en programas y acciones, la supresión de los dispendios y el empleo razonado de nuevas tecnologías, siempre orientados a la atención de las necesidades de la población.

- Establecimiento de una cultura de calidad en la atención de salud a todos los niveles.
- Desarrollo de un sistema único de información en salud y seguridad social simplificado, oportuno y confiable.
- Extensión de cobertura, particularmente a grupos desprotegidos, a través de programas multisectoriales efectivos. Participación en la planeación, organización y puesta en marcha de unidades del IMSS-Solidaridad o similares financiadas con recursos fiscales.

Desde nuestro punto de vista, si se cumplieran las expectativas referidas en párrafos anteriores las quejas por la práctica médica se abatirían importantemente y establecerían una estrecha relación entre la población derechohabiente y la institución de seguridad.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 en uno de sus párrafos enfatiza sobre el contenido humanista de la atención médica:

Que cada mexicano goce de cabal salud; que la infancia esté libre de los peligros que secularmente la han acechado; que los usuarios de los servicios reciban una atención pronta y un trato digno; que no haya familias que se empobrezcan por atender su salud; que todos los hombres y todas las mujeres tengan la oportunidad de desenvolverse al máximo de sus potencialidades: esto no es sólo una meta del desarrollo sino la principal herramienta para alcanzarlo.

RESPONSABILIDAD DEL GOBIERNO DEL ESTADO ANTE LA POBLACIÓN JALISCIENSE DERECHOHABIENTE DE INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

Francisco Javier Peña Razo*

En el ejercicio de la medicina actual existe una gran paradoja: se vive un momento estelar en su evolución, con una extraordinaria transformación, caracterizada por notables logros y apoyada en modernos y complejos medios tecnológicos. Pero quizás nunca antes los médicos y entidades prestadoras de salud habían estado tan expuestas a riesgos médico legales.

Los avances médicos obligan a la actualización de los prestadores de servicios de salud, no solo en su área, sino en el esquema de relación jurídica con el paciente, como ser humano poseedor de derechos, y en su condición de consumidor demandando un servicio adecuado.

A las instituciones de salud, los profesionales médicos, las compañías de seguros, los abogados y el público en general se les ha presentado un nuevo escenario: el ejercicio de acciones judiciales contra los prestadores de servicios médicos.

El derecho garantiza la protección de los bienes jurídicos: la integridad física y la vida. Al generarse conflictos entre la ciencia médica y la ciencia legal, los efectos repercutirán en la sociedad.

Cómo evitar que las controversias en las prestación de los servicios médicos lleguen a producirse?; ¿cuál es el rumbo que el profesio-

* *Coordinador de la maestría en derecho del Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de Guadalajara.*

nal de la medicina debe seguir?; ¿cómo eliminar las trabas que el derecho impone para el cumplimiento de las tareas sanitarias? Si el derecho debe salvaguardar los bienes jurídicos, también debe señalar las pautas para prevenir y resolver los conflictos generados por el ejercicio de la actividad médica. Surge para los estudiosos del derecho la generación de una línea de investigación en las ciencias jurídicas.

*Delimitación del concepto de la prestación
de los servicios médicos para el marco jurídico*

La Comisión de Arbitraje Médico expresa: «Quizá en ninguna otra profesión la ética evidencia con mayor claridad su razón de existir, como ocurre en el campo de la medicina, donde el profesional enfrenta el dilema de la vida y la muerte. Ejemplo del compromiso de conjuntar el pensamiento humanístico y el científico en la búsqueda del bien del otro, del paciente, en quien recaen las consecuencias de las acciones de otro ser humano, que es el médico. (...) Los prestadores de servicios médicos deben estar conscientes de que la ética se extiende a todos los ámbitos sociales, culturales o económicos de una sociedad, y que su práctica crea una mejor calidad de vida tanto en la individualidad como en cualquier plano de las relaciones humanas, como lo son el trabajo o la familia. En México, los docentes, investigadores y profesionales de la salud tienen la responsabilidad de guiar su quehacer con los principios de la ética, promover su práctica y fomentar su enseñanza».¹

Moctezuma Barragán señala «La medicina es una ciencia en constante evolución y, sobre todo, porque aun cuando se conozcan las causas de las enfermedades, siempre existirá el factor de reacción individual de cada enfermo, infinitamente variable e imposible de ajustar a las normas homogéneas de atención (...) La permanente actualización

¹ *Revista Conamed*. año 2, núm. 7, abril-junio de 1998.

del médico, la práctica y la habilidad pueden disminuir las posibilidades de error».²

En México, la responsabilidad profesional en un área que se encuentra en desarrollo, la responsabilidad médica se vincula inadecuadamente al relacionarla con sólo unos aspectos del acto médico.

Romeo Casabona hace referencia a diversos autores a fin de delimitar el tratamiento médico-quirúrgico, entre ellos menciona que Carl Stooss define por tratamiento médico «la acción beneficiosa para la salud de la persona, ejercida sobre su cuerpo».³

Dicho autor incluye dentro del concepto de tratamiento la realización de varias actividades posibles. Considera incluida dentro del mismo la curación de una enfermedad, quedando comprendidas como tratamiento curativo, la ayuda al parto y el tratamiento cosmético (la eliminación de las deformaciones del cuerpo humano, particularmente aquellas que afean el aspecto exterior del paciente). Junto al curativo añade el tratamiento preventivo (profiláctico); la exploración que permitirá el conocimiento de la enfermedad, y por tanto su diagnóstico; así como mitigar los sufrimientos del enfermo incurable y retardar los efectos destructores de la enfermedad; incluso en estos casos, es tarea del médico el apoyo moral al enfermo cuando no quepa otra cosa. Delimita el tratamiento negativamente: «una acción no constituye tratamiento cuando no se realizan en interés de la salud y del bienestar corporal y psíquico de la persona sobre la que se actúa»

Por su parte, Romeo Casabona indica: «La actividad del médico es muy variada. No lo es menos ésta tan importante del tratamiento

² Moctezuma Barragán G. «Responsabilidad profesional del médico». *Isonomía. Revista de Teoría y Filosofía de Derecho*. ITAM, abril, 1998.

³ Romero Casabona, Carlos María (1981) *El médico y el derecho penal*, Editorial Bosh, Barcelona.

médico quirúrgico. En primer lugar puede consistir en acciones tendientes a curar, a devolver la salud del paciente, tanto física como psíquica. Puede referirse no solo a una enfermedad, sino también a una deformidad o alteración o mal que no sea propiamente enfermedad, que no sea la situación normal para esa persona. Cuando no es posible la curación total del enfermo, el médico intenta que su estado al menos no empeore, o incluso, si se trata de una enfermedad incurable busca hacerle más llevadero el proceso, procurándole alivios, retardando los efectos y apoyándolo moralmente».⁴

MARCO CONSTITUCIONAL

De conformidad con lo señalado por el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es derecho de los mexicanos recibir servicios médicos en los que participen instituciones públicas, sociales y privadas; así como también de los profesionales de la salud que ejercen libremente su actividad con el objeto común de proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes del país.

LEY ESPECIAL

La Ley General de Salud en su artículo 23 define a los servicios de salud como «todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Asimismo, en su capítulo tercero, «De los Prestadores de Servicios de Salud», atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en:

- Servicios públicos a la población en general;
- Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del

⁴Romero Casabona, *op. cit.*

- poder ejecutivo federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios;
- Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y
 - Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.

ORDENAMIENTOS ESTATALES

El artículo 2° de la iniciativa de decreto mediante la cual se crea el organismo público descentralizado denominado Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco indica que son prestadores de servicios de atención médica «las instituciones de salud de carácter público, privado o social, así como los profesionales, técnicos y auxiliares que ejerzan libremente cualquier actividad relacionada con la práctica médica, de conformidad con lo establecido por la Ley General de Salud y demás disposiciones reglamentaria aplicables a la materia».

La Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente⁵ señala en su parte introductoria: «Aunque el médico siempre debe actuar de acuerdo con su conciencia y en el mejor interés del paciente, se deben hacer los mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente. (...) Los médicos y otras personas u organismos que proporcionan atención médica tienen la responsabilidad conjunta de reconocer y respetar estos derechos. Cuando la legislación, una medida del gobierno, o cualquier otra administración o institución niega estos derechos al paciente, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurarlos o restablecerlos.

⁵ Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial. Lisboa, Portugal, septiembre/octubre 1981, enmendada por la 47ª Asamblea General, Bali, Indonesia, septiembre, 1995.

Principio núm. 1. Derecho a la Atención Médica de Buena Calidad, inciso d): La seguridad de la calidad siempre debe ser parte de la atención médica y los médicos, en especial, deben aceptar la responsabilidad de ser los guardianes de la calidad de los servicios médicos».

Competencia del Estado en materia de salud

MARCO NORMATIVO

Constitucional. El artículo 41 de nuestra Carta Magna establece: «El pueblo ejerce su soberanía por medio de los poderes de la Unión, en los casos de la competencia de éstos, y por los de los estados, en lo que toca a sus regímenes interiores, en los términos respectivamente establecidos por la presente Constitución Federal y las particulares de los estados, las que en ningún caso podrán contravenir las estipulaciones del Pacto Federal».

Ley especial. La Ley General de Salud, en su artículo 9 indica que «Los gobiernos de las entidades federativas coadyuvarán, en el ámbito de sus respectivas competencias y en los términos de los acuerdos de coordinación que celebren con la Secretaría de Salud, a la consolidación y funcionamiento del sistema nacional de salud. Con tal propósito, los gobiernos de las entidades federativas planearán, organizarán y desarrollarán en sus respectivas circunscripciones territoriales, sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el sistema nacional de salud».

Ordenamientos estatales. El artículo 12 de la Ley Estatal de Salud señala: «El sistema estatal de salud estará constituido por las entidades públicas y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud y su competencia se define por esta ley y demás disposiciones legales aplicables».

COMPETENCIA DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD
PARA EL CONOCIMIENTO DE CONFLICTOS POR LA
PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

Ámbito federal. El 26 de agosto de 1998 se suscribió un convenio de colaboración para la atención de quejas médicas, en él participaron la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo (Secodam), la Secretaría de Salud (SSA), la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el cual tiene por objeto establecer las bases y lineamientos para la recepción, registro, control, seguimiento y resolución de las quejas derivadas de la atención médica, presentadas por los usuarios de los servicios de salud que brindan la SSA, el IMSS y el ISSSTE. La idea es conformar una base de datos común y así evitar la duplicidad en la captación, actuación y resolución de las mismas, adoptando un mecanismo que agilice su atención, a la vez que permita la realización de las consultas interinstitucionales que se requieran.

Por las características de todas estas instituciones, que se encuentran reguladas por leyes de carácter federal, en la exposición de motivos del citado convenio se expresa que el fin del compromiso es renovar y revitalizar sus esquemas de trabajo, simplificar los procedimientos y modernizar sus métodos de gestión para estar en aptitud de superar la concentración de decisiones y la dilación en las respuestas para avanzar hacia esquemas más flexibles y transparentes.

La preocupación del Estado por tutelar el derecho a la salud se ve plasmada en acciones productivas y eficientes, ya que iniciados los procedimientos de investigación respecto a las quejas presentadas en las que se atente contra el derecho a la salud, la conclusión por recomendación ha sido aceptada en su generalidad por las instituciones quienes sancionan a los servidores públicos; en su mayoría las quejas

se han resuelto por el procedimiento de conciliación que de manera pronta le da solución a la problemática planteada por los quejosos.

Instituciones de seguridad social. En el caso que nos ocupa, solamente se desarrollará lo referente al Instituto Mexicano del Seguro Social, ya que el ISSSTE es un organismo descentralizado que se ocupa de la seguridad social de los trabajadores del Estado.

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene como misión otorgar a los trabajadores mexicanos y a sus familias la protección suficiente y oportuna ante contingencias tales como enfermedad, invalidez, vejez o muerte, pero sobre todo tiene a su cargo la seguridad social de la población trabajadora.

El rasgo más trascendente de esta ley fue la clara intención de que no se quedara en una mera instancia de justicia laboral, sino que, en la medida de las posibilidades, tendiera a construir «una seguridad social integral». Para la atención de los conflictos relacionados con la prestación de los servicios médicos a los derechohabientes, estableció sus propios recursos legales y los procedimientos respectivos, siendo estos: el de queja, de inconformidad y de revocación.

El procedimiento administrativo de queja, establecido por el artículo 296 de la ley en comento, atiende toda exposición de hechos formulada por los usuarios de los servicios institucionales, que impliquen actos u omisiones del personal del instituto que en el ejercicio de sus funciones originen reclamación o propuesta por posibles violaciones a sus derechos.

El recurso de inconformidad, de acuerdo con el artículo 294, procede contra las resoluciones que dicten los consejos consultivos en el ámbito de su competencia.

Contra las resoluciones del secretario del consejo consultivo delegacional, en materia de desecamiento del recurso de inconformidad y de las pruebas ofrecidas, procede el recurso de revocación.

Ambito estatal (Jalisco). El artículo 18 bis de la Ley Estatal de Salud establece que «para ayudar en el ejercicio de las funciones que le corresponden al titular del ejecutivo se integran al sistema estatal de salud los organismos públicos descentralizados que a continuación se enuncian: Servicios de Salud Jalisco —autoridad coadyuvante de la Secretaría de Salud Jalisco—, Hospital Civil de Guadalajara, Instituto Jalisciense de Cancerología, Consejo Estatal de Trasplantes y la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

En la sección segunda del capítulo XI, «De los Prestadores de Servicios de Salud» de la mencionada ley, específicamente en el artículo 91-A, se establece que «La Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco se integra como un organismo público descentralizado de la administración pública estatal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, dotado de plena autonomía para la efectiva realización de sus facultades de planeación, organización y eficiente funcionamiento y para el correcto ejercicio de su presupuesto en términos de la legislación aplicable».

La Comisión tiene por objeto difundir, asesorar, proteger y defender los derechos de los usuarios y prestadores de servicios de atención médica, promoviendo la equidad en sus funciones de conciliación y arbitraje en los asuntos que se sometan a su conocimiento

Realiza dentro de sus atribuciones, labores de divulgación, orientación, apoyo y asesoría en materia de derechos y obligaciones de los usuarios y prestadores de servicios de salud, así como dar orientación sobre las acciones civiles y penales que les puedan corresponder por responsabilidad profesional, por daño patrimonial o moral o cualesquiera otras que pudieran presentarse.

Asimismo, puede intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos por alguna de las causas que se mencionan: a) probables hechos y omisiones, de usuarios y prestadores, derivados de la prestación del servicio

de atención médica, y b) probables casos de negligencia, imprudencia, impericia o inadvertencia, con consecuencia sobre la salud del usuario. Fungir como árbitro y pronunciar los laudos que correspondan cuando las partes se sometan expresamente al arbitraje. El procedimiento para la resolución de controversias será público, gratuito, inmediato, predominantemente oral y se iniciará a instancia de parte.

Otra de sus facultades es la de celebrar convenios, contratos y acuerdos con los sectores público, privado y social necesarios para su operación.

Mecanismos de colaboración para la atención de quejas

planteadas por derechohabientes con base en la delimitación de competencias

El marco normativo vigente aplicable al Instituto Mexicano del Seguro Social y a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, precisó el establecimiento de mecanismos de colaboración entre ambas instituciones para la atención de quejas planteadas por derechohabientes, con el propósito de hacer complementario el ejercicio de sus atribuciones, sin detrimento de los derechos de los usuarios, ni de la legislación en vigor.

Se establecieron las bases de coordinación para la atención, investigación y resolución de quejas derivadas de la atención médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.⁶ Posteriormente firmaron un convenio de colaboración los organismos y dependencias federales que estaban involucrados en los procesos de atención de quejas respecto de servicios médicos.⁷

⁶Firmado el 25 de febrero de 1998.

⁷Con fecha 26 de agosto de 1998, se celebró un convenio de colaboración para la atención de quejas médicas, al que se hace referencia en el punto «Ambito federal» de la competencia de las instituciones de salud para el conocimiento de conflictos por la prestación de servicios médicos.

Respecto de las comisiones estatales de arbitraje médico, que por su propia naturaleza y atribuciones de carácter local carecen de competencia frente a organismos descentralizados de la administración pública federal, como es el caso del IMSS, ante el cual sí es competente la Conamed, considerando la naturaleza jurídica que le otorga el citado organismo federal, conforme a lo dispuesto por el artículo 5º de la Ley del Seguro Social y los artículos 1º y 3º, fracción 1, y 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 1º y 5º de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, en los términos de lo dispuesto en los artículos 81 y 111 de su propia ley, adicionó las bases de coordinación con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, facultando previo convenio a las comisiones estatales como receptoras de quejas y auxiliares de ésta última.⁸

Se limita a las comisiones estatales de arbitraje médico solamente a establecer contacto directo con el personal del Instituto donde se halle radicada la queja a efecto de mantener informado al quejoso, pero no se le otorga competencia alguna para la atención y resolución de la queja, ni la faculta para requerirlo formalmente.

La inquietud que se genera en la población en general parte de la diversidad de opciones para la atención de la deficiente prestación de servicios médicos, ya sea a través de la vía civil, penal o administrativa, así como a la diversidad de criterios e interpretaciones legislativas tendientes a resolver sobre la responsabilidad de la mala praxis profesional y en especial la que se desarrolla en la actividad médica.

Los procedimientos judiciales en sus diversas formas, características, principios y diferencias producen consecuencias de todo tipo: profesionales, patrimoniales y deterioro de la relación médico pa-

⁸ Firmado el 7 de noviembre de 2000.

ciente con incidencia en la sociedad. Para el paciente o sus familiares resulta difícil saber determinar la producción o no de mala praxis, y en la mayoría de los casos no cuentan con medios económicos y científicos a su alcance como para obtener asesoramiento e información. El Estado invierte esfuerzos humanos y dinero sin poder evitar estas consecuencias. Por la lentitud de los procesos, las empresas de seguro no asumen inmediatamente la reparación del riesgo esperando la finalización del mismo, lo que contribuye también a aquellas malas secuelas.

La atención de las quejas administrativas presentadas ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico respecto a los servicios médicos de las instituciones de seguridad social, de conformidad con los acuerdos celebrados, actuarán como receptoras de quejas y las remitirán al organismo correspondiente.

El Instituto Mexicano del Seguro Social se transforma en juez y parte; las quejas generadas por la deficiencia de sus servicios son atendidas y resueltas por la propia dependencia.

Por otra parte, viola el principio de equidad el hecho de que los médicos de las instituciones de seguridad social no puedan ser requeridos por las comisiones de arbitraje médico. El derechohabiente queda en evidente desventaja cuando su queja es atendida por un representante legal de la institución, que sigue procedimientos internos por separado: uno tendiente a terminar la relación laboral con el médico en caso de acreditar la responsabilidad; el otro, que busca conocer la actuación institucional en la prestación de servicios médicos.

Con base en lo anterior, los mecanismos de colaboración deben ser diseñados de manera que se cumpla con el objeto para el cual las comisiones de arbitraje médico fueron creadas: para dilucidar en forma amigable y de buena fe posibles conflictos entre usuarios y prestadores de servicios médicos, con lo cual se evitarán cargas de trabajo a

los órganos jurisdiccionales competentes en la materia, sin pretender, en ningún momento sustituirlos.⁹

El Instituto Mexicano del Seguro Social puede delegar la atención de quejas administrativas que impliquen actos u omisiones del personal del instituto que en el ejercicio de sus funciones originen reclamación o propuesta por posibles violaciones a sus derechos, para que de esta manera pueda ocuparse de garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

Restringir las atribuciones de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y de las comisiones estatales a simples receptoras de quejas o emisoras de opiniones técnicas implica desperdiciar valiosos recursos que propiciarían una mejor calidad en la atención y solución de controversias por la prestación de servicios médicos.

La aplicación de los procedimientos de conciliación y arbitraje proporciona pronta solución a los problemas planteados por los quejosos.

La Camejal tiene atribuciones de asesora. Su misión implica una toma de postura a favor de la clase trabajadora y sus familiares; misión tutelar que va mucho más allá de la simple asistencia pública y tiende a hacer realidad cotidiana el principio de la solidaridad entre los sectores de la sociedad y del Estado hacia sus miembros más vulnerables.

Marco legal

De conformidad con lo señalado por el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es derecho de los mexica-

⁹ Exposición de motivos de la iniciativa de decreto mediante la cual se crea el organismo público descentralizado denominado Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

nos recibir servicios médicos en los que participen instituciones públicas, sociales y privadas; así como también de los profesionales de la salud que ejercen libremente su actividad con el objeto común de proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes del país. Dicho artículo se reglamenta en la Ley General de Salud, la Ley del Seguro Social y sus respectivos reglamentos, entre otras.

Para el logro de este objetivo fue necesaria la creación de la Comisión de Arbitraje Médico en el Estado, a la cual acuden los usuarios y prestadores de servicios médicos con el fin de dilucidar, en forma amigable y de buena fe, posibles conflictos, con lo cual se pretende evitar las excesivas cargas de trabajo a los órganos jurisdiccionales competentes en la materia, sin pretender sustituirlos.

Es importante conocer que la ciencia de la medicina, el ejercicio profesional de la misma, tiene en nuestros días una trascendencia social innegable, por los inestimables servicios que puede llegar a prestar, al serle encomendada la custodia de nuestra salud y de nuestras vidas.

En su obra *El médico y el derecho penal*, el Dr. Carlos María Romeo Casabona señala: «el médico tiene la excepcional tarea de dar la bienvenida y la despedida a nuestras vidas. Los vertiginosos adelantos conseguidos por esta ciencia en las últimas décadas, suscitan admiración en el hombre de la calle. También resalta en esta actividad profesional la singularidad característica de que precisamente para conseguir tan altos fines médicos ha de incidir necesariamente en la intimidad del individuo, y en otros bienes o valores de éste de extrema importancia».¹⁰

Por esta razón, la atención se centra en la prestación del servicio médico, que puede darse en tres formas: a) como clínico, b) como investigador, c) como funcionario.

¹⁰ Romero Casabona, *op. cit.*

Los aspectos de la profesión médica que son la causa principal de la generación de conflictos por la prestación de servicios médicos son las relativas al tratamiento médico-quirúrgico.

Por otra parte, señala que Crespi entiende por tratamiento en un sentido general «un obrar de fuerzas extrañas sobre un determinado ser dirigido a modificar la situación o el estado de esas cosas existentes, como puede observarse en un determinado momento. Y aplicado al ser humano podremos decir que es una fuerza exógena sobre el cuerpo o la salud física o psíquica del hombre».

Ley General de Salud

Artículo 9o.- Los gobiernos de las entidades federativas coadyuvarán, en el ámbito de sus respectivas competencias y en los términos de los acuerdos de coordinación que celebren con la Secretaría de Salud, a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Con tal propósito, los gobiernos de las entidades federativas planearán, organizarán y desarrollarán en sus respectivas circunscripciones territoriales, sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 23.- Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Artículo 24.- Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:

- I. De atención médica;
- II. De salud pública, y
- III. De asistencia social.

La Secretaría de Salud auxiliará, en las acciones de descentralización a los municipios que aquéllos lleven a cabo.

Ley Estatal de Salud

Artículo 1.- La presente ley establece la competencia que, en materia de salud, corresponde al Estado de Jalisco, en los términos de los artículos 4º y 73, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y de la Ley General de Salud.

I. Las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud proporcionados por el Estado;

II. La competencia concurrente del Estado con la Federación en materia de salubridad general;

III. La forma en que los municipios prestarán servicios de salud; y

IV. Las obligaciones de las dependencias y entidades públicas, privadas y de la población en general para cumplir con los objetivos de la presente ley.

Artículo 12.- El Sistema Estatal de Salud estará constituido por las entidades públicas y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud y su competencia se define por esta ley y demás disposiciones legales aplicables.

Además del conocimiento científico y de la relación médico paciente, la adecuada gestión de los riesgos médico legales, la existencia de mecanismos de solución de controversias, capacitación y formación continua e información actualizada, son los pilares en que descansará el ejercicio de la medicina en el futuro y su relación con el derecho. La ausencia, ignorancia o desprecio de tales medios necesarios e ineludibles en el momento actual, habrán de ser sin duda elementos detonadores de un mayor auge de la responsabilidad médica.

LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA RESOLUCIÓN ALTERNATIVA DE CONTROVERSIAS POR LA PRÁCTICA MÉDICA

María Guadalupe Emilia Martín Anaya*

La misión es garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. En los últimos 56 años el Instituto Mexicano del Seguro Social ha sido pilar para el desarrollo de nuestro estado y ha contribuido a elevar la calidad y la esperanza de vida de los jaliscienses logrando que la expectativa de vida en la población amparada por la seguridad social se incrementara en los últimos cincuenta años de 55 a 70 años para los hombres y de 58 a 72 años para las mujeres, contribuyendo por otro lado con el sistema de salud a erradicar enfermedades prevenibles por vacunación particularmente la poliomielitis. Ha tenido como función sustantiva la formación de recursos humanos para la atención a la salud y la investigación científica que transfiera al proceso de atención a la salud resultados para la mejora continua y la excelencia de nuestros servicios.

La delegación Jalisco tiene la apasionante tarea de atender a 5 de cada 10 Jaliscienses, en base al prepago de las cuotas obrero-patronales y la aportación gubernamental, las cuales se transforman en servicios. Esto nos proporciona cada día la oportunidad del contacto humano con nuestros derechohabientes en nuestras unidades de medicina familiar, los hospitales generales y regionales y los de alta especia-

* *Delegada en Jalisco, del Instituto Mexicano del Seguro Social.*

lidad, contactos humanos que se traducen cotidianamente en 22 000 consultas en medicina familiar, 6 000 en especialidades, 4 000 en servicios de urgencias, con un promedio de 500 intervenciones quirúrgicas, 29 000 estudios de laboratorio y 4 000 estudios de radiodiagnóstico. Además de la prestación médica otorgamos prestaciones sociales brindada en servicios de guarderías, velatorios y centros de seguridad social. En lo que se refiere a la prestación económica, el subsidio por incapacidad temporal para el trabajo, sea por riesgos de trabajo o enfermedad general, implico el pago a 126 822 por riesgos de trabajo, enfermedad general, cesantía en edad avanzada, vejez, viudez y orfandad, prestaciones éstas que dan cumplimiento a nuestra misión.

El otorgamiento de los servicios se hacen realidad con la participación de más de 26 000 trabajadores que en un haz de voluntades, conciencia y corazón día a día se entregan al cumplimiento de la tarea.

Esta tarea de servicio de un humano a otro implica que en el universo de atenciones cotidianas, pueden surgir actitudes y conductas, acciones y omisiones que den lugar a una inconformidad por parte de los derechohabientes o sus familiares.

Nuestro Instituto no puede ser indiferente ante las quejas y peticiones de la sociedad que lo conforma, su fortaleza y solidez dependerá en gran medida de su madurez, de la responsabilidad, profesionalismo y vocación de servicios de los que en él trabajemos y de los propios derechohabientes que mediante el ejercicio de sus derechos coadyuvan de manera contundente al mejoramiento y elevación de la calidad de los servicio institucionales.

Lo anterior da cumplimiento a los planes Nacional y Estatal de Desarrollo y al propio de salud en el estado en los que se destaca el esfuerzo que se realiza para progresar en la salud de los mexicanos, lo que supone, la aplicación de las normas y los procedimientos en las instituciones con un sentido centrado en la tradición social. De igual forma se considera que para hacer realidad estos proyectos se debe de

contar con un sistema que responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas de los mexicanos, que amplíe sus posibilidades de elección, que cuente con instancias eficaces para la presentación de quejas y con mecanismos de participación en la toma de decisiones.

Con base en lo anterior, el acto médico en una sociedad contemporánea está siendo evaluado por diferentes instancias y organismos, como la sociedad médica, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, las comisiones estatales de arbitraje médico, las comisiones Nacional y Estatal de Derechos Humanos, la autoridad judicial, la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo y, en nuestra Institución, la Asamblea General, la Comisión de vigilancia, el H. Consejo Técnico y los H. consejos consultivos regionales y delegacionales dan cumplimiento a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social, en su artículo 296, que a la letra dice: el asegurado, sus, derechohabientes, el pensionado o sus beneficiarios podrán interponer ante el Instituto queja administrativa, la cual tendrá la finalidad de conocer las insatisfacciones de los usuarios por actos u omisiones del personal institucional vinculados con la prestación de los servicios médicos, siempre que los mismos no constituyan un acto definitivo impugnabile a través del recurso de inconformidad, así como los convenios suscritos con Conamed, Derechos Humanos y Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativos.

Los médicos y los profesionales de la salud que laboran en las instituciones públicas de salud son servidores públicos que ejercen nobles profesiones, con una indudable vocación de servicio. Largos años de estudio y práctica los preparan para ayudar al ser humano, aliviándolo del dolor y del sufrimiento que pueden ocasionarle diversas enfermedades. La respuesta a los reclamos en materia de salud por parte de las instituciones públicas se da principalmente a través de personal médico que en cada unidad médico familiar, en cada

hospital y en cada quirófano lucha por la salud y por la vida de los derechohabientes; son ellos la cara amable, reconfortante y humanitaria de las instituciones de salud.

El número de quejas administrativas en el IMSS a nivel nacional y su índice por cada 1 000 000 consultas otorgadas en el periodo 1997-2001 estuvo comprendido entre 9.22 y 7.87, correspondiendo el índice más bajo al año 2001 y el más alto a 1999.

Número de quejas administrativas y su índice por cada
1 000 000 de consultas otorgadas en el IMSS
periodo 1997-2001

Año	1997	1998	1999	2000	2001
Número de quejas*	9 023	8 827	8 923	8 868	8 191
Índice	9.13	9.17	9.22	8.15	7.87

* Se consideran las quejas que de acuerdo con el artículo 296 tienen procedimiento administrativo de queja.

Fuente: Sistema SQS (SIAD).

Los criterios de procedencia fueron: protocolo de estudio incompleto con base en la enfermedad, tratamiento inadecuado, el tratamiento extrainstitucional reportó beneficios para el paciente, entre otros. Dentro de los criterios de improcedencia se identificaron: a) casos en los que el derechohabiente acudió a servicios extrainstitucionales de primera intención, b) abandono de los servicios médicos institucionales cuando se identificó un protocolo de estudio congruente, c) diagnóstico correcto y plan terapéutico adecuado, d) cuando el paciente fue enviado a alguna unidad de apoyo y optó por los servicios privados, e) casos en etapa terminal correctamente diagnosticados y no se justificó prolongar la estancia hospitalaria, f) casos en los que se argumentó negativa de ambulancia o visita a domicilio y el paciente se traslada a servicios privados, g) cuando el tiempo trascu-

rrido entre la última atención institucional y la primera en servicios extrainstitucionales hace suponer que el cuadro clínico se modificó y por lo tanto se facilitaba establecer el diagnóstico, h) solicitar prestaciones a las que el instituto no está obligado de acuerdo con la ley y sus reglamentos e i) todos aquellos casos en los que de acuerdo al conocimiento médico y los procedimientos reconocidos no se identificaron fallas en los servicios institucionales.

En nuestra delegación, el promedio anual de quejas administrativas presentadas por los derechohabientes en el periodo que va de enero de 1998 a mayo del 2002 fue de 530 quejas por año, acumulando un total de 2 208 quejas en el periodo, de las cuales 676 (30.6%) fueron procedentes. El índice por cada millón de consultas otorgadas corresponde al orden de 6.2, índice por debajo del referente nacional.

Comportamiento de las quejas administrativas
en la Delegación Jalisco
enero de 1998 a mayo de 2002

Año	1998	1999	2000	2001	Mayo 2002	Total del periodo
Procedentes	210	178	152	136	36	676
Improcedentes	320	351	324	336	94	1 425
En trámite	0	0	0	6	65	71
Total recibidas	530	529	476	478	195	2 208

Respecto a la unidad donde se generó la queja, el mayor número de ellas se ubican en los hospitales regionales y hospitales generales de zona lo cual está en relación a la producción de un mayor número de servicios tanto en la consulta externa de especialidades como en el número de cirugías.

En las quejas que se presentan para su investigación se manifiesta, entre otros hechos, que los responsables de prestar la atención incurrieron en deficiencias catalogadas desde la expectativa de los derecho-

habientes como mala atención en un 60%. El porcentaje anterior presenta un abanico de enunciados: diagnósticos supuestamente equivocados, alta prematura, descuido en la atención, etc. Al realizar el análisis cualitativo aflora uno de los principales problemas de relación médico-paciente, que incluye un proceso de información inadecuado sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico derivado de la enfermedad.

Se observó en el periodo de análisis que los principales servicios involucrados fueron consulta externa y urgencias, que duplican en número a aquellas que se originaron en los servicios de hospitalización.

Principales servicios involucrados
Delegación Jalisco
enero de 1998 a mayo de 2002

Consulta externa	40%
Urgencias	32%
Hospitalización	17%
Auxiliares de diagnóstico y tratamiento	2%
Otros	9%

Respecto al personal involucrado, el mayor porcentaje correspondió al médico especialista, con un 43%, y al personal de los servicios de urgencias, con un 23%. El médico familiar fue involucrado en el 19% de los casos y 12% a la asistente médica.

Personal involucrado
Delegación Jalisco
enero de 1998 a mayo de 2002

Médico especialista	43%
Urgencias	23%
Medicina familiar	19%
Administrativo	2%
Otros	13%

En lo que se refiere a las especialidades médicas, el mayor porcentaje correspondió a medicina familiar, urgencias, ginecobstetricia, traumatología y cirugía general.

Especialidades involucradas
Delegación Jalisco
enero de 1998 a mayo de 2002

Medicina familiar	19%
Urgencias	17%
Ginecobstetra	13%
Traumatología	8%
Cirugía general	5%
Otros	38%

La finalidad del procedimiento de queja administrativa es la investigación oportuna, objetiva e imparcial que permita conocer las insatisfacciones por actos u omisiones institucionales en la prestación de servicios médicos, identificar las causas que originan las quejas, y adoptar medidas preventivas y correctivas que contribuyan a mejorar la calidad de nuestros servicios.

Una vez integrado el expediente con el escrito de la queja administrativa, con la documentación o pruebas aportadas por el quejoso, informes y documentos institucionales e investigación, la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente y sus áreas regionales y delegacionales procederán según su competencia y se desarrollan los procedimientos que permitan integrar la opinión técnico médica, descartar la responsabilidad laboral o civil como datos que conducen a elaborar investigación, para la elaboración del dictamen y proyecto de acuerdo, que es calificado por un cuerpo colegiado conformado por la Comisión Bipartita de resolución de las Quejas del H. Consejo Consultivo Delegacional y la posterior notificación al derechohabiente y la cumplimentación en un plazo no mayor de 50 días hábiles.

Una variable que deseo resaltar es la participación en el proceso de investigación de médicos investigadores externos, cuyos principales atributos son: conocimiento técnico-médico, experiencia e imparcialidad, los cuales perciben un salario simbólico: dos salarios mínimos del Distrito Federal.

Indudablemente que la evaluación de la atención médica es un procedimiento complejo que tiene como base tres elementos: el paciente, el actuar médico y las circunstancias que condicionaron la presentación de la queja y que implica analizar múltiples factores.

Nuestra perspectiva es que la investigación de la queja continúe manejándose con el método científico:

1. Identificación del problema: representado por la queja.
2. Planteamiento de hipótesis: factores asociados a la queja.
3. Observación: variables involucradas presentadas en los elementos documentales.
4. Comprobación (procedencia) o rechazo (improcedencia) de la hipótesis.
5. Conclusión y recomendaciones.

Las características que esperamos en el dictamen de investigación de las quejas son las siguientes:

Objetividad: basada en la comprobación documental y en la medición precisa de las variables que intervienen

Imparcialidad: enfocado al problema, que dé respuesta a las dudas, que la conclusión sea clara y esté fundamentada de acuerdo con el avance del conocimiento médico y la legislación vigente

Estamos transitando hacia modelos más eficientes de atención a la salud con una profunda reestructuración de la organización institucional ante los siguientes retos:

1. El reconocimiento social a la salud como un importante bien del ser humano, que en nuestro país ha sido elevado a garantía constitucional.

2. La ciencia y la tecnología médica, en su vertiginosa carrera, nos han permitido avances inimaginables hace apenas unos años, generando mayores expectativas en los pacientes y mayor vigor en la aplicación de criterios técnicos y éticos de evaluación de la calidad.

3. La preocupación por los altos costos de la medicina que afectan el financiamiento de las organizaciones de salud y también los de las propias familias de los pacientes, que traen consigo la necesidad de hacer uso racional y óptimo de los recursos disponibles.

4. La sociedad es más crítica y participativa en la atención a la salud y exige, de acuerdo con sus expectativas, servicios de calidad y buen trato.

Los retos anteriores nos plantean otra dimensión de las inconformidades, por lo que la institución ha estructurado tres proyectos estratégicos: 1. mejora del proceso de atención en medicina familiar, 2. reorganización para la prestación de servicios por áreas médicas de gestión desconcentrada que permitan la solución de problemas en el sitio donde se generan y 3. las unidades médicas de alta especialidad dotadas con tecnología de punta. Con un cambio en el paradigma de la atención médica de un enfoque eminentemente curativo al enfoque preventivo.

Nuestra participación en el programa Oportunidades nos permitirá contribuir a disminuir las inequidades y desigualdades en salud.

Para operar los proyectos anteriores tres son los pilares en la prestación de servicio: la prestación médica, la prestación social y la recaudación financiera.

Con lo anterior nos preparamos para enfrentar con mayores posibilidades éxito otros tipos de quejas derivadas de las expectativas de los usuarios, derivado particularmente del uso de nuevas tecnologías para la atención a la salud.

Estamos buscando nuevas formas de financiamiento ante los costos cada vez más altos para la atención médica.

El eje de nuestro accionar no intenta minimizar las inconformidades o quejas de nuestros derechohabientes sino utilizarlas como una herramienta más para la mejora continua, por tal razón nos encontramos inmersos en el trabajo de procesos de calidad, con una fuerte participación en la Cruzada Estatal de la Calidad por los Servicios de Salud. Aceptamos que toda queja representa un costo no solamente material sino preponderantemente social; la asumimos siempre como una oportunidad; pugnamos por generar una nueva cultura en la población y en los prestadores de servicio con alto sentido humanitario y solidario.

Los beneficios esperados del procedimiento de atención a las quejas son los siguientes: atención de insatisfacciones de los usuarios, respuesta rápida e integral, identificación de la responsabilidad objetiva institucional, que nos permita detectar la causalidad de las quejas y que éstas aporten elementos para la toma de decisiones orientadas a la mejora continua de los servicios y consecuentemente de la imagen institucional.

En la delegación Jalisco visualizamos la queja como una oportunidad de mejora, como un regalo que el derechohabiente nos proporciona y nos permite mejorar la calidad en la atención.

COMENTARIOS

Alfonso Petersen Farah*

Tenemos la plena convicción de que el panel « Resolución alternativa de controversias» realizado por de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, destacó por la calidad personal y profesional de los distinguidos ponentes participantes, quienes en un contexto multidisciplinario lograron realizar un exhaustivo análisis del problema otorgándole al evento un interés y una calidad que confirmó las expectativas.

Se reconoce que el vertiginoso avance de la ciencia médica, aunado al incremento de la demanda en la prestación de los servicios, genera frecuentemente controversias no deseables entre las partes que deben ser resueltas en un marco de equidad jurídica que privilegie los conceptos éticos como preceptos indeclinables y en donde la Lic. Martín Amaya destaca como misión la garantía del derecho a la salud y a la asistencia médica, reconociendo que la tarea de servicio de un humano a otro humano implica que, en el complejo universo de cotidianas atenciones, pueden surgir actitudes, acciones u omisiones que generen una inconformidad pese a la indudable vocación de servicio que caracteriza al ejercicio médico.

Destaca que el índice nacional de quejas administrativas en el

* *Secretario de Salud Jalisco, y consejero de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.*

IMSS ha oscilado entre 7.87 y 9.22 por millón de consultas otorgadas. Por ello señala la oportunidad de la investigación de la queja de manera objetiva e imparcial que permita identificar las causas que la originan y estar en posibilidad de adoptar oportunas medidas correctivas y preventivas, todo en el marco de equidad jurídica que propugna el maestro Peña Razo como obligado proyecto de relación entre seres humanos poseedores de derechos protegidos por un esquema normativo constitucional, plasmado en las leyes relativas que nos rigen.

El Lic. Peña Razo destaca los mecanismos de colaboración implementados entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Comisión de Arbitraje Médico a favor de una conveniente equidad social, advirtiendo que, sólo con un adecuado conocimiento científico y una eficaz relación medico paciente sometidos a mecanismos legales de solución de controversias, debe descansar el ejercicio de la medicina del futuro, acciones todas enmarcadas en fundamentales principios bioéticos, como acertadamente acota el Dr. Cano Valle, de respeto a la vida humana y acatamiento a la autodeterminación de la persona, y para estos fines propone como modelos de conducta paradigmas universales como la autonomía, que implica conceptos de información, confidencialidad y privacidad, buscando el beneficio del paciente con atención al principio médico de «no hacer daño», y comprometidos con la justicia universalmente venerada por los hombres.

Reconoce el Dr. Cano Valle que aquella «ciega confianza» de que gozó el médico y que le exoneraba de legitimar sus decisiones ya no es vigente ante nuevas reglas de coexistencia humana que han modificado el curso de la historia médica en donde, acorde con las teorías éticas sobre justicia distributiva, sólo es justo lo que produce equidad y eficiencia.

Enmarcadas en sendas ponencias, que destacan por la calidad de su juicio, se han obtenido concurrentes conclusiones en donde la adecuada e informada relación medico paciente permitirá que la queja

reciba una respuesta rápida e integral y proporcione a las instituciones de salud la oportunidad de mejora que permitan, dentro de un esquema de conducta apegado a la ética y a la justicia, el disfrute a plenitud del innato derecho del mexicano a una cabal salud.

EL ARBITRAJE MÉDICO
EN LOS ESTADOS

COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE SINALOA

Héctor Zazueta Duarte*

Antecedente histórico

En 1975, como un método alternativo de la resolución de los conflictos, el Congreso de la Unión expidió leyes que dieron origen a la Procuraduría Federal del Consumidor (Profeco), que tiene como función la protección del consumidor, con procedimientos de orientación, asesoría, conciliación y arbitraje. El mismo Congreso de la Unión, posteriormente, creó la Conducef, cuya función es promover, asesorar, proteger y defender los derechos e intereses de personas que contratan servicios financieros.

La experiencia de la Profeco fue llevada al ámbito médico y por decreto del ejecutivo federal el 3 de junio de 1996 se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), con el propósito de mejorar la calidad de los servicios médicos, atendiendo a las legítimas demandas de los usuarios para que los servicios operaran con mayor calidad y eficiencia.¹

El 8 de noviembre de 2000 en el periódico oficial del gobierno del estado de Sinaloa, el gobernador constitucional del estado, el C. Juan S. Millán Lizárraga, con las facultades que le confiere la Consti-

* *Comisionado Estatal de Arbitraje Médico de Sinaloa.*

¹ Dra. Eréndira Salgado Ledesma. «La Defensa del Arbitro Institucional», *Revista Conamed*, abril-junio, 2002, p. 512.

tución Política local, la Ley Orgánica de la Administración Pública y la Ley de Salud del Estado de Sinaloa, y

CONSIDERANDO

Que un importante número de sinaloenses está dilucidando sus quejas presentadas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, con residencia en la ciudad de México, con los gastos, molestias y retrasos que estos conlleva.

Que los sinaloenses reciben servicios médicos en los que participan instituciones públicas y privadas, así como profesionales de la salud que ejercen libremente su actividad, con el objeto común de proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes del estado.

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

Que el Plan Estatal de Desarrollo 1999-2004 contempla la participación de gobierno, sector privado y grupos sociales para aprovechar al máximo la capacidad instalada y mejorar su eficiencia operativa. Igualmente, se ha fijado como meta el lograr la cobertura total en los servicios de salud, así como mantener y elevar la calidad de dichos servicios para beneficios de todos los sinaloenses.

Que para el logro de este objetivo, resulta pertinente crear un órgano especializado en esta materia, sectorizado a la Secretaría de Salud, para contribuir a la resolución de los conflictos que pudieran suscitarse entre los usuarios de los servicios médicos y sus prestadores.

Que esta Comisión representa una instancia especializada, previa a la cual pueden acudir los usuarios y prestadores de servicios médicos, para dilucidar, en forma amigable, imparcial y de buena fe, posibles conflictos derivados de la prestación de dichos servicios, con lo cual se contribuirá a evitar grandes cargas de trabajo para los órganos encargados de procurar e impartir justicia, ello, desde luego, sin sustituirlos.

Que la creación de este órgano administrativo con autonomía técnica y administrativa para recibir quejas, investigar las presuntas irregularidades en la prestación o negativa de prestación de servicios médicos y emitir sus opiniones, acuerdos dictámenes y laudos, responde a los legítimos reclamos de los actores de la relación que genera la prestación de servicios médicos.

Que en mérito de las anteriores consideraciones, he tenido a bien expedir el siguiente.

DECRETO

QUE CREA LA COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE SINALOA

Capítulo I

ARTÍCULO 1°. Se crea la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa, como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con plena autonomía técnica y administrativa para emitir sus opiniones, acuerdos, dictámenes y laudos.²

La estructura actual, de acuerdo con el decreto de creación de la Comisión consta de un Consejo, un presidente (médico), un secretario (abogado), la Dirección de Unidad de Orientación, Asesoría y Gestión, la Dirección de la Unidad de Conciliación y Arbitraje, la Jefatura de Contabilidad y Administración, una secretaria recepcionista, una secretaria capturista y un mensajero.

El Consejo está integrado por seis consejeros propietarios y el presidente de la Comisión, quien lo preside. Por cada consejero propietario hay un consejero suplente, quienes cubrirán las ausencias de los propietarios y actuarán con todas las facultades inherentes al cargo, además, de acuerdo con el reglamento interior, podrán acudir a todas las reuniones con derecho a voz, pero sin derecho a voto.

Los consejeros fueron designados por el titular del ejecutivo es-

² *Ley de Salud del Estado de Sinaloa*, p. 2.

tatal, quién nombró también a sus suplentes. En la designación se tomó en consideración a distinguidas personalidades de la sociedad civil de reconocida trayectoria profesional. Participan como consejeros propietarios a invitación del gobernador del estado, el presidente del Colegio de Médicos del Estado y un presidente de los colegios de abogados de la entidad.

El presidente y el secretario fueron nombrados por el gobernador constitucional del estado y sólo él podrá removerlos.

OBJETO Y ATRIBUCIONES

De acuerdo con el decreto de creación la Comisión tiene por objeto contribuir a la solución de los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios.

La Comisión Estatal de Arbitraje Médico tiene las siguientes atribuciones:

- 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 en contra de los prestadores de servicios médicos, por la posible irregularidad en la prestación o negativa a otorgarlos, por parte de los prestadores;
- 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 aquellas otras que sean necesarias para dilucidar tales quejas, así como practicar las diligencias que correspondan;
- IV. Intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos por alguna de las causas que se mencionan:
 - a) Probables actos u omisiones derivadas de la prestación del servicio médico;
 - b) Probables casos de negligencia con consecuencia en la salud del usuario;y,

- c) Aquellas que sean acordadas por el Consejo;
- V. Fungir como árbitro y pronunciar el laudo que corresponda cuando el usuario y el prestador de servicio médico, acepten expresamente someterse al arbitraje;
- VI. Solicitar a los prestadores de servicios médicos, los datos y documentos que sean necesarios para mejor proveer los asuntos que le sean planteados y hacer del conocimiento del superior inmediato u órgano de control competente, la negativa expresa o tácita del servidor público de proporcionar la información que tenga en su poder y le hubiere solicitado la Comisión, en ejercicio de sus atribuciones;
- VII. 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;
- VIII. Solicitar los datos y documentos que sean necesarios para mejor proveer los asuntos que le sean planteados, y que estén en poder de las personas físicas o morales prestadoras de servicios médicos, haciendo del conocimiento de las autoridades sanitarias, 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. Asimismo, informar a las autoridades competentes 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, o en su caso, emitir la opinión que le sea requerida por estas autoridades;
- X. Convenir con instituciones, organismos y organizaciones públicas y privadas, acciones de coordinación y concertación que le permitan cumplir con sus funciones;
- XI. Otorgar a los usuarios asesoría respecto de los trámites a realizar con motivo de su queja;

XII. Orientar a los usuarios sobre las instancias competentes para resolver los conflictos derivados de servicios médicos prestados por quienes carecen de título o cédula profesional; y,

XIII. Las demás que le confieran las leyes o disposiciones aplicables.

Para poder cumplir con las atribuciones de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Sinaloa, que son muy similares a las de la Conamed y otras comisiones estatales, es necesario convencer a los responsables de los servicios de salud, que tienen como finalidad proteger, promover y restaurar la salud.

Son los médicos y las instituciones de salud, los encargados de mejorar la práctica de la medicina y es a ellos a quienes debe de concientizar para que las comisiones de arbitraje médico puedan cumplir con el objetivo para la cual fueron creadas, ya que los servicios médicos de calidad y calidez mejoran la relación médico-paciente y esto se reflejará en la disminución de las inconformidades; además, simultáneamente deben de utilizarse los medios de difusión para informar a los usuarios de la existencia de la Comisión y los objetivos de la misma.

Los médicos, las instituciones y los pacientes, deben de entender que ambas partes son beneficiadas, ya que es muy diferente que los médicos y los representantes institucionales sean citados a un lugar donde los problemas médicos son tratados por médicos, con amplia experiencia hospitalaria y por abogados conocedores de la relación jurídica que el acto médico tiene con los códigos civiles y penales de la federación o de los estados; además, no es lo mismo estar en un lugar cálido como son las oficinas de la Comisión a estar en un ministerio público o en un juzgado donde no hay médicos especializados, están rodeados de judiciales con metralleta y de presuntos delincuentes por robo, asalto u homicidio y la presencia de los medios de comunicación, que siempre consideran al médico culpable de negligencia

y no presunto negligente, como consideran a los verdaderos delinquentes. Por otra parte, los pacientes obtienen de las comisiones de arbitraje médico imparcialidad, confidencialidad, trato equitativo y de buena fe; el servicio es gratuito y de resolución rápida, si se compara con lo tardado de una resolución en los medios de procuración e impartición de justicia, que están sobrecargados de trabajo.

Por estas razones, en nuestra Comisión, después de la preparación necesaria que obtuvimos en la Conamed y de instalar las oficinas con los procedimientos conocidos de orientación, gestión y asesoría, conciliación y arbitraje, iniciamos relaciones con los diferentes colegios y sociedades médicas lo mismo que con instituciones como el IMSS, el ISSSTE y los Servicios de Salud del Estado, ofreciéndoles reunirnos con ellos si así lo consideraran conveniente, para informarles sobre la estructura y funciones de la Comisión, así como de las principales quejas de que son demandados, como los que marca el Código Penal Federal en su artículo IX,³ el Código Penal Estatal, artículo 279⁴ y el Código Civil del Estado de Sinaloa, artículo 2497,⁵ negligencia, impericia y dolo.

En estas reuniones se han expuesto dudas e inconformidades que se han podido solucionar y tenemos la impresión que, en su mayoría, los médicos están convencidos de mejorar la práctica de la medicina, encontrando objeciones principalmente en los médicos el Seguro Social, por el exceso de trabajo en los últimos años y una plantilla de personal insuficiente que les impide la elaboración del expediente clínico completo y una atención más personalizada.

En cuanto a instituciones como el IMSS, el ISSSTE y las dependientes de los servicios de salud del estado, la respuesta favorable fue

³ *Código Penal Federal*, p. 12.

⁴ *Código Penal del Estado de Sinaloa*, p. 87 y 88.

⁵ *Código Civil del Estado de Sinaloa*, p. 449.

rápida, resolviendo mediante el procedimiento de gestión inmediata y asesorías por inconformidades planteadas, convencidos de que los problemas pueden resolverse sin que pasen a la prensa o a los órganos jurisdiccionales. Se han establecido con ellos en base a los convenios de la Conamed con el Instituto Mexicano del Seguro Social y el ISSSTE, para que se nombrara un representante médico con autoridad suficiente y así resolver los conflictos que se presenten en todo el estado.

En todas las reuniones que hemos tenido con los diferentes colegios, sociedades médicas y hospitales se ha insistido particularmente sobre la importancia de la relación médico-paciente, el expediente clínico, el consentimiento informado, la ética médica y los derechos de los pacientes.

En lo que se refiere a la relación médico-paciente, se ha enfatizado, que los pacientes deben de considerarse primero como personas y no tan sólo como enfermos, que independientemente de los síntomas y signos, estudios de laboratorio o radiografías, deben de interesarse en los problemas sociales, económicos, familiares, religiosos, mitos, ideas políticas y angustias que tienen y que la relación de uno a uno o tú a tú, ha caracterizado tradicionalmente la relación médico-paciente en la práctica de la medicina.⁶

El Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg comenta al respecto:

La relación médico-paciente ha sido el sustento de la profesión desde sus inicios y, aunque en su esencia no ha cambiado, las condiciones de la práctica clínica contemporánea han impuesto modificaciones al modelo original. La tradición hipocrática, sustentada en el paternalismo, muestra a un médico benevolente,

⁶ Harrison's 15 Edition. «Principles of Internal Medicine», vol. 1, *The Patient – physician Relationship*, p. 1.

omnisapiente pero autoritario, y a un paciente sumiso, obediente e ignorante. El primero decide y ordena y el segundo simplemente se subordina. Los cambios que han ocurrido en la sociedad de fines del siglo XX han propiciado que este modelo ya no sea siempre el más adecuado. Los pacientes han adquirido conciencia de sus derechos, de tal modo que participan en las decisiones que les conciernen, solicitan otras opiniones y hasta se niegan a seguir prescripciones si no les parecen convenientes. Los avances en la comunicación han permitido que los profanos tengan a su alcance información que en otras épocas les estaba vedada, ya fuese por razones de accesibilidad o de códigos lingüísticos, de tal modo que hoy en día los propios pacientes solicitan o exigen al médico que utilice en ellos las alternativas más novedosas; muchos se enteran de las novedades al mismo tiempo que sus médicos o incluso antes.⁷

El expediente clínico es un derecho de los pacientes y para el médico un conjunto de documentos que mejoran su calidad profesional, tiene importancia estadística, de enseñanza, para la investigación clínica, de uso médico que mejora la atención del paciente y en los últimos años tiene una gran importancia jurídica para la defensa en los casos de demanda.

Existe la norma oficial mexicana del expediente clínico, la número 168,⁸ que es de observancia en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores públicos, social y privado, incluidos los consultorios. Nuestra Comisión mandó imprimir 4 000 trípticos de esta norma y se están distribuyendo entre los colegios, sociedades médicas y hospitales del estado.

⁷ Alberto Lifshitz (2000) *Relación médico-paciente, Avance tecnológico y responsabilidad del médico*, Ed. JGM México, D.F., pp. 24 y 25

⁸ Norma Oficial Mexicana, «Expediente Clínico». NOM168 – SSA1- 1998. *Diario Oficial* 1999.

El consentimiento informado que también es un derecho para los pacientes, está estipulado como obligatorio y sujeto a sanciones, en el artículo 280 fracción III del Código Penal del Estado de Sinaloa, así como la Ley General de Salud, artículo 100, fracción IV, artículos 324, 325, 327 y 345.⁹ Es un documento que debe ser firmado por el paciente y sus familiares cercanos si se va practicar un tratamiento médico o quirúrgico de riesgo, cuando menos 24 horas antes, y en él se debe informar al paciente a sus familiares y al representante legal, en forma detallada, sin coerción, con palabras entendibles, por escrito y sin tachaduras las complicaciones, las secuelas o los riesgos inherentes a dichos procedimientos.¹⁰

Recibir una atención con bases científicas y éticas actualizadas es un derecho de los pacientes y la ética que es la ciencia de la moral, está íntimamente ligada a una buena práctica médica.

Los comentarios del Dr. Horacio Jinich sirven de ejemplo de lo anteriormente anotado:

El nuevo ímpetu de la ética médica surge poco después del final de la Segunda Guerra Mundial, cuando la profesión médica descubre, horrorizada, crímenes cometidos por los nazis en inocentes seres humanos y el papel que en esos crímenes desempeñaron muchos médicos alemanes. A partir de entonces, la Asociación Médica Mundial empieza a proclamar una serie de declaraciones y reglas éticas aplicadas a la práctica de la medicina y a la investigación científica, y surge la ética médica como toda una especialidad, verdadero puente entre la medicina y la filosofía, y de ella emana una serie de principios que reafirman la importancia suprema de la persona. Destaca, entre ellos, el principio de autonomía, del cual se derivan, como corolarios, la necesidad de acabar con esa actitud paternalista, que dominara la

⁹ *Ley General de Salud*, , Ed. Porrúa, pp. 19, 65 y 66.

¹⁰ Irvin. F. Dobler López. *La responsabilidad del médico en el ejercicio médico*, 2da. Ed. Manual Médico, pp. 48 y 49.

relación médico-paciente durante gran parte de su existencia; sustituyéndola por la acentuación del paciente como una persona cuya dignidad se respeta, cuyas preguntas y dudas se contestan con la verdad y cuyo consentimiento para la práctica de cualquier acción con fines diagnósticos o terapéuticos es acatado.¹¹

El concepto de bioética fue acuñado en 1970 por el Dr. Van Rensselaer Potter, refiriéndola como ciencia de la supervivencia. En 1971 fue creado lo que actualmente es el Instituto Kennedy de Ética; la Organización Panamericana de Salud asume como suya la siguiente definición: «Es el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y de la salud, en la medida que esta conducta se examine a la luz de los valores y principios morales»¹² Algunas escuelas o facultades de medicina en México imparten la materia de bioética, como son la Universidad Autónoma de Querétaro, la Universidad Autónoma de Puebla, el IPN Aguascalientes, Universidad del Ejército y la Fuerza Aérea y la Universidad de Tabasco. Y en gran número de hospitales ya existen las comisiones de ética.¹³ Nuestra Comisión ha enviado al director del hospital de la Escuela de Medicina y a uno de los maestros más importantes una copia de las diversas conferencias sobre bioética que se dieron en Villahermosa, Tabasco el 14 y 15 de septiembre de 2001, con el fin de que la incluya dentro de su programa de estudios para el año entrante.

¹¹ Horacio Jinich. «Relación médico-paciente». *Gaceta Médica de México* 1998. 134 (3) pp. 319-323.

¹² Dra. Celia Bardín y Dra. Martha Francapani. *Bioética*, marzo 1994, Ed. UN de Cuyo Córdoba, Argentina, pp. 2-4.

¹³ Jorge Macedo del Castillo Trejo. En qué influye la enseñanza de la bioética en las escuelas y facultades de medicina en la práctica médica. Coloquio Nacional sobre Resolución Alternativa de Conflictos Médicos, Villahermosa, Tab. sept. 14 y 15 de 2001.

Resultados

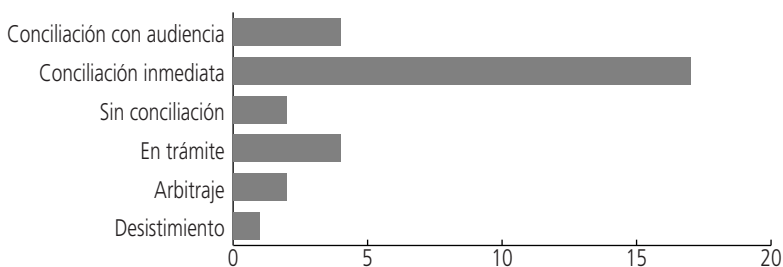
De agosto de 2001 a mayo de 2002 se dieron un total de 93 atenciones, entre orientación, asesorías, quejas, conciliación inmediata, audiencia de conciliación, arbitraje y opiniones o dictámenes periciales.

Orientaciones. Fueron casos de usuarios que se presentaron a CAMES, con problemas que no correspondían a las funciones de la Comisión, como aquellas que corresponden a otras instituciones gubernamentales y en el tiempo que tenemos en actividad se recibieron 15, que fueron dadas por la Dirección de Orientación, Asesoría y Gestión con intervención de un médico y un abogado.

Asesorías. De acuerdo con el concepto que hemos manejado como asesoría, desde el inicio de nuestras atenciones en las oficinas de CAMES, se han recibido 37 y de ellas, 22 corresponden al Instituto Mexicano del Seguro Social y son verdaderas quejas, pero por tratarse de una institución federal seguimos el procedimiento establecido por el Seguro Social y mediante una asesoría manejamos una queja porque no podemos pasarla a conciliación por tratarse de una dependencia federal. Así, mediante asesoría pasa a Contraloría Interna de la Delegación del Instituto, posteriormente a la Dirección de Atención y Orientación al Derechohabiente, para después pasar a los consejos consultivos regionales y delegacionales. Después, regresa de nuevo a la atención y orientación al derechohabiente y de aquí a la resolución. Quedando por último el recurso de inconformidad, si la queja es declarada improcedente o la resolución no satisface al usuario. De estas 22 hasta ahora hemos recibido información de que en tres se le han cubierto a los pacientes sus pretensiones; dos han sido declarado improcedentes, y una incompetente y la pasaron a Contraloría de la ciudad de México. Estos tres casos, a solicitud del usuario, fueron enviadas a la Conamed para su trámite final y desconocemos los resultados. Del resto de estas asesorías (quejas) enviadas al IMSS no conocemos la resolución.

Gestiones inmediatas. Cinco inconformidades que recibimos fueron resueltas por este procedimiento; estaban relacionadas con citas para cirugía, pase a especialista, traslados e inconformidades con los tratamientos médicos recibidos. Las gestiones se hicieron por teléfono o por oficio con las autoridades correspondientes y en un plazo de 24 horas estaban resueltas.

Gráfica 1
Evolución de quejas



Quejas. Se recibieron 30 quejas en la Dirección de Orientación, Asesoría y Gestión, se abrió un expediente y se pasaron a la Dirección de Conciliación. 17 fueron resueltas por una conciliación inmediata, algunas privadas y otras con instituciones públicas de salud y de común acuerdo los médicos, autoridades o pacientes con su representante legal y sin necesidad de cita para audiencia acordaron conciliar.

Conciliación mediante audiencia. Se realizaron 13 intentos de conciliación por este medio; cuatro están conciliadas y resueltas de acuerdo con los seguimientos que se les ha dado; cuatro están en trámite; dos que no conciliaron aceptaron el arbitraje de CAMES; dos quedaron con derechos a salvo, y hubo un desistimiento.

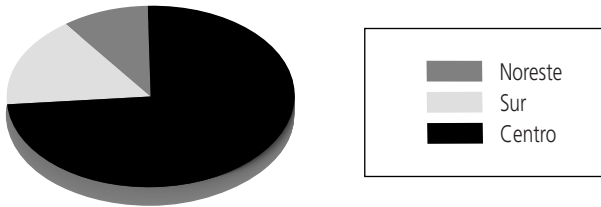
Dictámenes. Se han presentado tres solicitudes de opinión o dictamen de la PGR, por quejas originadas en el Hospital Central del Se-

guro Social de Culiacán y ya fueron concluidos. Una más del Hospital Militar de Mazatlán está en trámite.

Arbitraje. Tenemos dos casos en trámite en colaboración con la Conamed.

Opinión técnica. Se dieron seis opiniones técnicas en relación con las quejas que se presentaron: cuatro del Seguro Social, una de un hospital dependiente de la Secretaría de Salud del Estado y una de una institución privada.

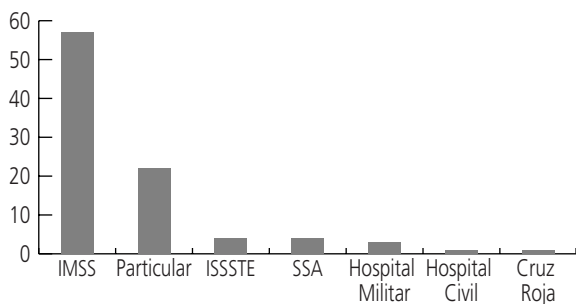
Gráfica 2
Distribución de casos por zonas



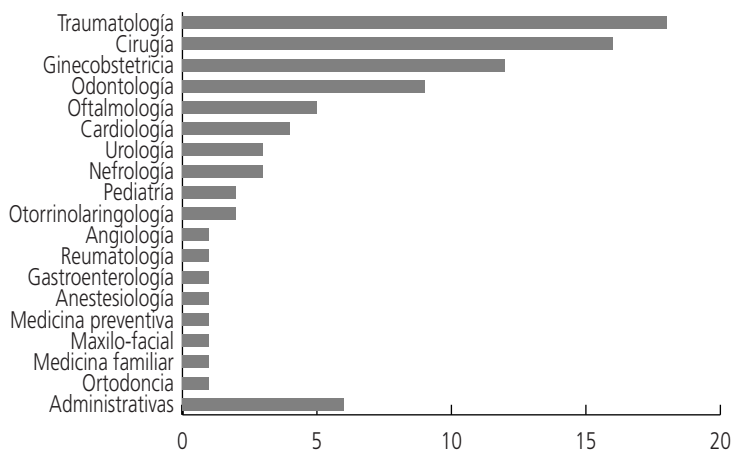
Distribución estatal. De las inconformidades recibidas, 67 correspondieron a Culiacán, dos a Navolato, trece a Mazatlán, una a Elota, una a Escuinapa, una a Guamúchil, tres a Guasave, una a El Fuerte, una a Sinaloa de Leyva y tres a Ahome. Si hacemos la distribución por zonas, se notará que del centro y sur del estado son 84 y del norte sólo 9. A pesar de que la difusión fue igual y las inconformidades del sur fueron en su mayoría complicadas y de las del norte sólo una está pendiente de resolución.

Instituciones. 57 correspondieron al IMSS, cuatro al ISSSTE, 22 a particulares, tres al Hospital Militar de Mazatlán, cuatro a la SSA, una al Hospital Civil de Culiacán, una a la Cruz Roja y una a ISAPAC. En total son 93.

Gráfica 3
Distribución de casos por instituciones

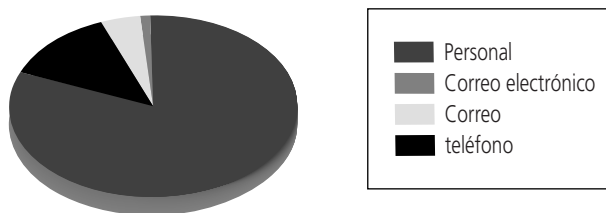


Gráfica 4
Especialidades



Actividades desarrolladas por el IMSS en 2001. Población adscrita: 1 104 571; consultas: 4 374 252; intervenciones quirúrgicas: 49 103; de-funciones: 1 913; partos: 24 946; partos distócitos: 9 721; cesáreas: 9 627; radiodiagnóstico: 345,319, con promedio mensual de 26,533; laborato-rio: 4 130 464.

Gráfica 5
Forma de recepción



Especialidades. Traumatología 18, cirugía 16, ginecobstetricia doce, odontología nueve, oftalmología cinco, cardiología cuatro, urología tres, nefrología tres, pediatría dos, otorrinolaringología dos, angiología una, reumatología una, gastroenterología una, anestesiología una, medicina preventiva una, maxilo-facial una, medicina familiar una, ortodoncia una y administrativas seis.

Sexo. Masculino 46, Femenino 46 (y una institución).

Edades. El mayor número de casos se presentó en las edades de 21 a 30 años, con 23; de 31 a 40 años, 21, y de 41 a 50, 16. El resto está repartido desde recién nacido hasta 83 años.

Conferencias. A colegios médicos o sociedades médicas quince, a hospitales cuatro y a grupos no médicos tres.

Difusión. Prensa catorce, radio siete y televisión dos.

Entrevistas con autoridades de instituciones. SSA 16, IMSS cuatro, ISSSTE tres, ISAPAC dos, CDDH dos, SNTSS dos, PROFECO una, UAS una, PGR una INEA una.

Forma de recepción de inconformidades. Personal 76, teléfono doce, correo cuatro, correo electrónico una.

COMISION ESTATAL
DE ARBITRAJE MÉDICO DE PUEBLA
Estructura, funciones y resultados, 2001

Manuel E. Tovia Arrijoa*

La protección de la salud, como un derecho natural del ser humano, se encuentra prevista como una garantía social en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y reglamentada por la Ley General de Salud, que establece en su artículo 51 que: “los usuarios de los servicios médicos tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como un trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud”.

El gobierno del estado de Puebla, en ejercicio de los derechos insustituibles del hombre, estableció en su programa de trabajo 1999-2005 que esta protección de salud deberá hacerse extensiva a la sociedad en general, sin distingo de edad, cultura o clases sociales, requiriéndose la aplicación de medidas de coordinación entre los objetivos gubernamentales en este rubro y los usuarios de los servicios médicos, con la finalidad de que se vigile la debida prestación en la atención médica a los pacientes y se coadyuve a mejorar su calidad, aun en su aspecto humano, lo que constituye el eje principal de la atención médica.

En tal virtud, mediante decreto del ejecutivo del estado de Puebla del 27 de diciembre de 1999 se creó la Comisión Estatal de Arbi-

* *Comisionado Estatal de Arbitraje Médico de Puebla.*

traje Médico (Cesamed) como un órgano desconcentrado de los servicios de salud de esta entidad federativa, con plena autonomía para emitir opiniones, acuerdos y laudos, respecto a las quejas que formulen los particulares. Tiene como objetivo contribuir a la solución de los conflictos que se susciten entre el binomio médico-paciente con motivo de la prestación de un servicio médico.

El marco legal que reglamenta las acciones de la Cesamed Puebla está contenido en su reglamento interno y su manual de procedimientos, publicados en el periódico oficial del estado los días 8 y 15 de septiembre del 2000, respectivamente.

Estructura

De acuerdo con su decreto de creación y la adición del mismo de fecha 26 de mayo del 2000; para el cumplimiento de sus funciones, la comisión contará con los órganos de gobierno y administración siguientes:

- I. Un Consejo;
- II. Un comisionado;
- III. Dos subcomisionados;
- IV. Ocho consejeros. El Consejo se integrará por ocho consejeros y por el comisionado quien lo presidirá.

Para el adecuado trámite y resolución de los asuntos que sean de su competencia, el comisionado contará por lo menos con las siguientes unidades administrativas:

- I. Unidad de Coordinación y Relaciones Públicas;
- II. Unidad de Recursos Humanos y Materiales; y
- III. Secretaría Técnica.

Para el adecuado despacho de los asuntos de su competencia, el subcomisionado médico contará por lo menos con las siguientes unidades administrativas:

- I. Unidad de Asesoría Médica; y
- II. Unidad de Asesoría y Quejas.

Para el mejor despacho de los asuntos que sean de su competencia, el subcomisionado jurídico contará por lo menos con las siguientes unidades administrativas:

- I. Unidad de Conciliación; y
- II. Unidad de Arbitraje

Funciones

De acuerdo con el artículo 4° de su decreto de creación la Comisión tendrá las siguientes funciones:

- I. Brindar asesoría e información a los prestadores de servicios médicos y a sus usuarios, sobre sus respectivos derechos y obligaciones.
- II. Recibir, atender e investigar las quejas que presenten los usuarios de servicios médicos, por la posible irregularidad en la prestación o negativa de prestación de servicios médicos a que se refiere el artículo 12 de la Ley Estatal de Salud.
- III. Recibir la información y las pruebas que en relación con las quejas planteadas aporten los prestadores de servicios médicos y los usuarios de éstos, y en su caso, requerir las que sean necesarias para dilucidar tales quejas, así como practicar las diligencias correspondientes.
- IV. Intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos, por alguna de las causas que a continuación se mencionan:
 - a) Probables actos u omisiones derivadas de la prestación del servicio;
 - b) Probables casos de negligencia con consecuencias sobre la salud del usuario, y
 - c) Aquéllas 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 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. Elaborar y avalar los dictámenes o peritajes médicos que le sean solicitados por las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia.
- VIII. Convenir con instituciones, organismos y organizaciones públicas y privadas, acciones de coordinación y concertación que permitan cumplir con sus funciones.

Resultados

A continuación se comentan los resultados obtenidos en la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Puebla, en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2001.

Puesto que la Comisión de Arbitraje Médico atiende asuntos que se generan por el otorgamiento de la atención médica que se presta a los ciudadanos, nuestras acciones están siempre orientadas con respeto a los integrantes de la sociedad, enfermos y profesionales de la salud, un respeto profundo hacia ambos y atentos continuamente a salvaguardar sus derechos en este compromiso de solucionar la problemática que se presente cuando por los servicios médicos recibidos exista una inconformidad por parte del paciente.

Por ello, la difusión acerca de la existencia y disponibilidad de este nuevo recurso que se ofrece a la ciudadanía poblana se orientó hacia ambos componentes, enfermos y profesionales de la salud y tanto al área jurídica como médica. Destacan entre los eventos celebrados, la presentación de la estructura, funcionamiento, atribuciones y objetivos de Cesamed Puebla ante la Procuraduría General de Justicia, el Tribunal Superior de Justicia, y que después de llevarlo a cabo en forma particular ante los correspondientes titulares, se difundió a nivel directivo y operativo regional y local. Similarmente se efectuaron sesio-

nes de presentación ante la Secretaría de Salud, la Procuraduría del Ciudadano, el DIF, el Instituto Poblano de la Mujer, la Comisión Estatal de Derechos Humanos, IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSSTEP y Cruz Roja.

Para solucionar problemas de atención médica que ameritan el concurso de especialistas de las ciencias de la salud para fundamentar la emisión de opiniones técnico médicas, dictámenes, peritajes y laudos que genera la propia Comisión, la participación de personal profesional médico legalmente capacitado para ejercer la especialidad y con reconocimiento oficial es considerado elemento decisivo para asegurar la aplicación de criterios aceptados generalmente y no la de un profesional de la salud en forma aislada, personal o unilateral. Si simultáneamente se promueve la presentación de los casos problema meritorios de una decisión técnico científica en forma multidisciplinaria, participativa y discursiva, contando con las áreas médica y jurídica en estas discusiones, se asegura razonablemente la transparencia, honestidad y apego al marco jurídico y a los conocimientos médicos científicos válidos y contemporáneos al evento sucedido.

Esta es nuestra forma de actuar y para ello contamos actualmente con el respaldo científico que significa la existencia de convenios de colaboración entre la Cesamed y 43 colegios, sociedades y asociaciones médicas de la entidad y cuyos integrantes han externado su deseo de participar con apego a la justicia y al conocimiento médico en la definición de las inconformidades.

También fueron suscritos convenios de colaboración académica y en materia de capacitación con las siguientes instituciones:

- I. Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.
- II. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- III. Procuraduría General de Justicia del Estado.
- IV. Comisión de Derechos Humanos (en la recepción de inconformidades en términos del programa itinerante).

En lo concerniente a actividades académicas, la Comisión, en

colaboración con la Procuraduría General de Justicia del Estado, la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y el IMSS, llevo a cabo los siguientes cursos:

- ❖ Inducción a la metodología forense.
- ❖ Alternativas de solución de conflictos por atención médica.
- ❖ Análisis de situaciones críticas médico-legales.
 - a) Contratos de servicios del profesional de la salud.
 - b) Medicina alternativa.
 - c) Consentimiento informado.
 - d) Bioética.

Dentro del programa de difusión a nivel estatal se llevaron a cabo diez visitas a distintos municipios: Huauchinango, Chignanhua-pan, Zacapoaxtla, San Salvador el Seco, Tehuacán, Izúcar de Matamoros, Chiautla de Tapia, Teziutlán, Atlixco y Tepeaca.

Durante estas reuniones de presentación, además de la ciudadanía convocada para ello, asistieron representantes de las siguientes instituciones o personas: presidentes municipales, diputados locales, agentes del ministerio público, defensores sociales, Instituto Poblano de la Mujer, además de los correspondientes a la Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE e ISSSTEP.

En el análisis casuístico durante el lapso que va de enero a diciembre de 2001, en la atención de los 158 casos recibidos prevaleció el sexo femenino sobre el masculino como demandante en las inconformidades, sin tener significancia estadística el grupo de edad con mayor prevalencia se situó entre los 40 y los 50 años.

El motivo generador de queja se clasificó en la siguiente manera:

- ❖ 84 correspondieron a problema quirúrgico
- ❖ 45 a tratamiento médico
- ❖ 22 a problemas médico-administrativos
- ❖ 2 relacionados con problema de análisis de laboratorio

❖ 5 en la designación de peritos médicos especialista a petición de autoridades ministeriales y judiciales.

En relación con las especialidades médicas correspondientes al servicio prestado, como causa generadora se señala:

- ❖ 26 traumatología y ortopedia
- ❖ 22 médico-administrativas
- ❖ 14 obstetricia
- ❖ 13 cirugía general
- ❖ 9 medicina general
- ❖ 9 ginecología
- ❖ 8 pediatría
- ❖ 4 medicina Interna
- ❖ Otras

❖ 5 en la designación de peritos médicos especialista a petición de autoridades ministeriales y judiciales.

En relación con la procedencia de las inconformidades de las diversas instituciones que integran el sector salud, se identificaron:

- ❖ 64 IMSS
- ❖ 44 sector privado
- ❖ 15 ISSSTE
- ❖ 11 SSA
- ❖ 8 otros
- ❖ 7 ISSSTEP
- ❖ 3 PEMEX
- ❖ 3 Cruz Roja

En relación a la conclusión de las inconformidades presentadas ante esta Comisión:

- ❖ 44 por gestión inmediata
- ❖ 35 asesoría médica administrativa directa
- ❖ 25 por orientación
- ❖ 9 por falta de interés jurídico

- ❖ 10 mediante la emisión de dictamen médico
- ❖ 10 por queja conciliada
- ❖ 2 turnadas a Conamed
- ❖ 1 por desistimiento
- ❖ 17 remisión de inconformidades a la autoridad ministerial e instituciones médicas federales

En relación a la designación de peritos médicos especialistas a petición de autoridades ministeriales y judiciales:

- ❖ 2 de anatomía patológica
- ❖ 1 de radiología y odontología
- ❖ 1 con tres especialistas: endocrinología, otorrinolaringología y oftalmología.
- ❖ 1 de pediatría.

En relación a los casos catalogados como de posible responsabilidad médica hay que tener presentes las siguientes definiciones:

Impericia: falta de conocimiento o aptitudes en el ejercicio de una ciencia, arte o profesión imputable al personal de la salud (área médica).

Negligencia: abandono, descuido. Inobservancia a un deber de cuidado en la atención médica atribuible al equipo médico.

De los casos documentados compatibles con impericia médica correspondieron:

- ❖ 13 en adultos
- ❖ 1 en menores
- ❖ 14 Total

De estos casos corresponde a:

- ❖ 6 medicina privada
- ❖ 4 al IMSS
- ❖ 2 al ISSSTE
- ❖ 1 al ISSSTEP
- ❖ 1 a otros

❖ 14 Total casos

De acuerdo con la especialidad:

❖ 4 a ortopedia y traumatología

❖ 4 a cirugía general

❖ 3 a ginecología y obstetricia

❖ 1 a cirugía plástica

❖ 1 a estomatología

❖ 1 a ontología

❖ 14 Total de casos

Se consideraron en principio casos compatibles con negligencia:

❖ 5 con antecedentes previos en el ministerio público

❖ 4 se dio aviso al ministerio público por considerarse acorde a

la ley

❖ 1 Recibido de la agencia del ministerio público

❖ 10 total de casos.

De acuerdo al servicio médico correspondiente:

❖ 4 al IMSS

❖ 3 a medicina privada

❖ 2 al ISSSTE

❖ 1 a SSA

❖ 10 total de casos

De acuerdo a la especialidad que la genera:

❖ 4 pediatría

❖ 2 cirugía general

❖ 1 ginecobstetricia

❖ 1 medicina interna

❖ 1 traumatología y ortopedia

❖ 1 dermatología

❖ 10 total de casos

De acuerdo a la causa que la genero:

- ❖ 7 retraso en la atención medica
- ❖ 3 atención médica inadecuada.
- ❖ 10 total de casos

Considerados en su conjunto, se identifican los siguientes factores en la generación de las inconformidades presentadas ante esta Comisión Estatal de Arbitraje Médico: a) comunicación insuficiente e inadecuada entre los componentes del binomio médico-paciente en prácticamente todos los casos, b) falta de aclaración de los riesgos propios de la enfermedad que sufre el paciente, tanto en su diagnóstico integral como su manejo médico, quirúrgico, mixto o complementario. c) ausencia de comprensión del problema que sufre el paciente, d) expectativas demasiado elevadas de rehabilitación o curación no aclaradas por el profesional de la salud, e) presentación de incidentes o complicaciones previsibles o frecuentemente inherentes al manejo diagnóstico o terapéutico en los pacientes, f) resultados insatisfactorios del tratamiento para el paciente, g) falta de apego a las normas emitidas en la Ley General de Salud respecto a los registros del expediente clínico y de programas específicos.

Finalmente, agradecemos al comisionado de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco la invitación para exponer ante ustedes la estructura, funciones y resultados obtenidos durante el año próximo pasado por la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Puebla. Muchas gracias.

COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE MICHOACÁN

Jorge Mancebo del Castillo Trejo*

La Comisión Estatal de Arbitraje Médico es una instancia alternativa de solución de conflictos, que se ubica conceptual y jurídicamente en la resolución alternativa de controversias por métodos no judiciales a través de la mediación y de la conciliación.

Nos encontramos con una nueva cultura en la prestación de servicios médicos, en la que los pacientes y familiares cada vez acuden más a presentar sus quejas o demandas por insatisfacción en la atención a la salud, en la cual se involucran instituciones públicas, privadas o sociales del sector salud, fortaleciéndose con ello la actividad que se tiene en la Comisión Estatal de Arbitraje Médico como un organismo alternativo de solución; instancia especializada que no sólo procura la conciliación entre los involucrados, sino que funge como arbitro cuando la voluntad de las partes así se exprese, emitiendo sus laudos con objetividad y conforme a los principios de la ética profesional.

La Comisión Estatal de Arbitraje médico en Michoacán es una instancia que no determina responsabilidades judiciales ni reemplazan las acciones judiciales o administrativas que procedan. Su objetivo principal es promover que en la vía de la conciliación se resuelvan las controversias sobre la prestación de servicios médicos, con ello con-

* *Comisionado Estatal de Arbitraje Médico de Michoacán.*

tribuimos a tutelar el derechos a la protección de la salud para todos los ciudadanos, fomentando el mejoramiento de la calidad de dichos servicios de acuerdo con los principios rectores y los atributos que marca el decreto de creación, que son la imparcialidad, el profesionalismo, la equidad, la ética y la flexibilidad en el pragmatismo en sus resoluciones, por lo tanto es una instancia no jurisdiccional. Es un servicio accesible, imparcial y gratuito, esto permite evitar considerables cargas de trabajo a los órganos jurisdiccionales.

La Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Michoacán está contemplada como un organismo auxiliar desconcentrado de los Servicios de Salud del Estado de Michoacán, con plena autonomía técnica y administrativa para emitir sus opiniones, acuerdos, dictámenes y laudos; en su decreto de creación no se incluye la realización de peritajes para los órganos de procuración de justicia.

El artículo segundo del decreto de creación establece que la Comisión tiene por objeto contribuir, en el ámbito de la conciliación y el arbitraje, a la solución de los conflictos entre usuarios y prestadores de los servicios médicos, sin menoscabo de las resoluciones que dicten las autoridades judiciales, en su caso, en este tipo de conflictos.

Las atribuciones que se encuentran contempladas en el artículo cuarto del decreto de creación son las siguientes:

1. Recibir, investigar y atender las quejas que presenten los usuarios por supuestas irregularidades en la prestación de un servicio de atención médica o por la negativa de otorgarlos.

2. Recibir la información y las pruebas que aporten los usuarios y los prestadores de los servicios médicos con relación a las quejas planteadas y requerir las que sean necesarias para dilucidarlas y practicar las diligencias que correspondan.

3. Intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de los servicios médicos, por algunos de los supuestos siguientes:

a) Probables actos u omisiones derivadas de la prestación del servicio médico,

b) Probables casos de negligencia con consecuencia en la salud del usuario; y

c) Aquellos que sean acordados por el Consejo.

4. Solicitar a los prestadores de servicios médicos los datos y documentos que sean necesarios para mejor proveer los asuntos que le sean planteados, así como informar a las autoridades cuando se detecte que los hechos pudieran constituir un delito.

5. Fungir como árbitro y pronunciar el laudo cuando se acepta por la partes someterse al arbitraje.

6. Informar a los prestadores del servicio médico sobre las irregularidades que se adviertan en sus actividades, haciéndolas del conocimiento de la autoridad competente, cuando lleguen a ser constitutivas de responsabilidad administrativa o penal.

7. Intervenir de oficio en cualquier otra cuestión que se considere de interés general en la esfera de su competencia.

8. Proporcionar asesoría medico legal e información a los usuario y prestadores de servicios médicos, sobre sus derechos y obligaciones en la materia.

9. Otorgar a los usuarios asesoría respecto a los trámites a realizar con motivo de su queja, como son los casos de la falta de pago de una pensión, falta de medicamentos entre otros.

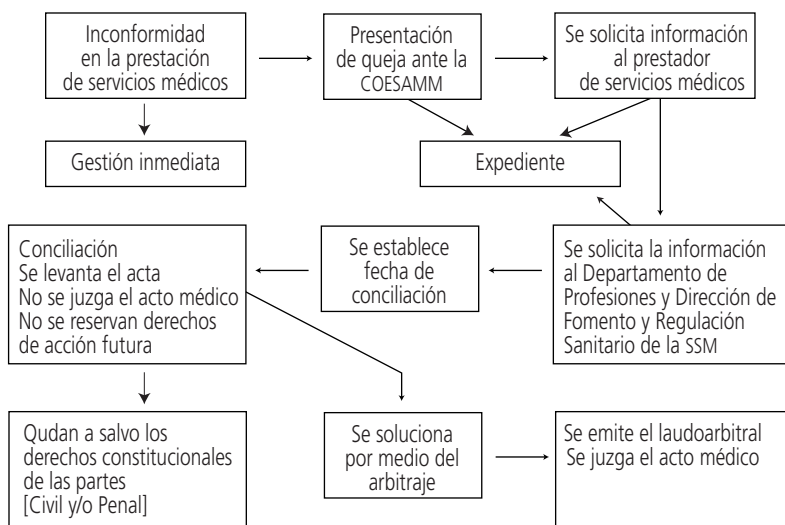
10. Convenir con institutos, asociaciones y organizaciones públicas o privadas en acciones que permitan y faciliten el cumplimiento de los objetivos y atribuciones.

En la Constitución Política del estado de Michoacán en el artículo 94, se consigna el derecho a que toda persona esté en libertad de determinar sus diferencias con otra, ya sea por convenio o por medio de árbitro o arbitradores; la comisión se apega a este artículo fortaleciendo la buena fe de la institución en su actividad diaria.

Cuando se presenta una inconformidad en la prestación de servicios médicos intervienen el usuario de servicios médicos y los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, o bien instituciones públicas, privadas o sociales, se procura que en esta vía alterna de solución se resuelva la inconformidad.



El ciudadano tiene muchas alternativas para presentar su inconformidad en instancias jurisdiccionales administrativas y órganos de control interno de las instituciones: la instancia civil, que puede ser federal o estatal; la penal, la administrativa, como la Secodam federal o estatal; la Conducef, la Profeco y las instancias de atención y orientación al derechohabiente o las contralorías internas del IMSS, ISSSTE o Pemex. Todas éstas vías son un derecho de los mexicanos; aunque tener una instancia alternativa en el estado de Michoacán para la solución de conflictos es una oportunidad para los prestadores de servicios, los usuarios y sus familiares, porque en ésta no se requiere más que la voluntad para convenir en la solución de su conflicto.



El procedimiento que se lleva a cabo cuando llega una inconformidad por la prestación de servicios de atención médica en el siguiente: se escucha el planteamiento, se asesora y se orienta para que se solucione el conflicto, habitualmente se tiene comunicación directa con el o los involucrados haciendo una gestión inmediata, por lo tanto aquí se soluciona el problema presentado, no se integra en un expediente.

En caso de que el problema no sea solucionado por una gestión inmediata se le pide al paciente o familiares que presenten por escrito de manera formal su queja, exponiendo una relatoría de los hechos, el motivo de la queja, sus pretensiones, informar si el prestador de servicios conoce la inconformidad, si el paciente le ha propuesto alguna solución para evitar el conflicto, si no ha presentado su inconformidad en otra instancia para resolverla y, sobre todo, si no existe mala fe en la presentación y lo que se asienta es la verdad. Debe dar información proporcionando nombre completo y domicilio del per-

sonal de salud que intervino en el caso, además de su nombre completo, domicilio y firma del afectado o de quien presenta la queja, anotando si es familiar y dan constancia de la relación que tiene con el paciente, además, debe anexar copias fotostáticas de identificación oficial vigente del afectado y de quien presenta la queja, así como acreditar si está afiliado a una institución del sistema nacional de salud, más copias de recetas médicas, estudios de laboratorio, recibos de honorarios o cualquier otro documento con el cual se ha establecido la relación médico-paciente.

Después de esto se le solicita información al prestador de servicios médicos: fotocopia del título, de la cédula profesional, del certificado de especialidad de la cédula de especialidad o autorización para ejercer la profesión, una narrativa de los hechos, fotocopia del expediente clínico y, en caso que el servidor de salud lo considere conveniente, bibliografía científica relacionada con el hecho médico.

De manera oficial y gracias a los convenios de colaboración con otras instancias se envía oficio al departamento de profesiones para verificar si el profesionista involucrado está autorizado para ejercer la profesión o especialidad, además del oficio que se envía a la Dirección de Fomento y Regulación Sanitaria de salud del Estado de Michoacán para verificar si ha cumplido con la normatividad aplicable en materia de prestación de servicios en la atención médica. Con todos estos elementos se integra el expediente. Los funcionarios de la Comisión proponen a ambas partes una fecha para la conciliación, si se llega a la solución del conflicto se levanta el acta de conciliación, se da fe del hecho, se hacen las recomendaciones pertinentes y se da por concluida la controversia presentada, quedando el acuerdo de que ninguna de las partes se reserva el derecho para presentarla a otra instancia jurisdiccional o no.

El arbitraje se lleva a cabo cuando la conciliación no fue el método para solucionar el conflicto. Se propone a las partes dirimir el

problema a través del proceso arbitral, tomado en consideración lo siguiente:

1. Si el profesionista procedió correctamente dentro de los principios científicos y técnicos aplicables al caso y aceptados generalmente en la profesión.
2. Si él mismo dispuso de los instrumentos materiales y recursos de otro orden que debieron emplearse, atendidas las circunstancias del caso y el medio en que se prestó el servicio,
3. Si en el curso del trabajo se tomaron todas las medidas indicadas para obtener éxito.
4. Si se dedicó el tiempo necesario para desempeñar correctamente el servicio convenido.
5. Cualquier otra circunstancia que en el caso especial pudiera haber influido en la deficiencia o fracaso prestado.
6. Si se aplicaron las normas oficiales mexicanas en materia de salud.

Se levanta un acta de compromiso arbitral con la aceptación de ambas partes para sujetarse a los resultados del laudo arbitral. Se nombran tres expertos de la misma especialidad de la que se trate la controversia con la finalidad de que la opinión técnica sea colegiada y especializada; los expertos son miembros activos del colegio de Médico de Michoacán A.C. o bien solicitamos la participación de expertos en la materia de otros estados de la república.

Se señala fecha y hora para dar a conocer el resultado del laudo; se levanta un acta de conclusión donde se da a conocer su contenido entregándose un tanto del laudo arbitral. En el acta se establecen los puntos de acuerdo y la obligatoriedad de ser cumplimentados. El incumplimiento del laudo arbitral será llevado a la instancia jurisdiccional competente para su cumplimiento.

Cuando no se llega al acuerdo de la partes para someterse al arbitraje se levanta un acta en la que se dejan a salvo los derecho cons-

titucionales para hacerlos valer en la instancia que cada uno de ellos considere conveniente. Dando por concluida la controversia en la atención a la salud.

Los resultados en el proceso de atención de la queja son los siguientes: convenios de conciliación 99.9%, solo en un caso que se había convenido para el arbitraje, el médico se desistió a someterse a dicho procedimiento, dejando a salvo los derechos constitucionales de las partes.

COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE MORELOS

Juan Galván Sánchez*

A fin de alcanzar una operatividad adecuada a las finalidades y al ejercicio de la función administrativa es necesario establecer y ordenar en forma coordinada a los entes que conforman la administración pública.

Las formas de organización administrativa están determinadas por la liga jerárquica que con mayor o menor intensidad vincula a los entes del poder ejecutivo con el propio titular de dicho poder; ya sea que ese titular se llame presidente o gobernador. Las formas de organización son la manera como estará integrada la administración pública; como se ordenarán los órganos del poder público encargados de la actividad o función administrativa.

En el derecho mexicano se establecen las siguientes formas de organización de la administración pública:

Centralizada, desconcentrada y paraestatal, y ésta a su vez se divide en organismos descentralizados, como son las empresas de participación estatal tanto mayoritaria como minoritaria, y los fideicomisos públicos.

Así tenemos que en la centralización, los órganos dependen inmediata y directamente del titular del poder ejecutivo.

En la desconcentración, los entes guardan relación jerárquica con algún órgano centralizado, pero existe cierta libertad en lo que

* *Comisionado Estatal de Arbitraje Médico de Morelos.*

respecta a su actuación técnica; como es el caso en la actualidad de la Conamed, y de otras comisiones estatales de arbitraje médico.

La administración paraestatal está estructurada mediante entes que ostentan una personalidad jurídica propia, distinta de la del Estado y cuya liga con el jefe del poder ejecutivo es de carácter indirecto. Como se indicó con anterioridad, existen diferentes clases de órganos paraestatales.

En este sentido es que consideramos que la forma de organización con que deben de contar las comisiones de arbitraje médico es precisamente como un organismo paraestatal, en particular como un organismo descentralizado, ya que con esta forma se imprime dinamismo a ciertas acciones gubernamentales, mediante el ahorro de los pasos que implica el ejercicio del poder jerárquico propio de los entes centralizados.

Los organismos descentralizados pueden ser creados por ley del Congreso o por decreto del Ejecutivo; sin embargo, consideramos, de acuerdo con nuestras experiencias, la necesidad de ser creados por ley del Congreso, lo cual aclararemos más adelante.

Así tenemos que las características de los organismos descentralizados son:

1. Ser creados por ley del Congreso o por decreto del Ejecutivo;
2. El orden jurídico les reconoce una personalidad jurídica propia, distinta de la del Estado;
3. Cuentan con patrimonio propio;
4. Gozan de autonomía jerárquica con respecto del órgano central;
5. Realizan función administrativa, y
6. Puede existir un control o una tutela por parte del Estado.

En cuanto al régimen jurídico propio, podemos decir que los organismos descentralizados están regulados de manera específica por la ley o decreto que los creó. En ese instrumento jurídico se expresa

que son personas morales, y se especifican su patrimonio, sus órganos de gobierno, su objeto y, en ocasiones, las formas en que el Estado supervisará su funcionamiento y, además, la autorización para que expidan su reglamentación interna cuando sea el caso.

A diferencia de los organismos desconcentrados, el Estado reconoce u otorga a los organismos descentralizados personalidad jurídica propia, mediante la cual se es sujeto de derechos y obligaciones; y esto permite realizar los actos necesarios para lograr su objetivo y finalidad.

En cuanto a la denominación de los órganos descentralizados, tenemos que ésta sirve básicamente para identificarlo y distinguirlo de sus similares. Tal denominación, en el caso de los descentralizados, está fijada en la ley o en el decreto que los ha creado y generalmente corresponde o alude a su objeto o finalidad.

El domicilio de los descentralizados no reviste particular importancia, ya que será el que señale su reglamentación, y pueden contar con sucursales e instalaciones foráneas.

El órgano supremo de un ente descentralizado recibe distintos nombres, de acuerdo con su particular instrumento de creación; así, puede llamarse junta de gobierno, consejo directivo o de administración, junta directiva, comité ejecutivo, etc. Se trata, en todo caso, de un órgano colegiado, integrado por representantes de entes centralizados y paraestatales y, de manera excepcional, de representantes de instituciones universitarias y de particulares.

Las tareas de ejecución y representación de los organismos descentralizados estarán a cargo de un funcionario designado por el órgano de gobierno, o por el titular del ejecutivo, según lo indique cada ley, dicho funcionario es denominado director general y, de manera aislada, procurador, presidente o rector. Este directivo estará auxiliado por los funcionarios y personal previstos en el presupuesto y en la respectiva reglamentación jurídica; él mismo tendrá la posibilidad de nombrar apoderados para determinadas actividades de tipo legal.

La estructura interna de los organismos descentralizados está precisada en su ley o decreto de creación; en algunos casos se prevé en su reglamentación interna.

Es importante que recordemos que, en principio, la relación jerárquica tan propia de los entes centralizados está ausente en los organismos descentralizados. Lo anterior no quiere decir que no existan superiores y subordinados, sino que la nota determinante en ellos es el dinamismo de sus procedimientos.

Por otra parte, que los organismos descentralizados tengan patrimonio propio es una consecuencia de poseer personalidad jurídica. Contar con un patrimonio les implica adquirir, administrar y disponer de sus bienes y derechos. Es también la normatividad jurídica la que les confiere y regula su patrimonio. Los bienes de los organismos descentralizados son bienes públicos; por lo que en nuestro sistema de derecho, los órganos centralizados ejercen una marcada intervención en el control del patrimonio de los entes descentralizados.

El objeto de los organismos descentralizados consiste en efectuar determinadas tareas que le asigna el orden jurídico, las cuales están relacionadas con cometidos estatales de naturaleza administrativa, es decir, auxiliar en la función administrativa.

Podemos decir que la finalidad de los organismos descentralizados radica en satisfacer el interés de la colectividad mediante la realización de la función administrativa y, por su conducto, cumplir ciertas atribuciones gubernamentales que en determinados renglones, requiere celeridad.

Una vez analizadas las características de los organismos descentralizados podemos observar ventajas sobre los organismos desconcentrados, y justificar el hecho de recomendar que las comisiones estatales de arbitraje médico que falten por crearse, así como las ya existentes que no estén creadas como organismos descentralizados, ajusten su forma de organización.

Sin embargo, como se menciono al inicio de este tema, los organismos descentralizados pueden ser creados por ley del Congreso o por decreto del Ejecutivo; de ser esto último pueden presentarse algunos inconvenientes, ya que queda limitada su actuación, así como su dinamismo, ya que tienen que ajustarse a otras leyes de aplicación común, desvirtuándose así la finalidad para la cual fueron creados.

Para entender esto de manera clara, ejemplificamos con el caso de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Morelos, la cual ha sido creada por decreto del Ejecutivo, lo que implica que se tiene que ajustar a la Ley de los Organismos Auxiliares de la Administración Pública del Estado de Morelos, lo que ha traído varias consecuencias, de las cuales podemos mencionar los siguientes:

1. Que al titular de ésta se le denomina únicamente director general, sin poder recibir la denominación de comisionado;
2. Que su estructura orgánica debe limitarse a las disposiciones establecidas en dicha ley, y
3. No puede contar con un Consejo Consultivo, ya que la ley en mención no lo prevé.

Por el contrario, si la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Morelos hubiese sido creada por ley del Congreso, y atendiendo a sus objetivos y a la naturaleza de sus funciones, pudiera establecerse en el instrumento legal que le da vida el hecho de quedar excluida de la observancia de la Ley de los Organismos Auxiliares de la Administración Pública del Estado de Morelos, y ajustaría sus actividades a su ley de creación, como ocurre en la actualidad con la Universidad del Estado, las instituciones docentes a las que se les otorga autonomía y la Comisión Estatal de Derechos Humanos.

COMENTARIOS

Alfredo Ramos Ramos*

El decreto presidencial de 1996 para la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), incluye en sus atribuciones la de “asesorar a los gobiernos de las entidades federativas para la constitución de instituciones análogas a la Comisión Nacional”, situación que ha propiciado que actualmente se cuenten 17 estados con sus respectivos decretos de creación de comisiones estatales.

Es importante señalar que la autonomía de los estados ha determinado que cada uno de dichos decretos responda a perspectivas particulares, aunque se mantiene en lo general el modelo de la Conamed como el antecedente y fundamento natural en todos los casos.

A el panel «El arbitraje médico en los estados» fueron invitados los comisionados de Morelos, Sinaloa, Puebla y Michoacán con el objetivo de identificar las semejanzas y diferencias en la estructura, funciones y resultados, para con ello integrar propuestas que nos permitan enriquecer el desarrollo del arbitraje médico como recurso para mejorar la calidad de la atención a la salud.

De la estructura

El arbitraje médico en México tiene como origen el decreto de la Conamed, de tal forma que la creación de las comisiones estatales

* *Comisionado de arbitraje médico en el estado de Jalisco.*

tienen este antecedente como punto de partida, reproduciendo de manera general la estructura propia del carácter desconcentrado de la Comisión Nacional, aunque en lo particular se manifiestan algunas diferencias de acuerdo con las ponencias de este panel foro.

El Dr. Juan Galván Sánchez, director general de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Morelos, en su exposición planteó que la figura de organismo público descentralizado, creado mediante decreto del Poder Legislativo, es el estatus ideal para las comisiones de arbitraje médico, diferenciando este perfil de los organismos desconcentrados a quienes se les concede “plena autonomía técnica para emitir opiniones, acuerdos, dictámenes y laudos”, pero en donde no tiene capacidad jurídica para decidir sobre su estructura y funciones, y en los que principalmente se identifica como limitante la ausencia de un patrimonio propio.

El Dr. Juan Galván especifica que el mayor de los inconvenientes lo encuentra en los organismos del tipo de la Comisión Estatal de Arbitraje de Morelos, creada como organismo descentralizado por decreto del Ejecutivo del estado y sujeto por tanto a la Ley de Organismos Auxiliares de la Administración Pública del Estado, situación que genera limitantes de diferente índole, como es el impedimento para la integración de un consejo o junta de gobierno que le brinde un soporte adecuado a las necesidades de planeación colegiada y perdiendo la riqueza de la participación social que esto implica.

De acuerdo con lo manifestado por los respectivos comisionados de los estados de Puebla, Sinaloa y Michoacán, las comisiones de arbitraje médico fueron creadas con la figura jurídica de organismos desconcentrados de la correspondiente Secretaría de Salud Estatal (con la denominación que en cada estado recibe).

Esta perspectiva se complementa con el carácter de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, donde por decreto del Poder Ejecutivo nace como organismo público descentralizado y que

por la experiencia personal nos permite redundar en la propuesta que hace el Dr. Juan Galván Sánchez, a fin de que aquellas entidades federativas donde actualmente se estén preparando iniciativas de ley para la creación de la comisión estatal de arbitraje médico, se concrete con esta figura jurídica que le otorgue la autonomía absoluta como consecuencia lógica del patrimonio propio, además de la autonomía técnica y administrativa de los organismos desconcentrados.

De las funciones

Como se ha comentado anteriormente, la Conamed es el antecedente y base de todas las comisiones estatales de arbitraje médico, situación que se percibe en las presentaciones de los comisionados invitados a este panel foro, ya que Sonora, Puebla y Michoacán coinciden en sus atribuciones prácticamente en los mismos términos señalados para Jalisco:

- Brindar asesoría e información a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones (Sonora, Puebla, Michoacán y Jalisco).
- Recibir, investigar y atender las quejas que presentan los usuarios en contra de los prestadores de servicios médicos por la posible irregularidad en la prestación o negativa a otorgarlos, por parte de los prestadores (Sonora, Puebla, Michoacán y Jalisco).
- Recibir toda la información y pruebas que aporten los prestadores de servicios médicos y los usuarios en relación con las quejas planteadas y, en su caso, requerir aquellas otras que sean necesarias para dilucidar tales quejas, así como practicar las diligencias que correspondan (Sonora, Puebla, Michoacán y Jalisco).
- Intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos por alguna de las causas que se mencionan:
 - a) Probables actos u omisiones derivadas de la prestación del servicio médico;

- b) Probables casos de negligencia con consecuencia en la salud del usuario, y
 - c) Aquellos que sean acordados por el Consejo (Sonora, Puebla, Michoacán y Jalisco).
- Fungir como árbitro y pronunciar el laudo que corresponda cuando el usuario y el prestador de servicio médico acepten expresamente someterse al arbitraje (Sonora, Puebla, Michoacán y Jalisco)
 - 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 (Sonora, Puebla y Michoacán)
 - Elaborar los dictámenes o peritajes médicos que le sean solicitados por las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia, o en su caso, emitir la opinión que le sea requerida por estas autoridades (Sonora y Puebla; parcialmente Jalisco)

Como se puede observar, las atribuciones de las comisiones estatales fueron elaboradas tomando como base las atribuciones de la Conamed, adecuándolas a las perspectivas de cada entidad federativa, es por eso que aun cuando la mayor parte de sus atribuciones son semejantes, se manifiestan algunas diferencias, como es el hecho de que las comisiones de Michoacán y Jalisco no tengan de manera expresa la atribución para elaborar dictamen pericial, aunque en el caso de Jalisco su legislación le posibilita la elaboración de opiniones técnicas, con lo que se da respuesta a este tipo de solicitudes.

Por otra parte, es importante resaltar que todas las atribuciones que le otorgan las funciones sustantivas a las comisiones de arbitraje médico se derivan del modelo de la Conamed: la asesoría sobre los derechos de los usuarios y los prestadores de servicios médicos, la intervención en amigable composición para conciliar los conflictos de

la práctica médica y naturalmente el fungir como árbitro para la emisión de laudos.

En este aspecto, desde nuestra perspectiva, recomendamos la atribución para la elaboración de dictámenes periciales, como una excelente forma de participar en la mejora de la calidad de los servicios, al promover la participación de los especialistas integrados en los colegios de profesionistas de la salud.

De los resultados

Naturalmente que los resultados que reportan la comisiones de Sonora y, Puebla tienen su correlativa con las funciones que hemos planteado anteriormente; sin embargo, se muestran las diferencias cuantitativas propias de las diferencias mismas de la población, así como el tiempo en funciones para cada caso de referencia, de tal forma que el Dr. Hector Zazueta Duarte, comisionado estatal de Sinaloa, nos reporta 93 casos atendidos durante 10 meses de actividades, mientras que el Dr. Manuel Tovia Arrijoja, comisionado estatal de Puebla, presenta un informe de enero a diciembre del 2001, con 158 casos atendidos en total.

Cada uno de los comisionados desglosa sus datos de acuerdo con lo señalado como funciones sustantivas de las comisiones de arbitraje, de donde se desprenden las categorías siguientes: casos de orientación, asesoría, gestión y quejas. Para este comentario se hace referencia a las especialidades médicas que fueron motivo de atención, sin embargo, consideramos conveniente englobar la observación incorporando los casos de otras comisiones estatales, para comparar las cinco especialidades más frecuentemente aludidas por los quejosos en los respectivos estados y compararlos con las cinco especialidades motivo de atención por la Conamed y la Camejal.

Como puede observarse en la tabla, las especialidades de ginecobstetricia y ortopedia ocupan los primeros lugares de frecuen-

Especialidades más frecuentemente señaladas como motivo de queja
en diez comisiones estatales, Camejal y Conamed

Comisiones* Estatales		Camejal		Conamed	
Especialidades	%	Especialidades	%	Especialidades	%
Ginecobstetricia	18.3	Ginecobstetricia	15.5	Ortopedia y trauma	13.7
Ortopedia y trauma	14.0	Ortopedia y trauma	13.1	Ginecobstetricia	13.5
Cirugía general	10.2	Odontología	9.2	Urgencias	10.9
Odontología	6.9	Oftalmología	7.1	Cirugía general	8.1
Urgencias	6.2	Cirugía general	6.7	Medicina Familiar	7.3
Otras	44.4	Otras	48.4	Otras	46.5
2,303	100.0	283	100.0	9,826	100.0

Fuente: Informes anuales publicados por cada una de las comisiones estatales que se incluyen

* Sumatoria de casos de 10 Comisiones de Arbitraje de los estados: Colima, Edo. de México, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Morelos, Puebla, Querétaro, Sinaloa y Veracruz.

cia como motivo de queja, tanto en las comisiones estatales como en la Conamed, lo cual nos autoriza la afirmación de que los datos que se han registrado en la Camejal tienen mayor probabilidad de corresponder a una constante de comportamiento.

Este ejercicio me parece que es demostrativo del riesgo que implica el manejo de la información estadística, puesto que, como se observa en la tabla, con excepción de las especialidades que se ubican en primero y segundo lugares; las demás tienen un comportamiento diferente para cada uno de los bloques, y la variación parece relacionarse inversamente con el tamaño de la muestra, dado que a mayor número menor es la variación.

Esta reflexión pretende señalar los riesgos de la difusión de datos específicos que no tengan el soporte de muestras estadísticamente significativas de la población que forma el universo en cada caso.

Por lo que respecta a la Camejal, 283 quejas no pueden considerarse representativas estadísticamente de más de seis y medio millones de habitantes, que fueron receptores de aproximadamente 20 mi-

llones de actos de atención a la salud; es por eso que preferimos la confidencialidad de los datos, hasta que obtengamos la información necesaria para darle un soporte poblacional a cada una de las áreas de la salud motivo de quejas, y con ello manejar tasas específicas en lugar de porcentajes. Proponemos a los comisionados de otras entidades federativas, e inclusive a la Conamed, la adopción de este criterio de manejo estadístico que nos permitiría actuar de forma más propositiva y con ello mejorar la calidad de la atención a la salud.

TRABAJOS LIBRES

PROPUESTAS DEL COLEGIO DE ESPECIALISTAS EN CIRUGÍA GENERAL DE JALISCO PARA EL ABORDAJE DE LOS CONFLICTOS EN SALUD

Humberto Arenas Márquez*

Alejandro González Ojeda**

Roberto Anaya Prado***

El escenario para nuestra profesión, la medicina en general y la cirugía en particular, ha cambiado drásticamente en la última década. Este cambio profesional debería tener como objetivo una mejora en la calidad de la atención médica para beneficiar a nuestros enfermos y con ello prevenir los conflictos en salud que derivan en el arbitraje médico.

En noviembre de 1999 el Instituto de Medicina de Estados Unidos reportó que anualmente mueren en ese país entre 44 000 y 98 000 pacientes debido a errores médicos. En un análisis del futuro de la medicina en México, FUNSALUD anticipa que para el año 2003 una de cada cinco personas que fallecerán en el país estará relacionada con errores médicos. Estos errores médicos conducirán a una mayor morbilidad y a un incremento directo en los costos por la atención, en una época donde será imprescindible la contención del costo y finalmente un incremento en los conflictos legales derivados de una mala calidad de atención. Por lo tanto, los esfuerzos y la misión de nuestro Colegio deberán estar enfocados hacia la promoción de los más altos estándares de atención quirúrgica, a través de la educación

* *Presidente de la Comisión de Derechos del CECGJ.*

** *Presidente de la Comisión de Certificación y Rectificación.*

*** *Presidente del CECGJ.*

y la defensa de sus miembros y sus pacientes, hacia el apoyo de programas y políticas que aseguren a los pacientes el acceso a cuidados efectivos y de alta calidad, todo esto proporcionado por especialistas de la cirugía adecuadamente preparados, bien calificados y de su libre elección. Finalmente, el Colegio deberá trabajar con las partes calificadas e interesadas en proveer a los pacientes la máxima seguridad en un sistema que anteponga los derechos del paciente.

En el Plan Nacional de Salud para este sexenio y con una proyección a 25 años se han establecido cuatro retos prioritarios:

1. Lograr que todas las familias mexicanas cuenten con un seguro básico de salud.
2. Ampliar en forma gradual la libertad para elegir al médico.
3. Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud.
4. Capacitar al personal médico y de enfermería.

Indudablemente, una de las principales causas en la etiología de una mala práctica de la cirugía es la deficiente preparación y la falta de seguimiento obligatorio de un programa de educación médica continua del cirujano. Si buscamos calidad en la atención para nuestro enfermo debemos fortalecer el vínculo existente entre educación y atención; siendo esto clave para el logro de la misión planteada previamente. Por lo tanto, el Colegio deberá luchar por unificar el marco conceptual, legal y pragmático de la educación médica continua, ofreciendo a sus agremiados nuevas alternativas en educación con el apoyo de patrocinadores para que fomenten su participación regular, activa y comprometida, la capacitación de cirujanos que sean después multiplicadores del conocimiento dentro de su área de ejercicio profesional y así mantener altos niveles de competencia.

El Colegio deberá desarrollar métodos para identificar y reconocer «las mejores prácticas». Debemos además continuar y expandir programas de ensayos clínicos de tal forma que los pacientes puedan tener acceso a las opciones de tratamiento más avanzado. Nosotros

debemos fortalecer la investigación para que el cirujano pueda basar su decisión médica en evidencias científicas sólidas, más que en experiencias personales. Así pues el Colegio deberá difundir y liderar guías de manejo, protocolos y consensos aceptados para evitar el sobre uso, el poco uso, o el mal uso de un recurso terapéutico.

En 1977 se fundó el Consejo Mexicano de Cirugía General para certificar a los especialistas en la materia y así poder «garantizar una mejor calidad de atención». La certificación no garantiza que el cirujano es competente o seguro, tan solo confirma que ha completado un periodo de entrenamiento e indica que ha aprobado satisfactoriamente un examen escrito y oral. Por lo tanto, sus mecanismos de evaluación vigentes son inoperantes ya que no evalúan las habilidades y destrezas del cirujano. Aún así, quienes lo aprueban, adquieren tan solo un reconocimiento moral, no legal. Además, ningún cirujano puede ser impedido de su práctica profesional a pesar de no disponer de tal certificación. Con el convenio signado el 6 de julio de 1999, entre la Secretaría y Salud, la Academia Nacional de Medicina, la Academia Mexicana de Cirugía y la Secretaría de Educación Pública, a través de la Dirección General de Profesiones, todos los especialistas que cumplan ciertos requisitos, por diversos mecanismos que incluyen la certificación o la carencia de ella, obtuvieron la cédula federal de la especialidad con carácter vitalicio. Con tal cédula se da una vez más una licencia para ejercer la cirugía general. Esto tampoco garantiza de ninguna forma la competencia del cirujano y por ende la mejoría en la calidad de la atención.

Se requiere pues, una reforma en el sistema de certificación y recertificación para la cual nuestro Colegio propone que esta sea realizada a nivel estatal, limitando la vigencia de la cédula de especialidad a un periodo de cinco años y a través de la cual la certificación y la recertificación se hagan basándose en la competencia en seis áreas generales:

1. La atención del paciente
2. El conocimiento médico
3. Práctica basada en el aprendizaje y la mejoría
4. Habilidades de comunicación e interpersonales
5. Profesionalismo
6. Práctica basada en sistemas de evaluación de resultados.

La meta debería ser la medición de la competencia de tal forma que los individuos puedan utilizar las evaluaciones para comenzar progresivamente a ser cada día mejores cirujanos. Los programas para el mantenimiento de la recertificación involucrarán la colaboración decidida entre el Colegio de Especialistas en Cirugía General y el Consejo de la especialidad. Aunque estos últimos se han convertido en expertos en evaluar las habilidades cognitivas, ellos no han desarrollado instrumentos de autoevaluación y no pueden proporcionar educación médica continua. Así pues, el papel primario del Colegio para lograr la recertificación de sus miembros será desarrollando instrumentos de autoevaluación en tanto se proporciona dicha educación médica continua. De primordial importancia para el Colegio será proporcionar educación y entrenamiento en tecnologías emergentes, en nuevos procedimientos y técnicas quirúrgicas, como es el caso de la cirugía laparoscópica, y proporcionando nuevas alternativas para la calificación curricular en la recertificación. Es decir, proponer valor curricular a todas las actividades académicas realizadas en una base regular por el cirujano: estudios de bases de datos, asistencia a sesiones del Colegio, participación en jornadas de servicio social en favor de los mas necesitados, etc.

La Conamed, en el ámbito federal, y la Camejal, en el estatal, han difundido ampliamente por diversos medios de comunicación los derechos básicos de los pacientes, destacando aspectos de la mala práctica como son la negligencia, la imprudencia y la impericia médica, así como el consentimiento informado, para intentar lograr una

mejor atención del enfermo. Sin embargo, poco se ha hablado de que entre los derechos básicos del paciente se encuentran también el de que deben ser tratados por médicos competentes y con conocimientos, de la libre elección del médico, ni de cómo y dónde se puede verificar la acreditación de la competencia profesional. Por otro lado, pocos esfuerzos han sido dirigidos para impulsar métodos de mejoría continua de la calidad y educación para apoyar a los colegios en sus programas de educación médica continua y en la acreditación y vigilancia del ejercicio profesional de sus agremiados. De manera particular, nada se ha difundido hacia el público en general con relación a los derechos que también tenemos nosotros como médicos y específicamente en nuestro campo de la cirugía. Es fundamental que sean reconocidos y difundidos nuestros derechos para que podamos ejercer nuestra especialidad en un campo de acción de libre competencia, pero supervisada mediante la evaluación de la calidad de la atención y así reducir la morbi-mortalidad quirúrgica, los costos por atención y por ende los conflictos por mala práctica del cirujano

Debemos aceptar pues que se ha iniciado una escala progresiva de demandas contra el médico, que podrán o no ser canalizadas a través de la conciliación y el arbitraje de la Camejal. Por ello, los colegios tendrán que integrar un comité de calidad de atención cuyo objetivo sea determinar problemas en la calidad de atención inherentes al médico o la institución, ya que sin duda los médicos y no otros profesionales estamos en la mejor posición para identificar y corregir las incompetencias. Los peritos integrantes de dicho comité tendrán que ser seleccionados por los propios médicos del Colegio en base a sus antecedentes de honestidad, trabajo y competencia profesional. Así, a través del comité del propio Colegio participar en la conciliación, el arbitraje y la sanción en caso que fuese necesario cuando uno de sus agremiados se viera involucrado en situaciones jurídicas.

El 31 de diciembre de 1999 la Secofi y la SHCP acordaron la Ley

de Instituciones de Seguros Especializados en Salud. En esta ley se destaca la obligatoriedad de otorgar la atención médica privada solo a través de ellas. Dichas instituciones han funcionado a través de redes médicas cerradas que no analizan la calidad de la atención para establecer tabuladores justos que correspondan a la capacidad certificada del médico y a la complejidad de la patología con los resultados de la atención. Por el contrario, tales organizaciones no contratan a los más capacitados, sino a aquellos que se ajustan a sus tabuladores de pago, impidiendo al paciente la libre elección, y en caso de recurrir a ella, a una penalización en el pago del coaseguro y deducibles.

Tales instituciones, de acuerdo a la Ley, son reguladas por la Secretaría de Salud. Por tanto, esta misma debería exigir a las ISES el respeto a la libre elección del médico, siempre y cuando este médico pertenezca al colegio médico de su especialidad y que éste corrobore que el médico está certificado y enrolado en algún programa de educación médica continua, y en un sistema que evalúe sus propios resultados, que le permita la recertificación y la búsqueda de incentivos con remuneración económica acorde a la calidad de atención que proporcione a los enfermos. Con ello se lograría cerrar el círculo de que «a mejor calidad en la educación se logrará mejor calidad en la atención, pero también mejor remuneración». Así pues, debemos abrir un diálogo con los operadores de la industria de la salud donde utilizando el concepto que se genera entre ellos de crear situaciones de ganar/ganar, intentemos identificar la calidad entre los médicos. Si esto se logra, entonces exigir una mejor remuneración al demostrar que por la adecuada calidad de nuestra atención también se logra reducir los costos que se generan por ella.

Otras acciones en las cuales deberá participar el Colegio es en la difusión entre sus agremiados del código de bioética en el cual se establece el marco moral que debería dirigir nuestra actuación profesional en la relación con los enfermos, la sociedad, los colegas y el

colegio. Esto debe fomentar y mantener la relación humanista que debería existir siempre entre los cirujanos y nuestros semejantes para la mejor toma de decisiones a favor de nuestros enfermos. De igual importancia se debe difundir entre los colegiados la declaración de principios en relación a nuestra responsabilidad perioperatoria, guías de práctica para conducir a una mejor comunicación con nuestros pacientes y la elaboración de trípticos informativos para los pacientes que les permitan una óptima elección del especialista en cirugía.

Nunca hemos tenido los médicos una oportunidad más apropiada para reflejar el significado del profesional de la medicina y lo que nosotros como individuos y comunidad podemos y debemos hacer para promoverlo. Por otro lado, debemos romper ese falso pudor que nos dice que es impropio tratar los aspectos económicos de nuestra profesión. Por este pudor hemos permitido a otros tomar el timón de nuestro destino. Todos los médicos estamos involucrados en la problemática expuesta. Es el momento de olvidar barreras que nos han separado, como las propias instituciones, las especialidades y subespecialidades, las posiciones académicas y la geografía. Tenemos la obligación de participar y determinar nuestro futuro y solo podemos lograrlo estando unidos y hablando con una sola voz acerca de las políticas y las rutas para cambiar el sistema de salud y luchar por lo que es nuestro deber: la mejor atención del enfermo y en forma sinérgica buscar un sistema generador de mejores oportunidades para aquellos médicos que nos integremos a un proceso de mejoría continua en nuestra capacitación y evaluación de nuestros propios resultados. Es fundamental pues la reingeniería de los colegios médicos, tanto en lo organizacional como en sus funciones, en lo primero con la integración de un solo colegio por especialidad en nuestro estado con capítulos regionales en los principales municipios, y adecuando sus funciones al marco legal establecido para los colegios de profesionistas en la Ley de Profesiones del Estado de Jalisco vigente. El mo-

mento es hoy y se requiere fortalecer a los colegios estatales de especialidad en medicina para lograr la descentralización y el anhelado federalismo.

En conclusión, lo que aquí se presenta es una propuesta estratégica de una imprescindible reforma en la colegiación médica que sin duda llevará a un proceso de mejoría continua en la calidad de atención de nuestros enfermos. Los tiempos para llevar a cabo estas reformas dependerá de la interrelación que se logre entre los protagonistas a nivel estatal y de la voluntad política de nuestros gobernantes mediante un proceso gradual, progresivo y participativo. Esta es una propuesta sinérgica donde todos salen ganando.

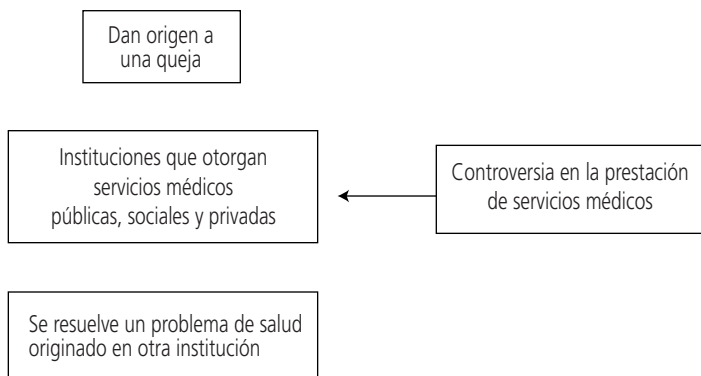
Como señaló Michael de Montaigne

lo que un hombre no logró, otro lo ha conseguido, y lo que era desconocido en una época se ha puesto en claro durante la siguiente. Las ciencias y las artes no se vacían en un molde, si no que se plasman y pulen poco a poco, mediante manipulaciones y retoques reiterados, y al manipular y amasar este nuevo material una y otra vez más, agitándolo y calentándolo, doy a quien venga detrás de mí cierta facilidad para que lo aproveche sin tanto esfuerzo, y se lo hago más flexible y manejable como él lo hará para quien lo suceda.

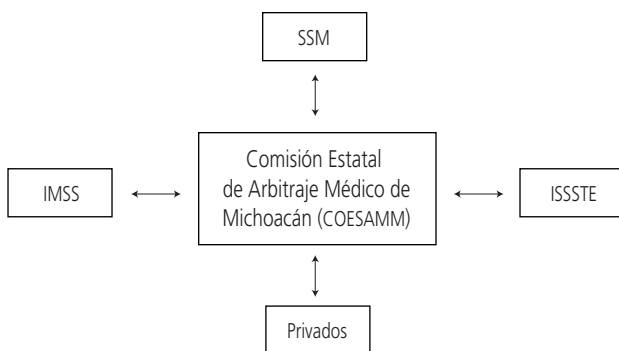
LA COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE MICHOACÁN Y LAS INSTITUCIONES DE SALUD

José Arturo Hernández Alcalá*

La importancia que da la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Michoacán, de la relación entre ésta y las instituciones prestadoras de servicios médicos, se basa en que dentro de las instituciones, sean públicas, sociales o privadas, se dan inconformidades en la prestación del servicio, y por otra parte, en las mismas instituciones se resuelven aparentes impericias o negligencias que se originaron en otra; en el expediente clínico de cada una de ellas se tiene la información para conocer en forma global la evolución del padecimiento del paciente, la Comisión de Arbitraje debe conocer esta información para pro-



* Subcomisionado «A» del estado de Michoacán.



verse de los elementos suficientes y llevar a cabo la conciliación o el arbitraje de forma imparcial y profesional.

Por lo expuesto, la Comisión de Arbitraje siempre busca tener la mejor relación con la Secretaría de Salud del Estado de Michoacán (SSM), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) e instituciones privadas.

La Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Michoacán es un organismo que:

Se ubica conceptual y jurídicamente en la resolución alternativa de controversias por métodos no judiciales a través de la mediación y conciliación.

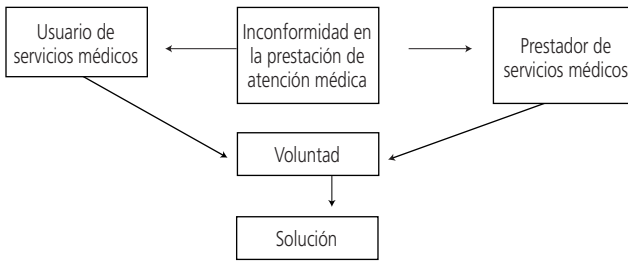
Es una instancia especializada que no sólo procurará la conciliación entre los involucrados, sino que fungirá como árbitro cuando las partes así lo acepten.

No reemplaza las acciones judiciales o administrativas que en su caso procedan, sin embargo promoverá que en la vía de la conciliación se resuelvan las controversias sobre la prestación de servicios médicos; contribuyendo con ello a tutelar el derecho a la protección de la salud para todos los ciudadanos y a fomentar el mejoramiento de la calidad de dichos servicios.

La Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Michoacán es creada como un organismo auxiliar, desconcentrado de los Servicios de Salud del Estado de Michoacán, con plena autonomía técnica y administrativa para emitir sus opiniones, acuerdos, dictámenes y laudos (artículo 1º, decreto de creación).

La Comisión Estatal de Arbitraje Médico tiene por objeto:

Contribuir, en el ámbito de la conciliación y el arbitraje, a la solución de los conflictos suscitados entre los usuarios y prestadores de los servicios médicos, sin menoscabo de las resoluciones que dicten las autoridades judiciales, en su caso, en este tipo de conflictos (artículo 2º, decreto de Creación).



La solución a las inconformidades por prestación de servicios médicos en la Comisión de Arbitraje se ubica conceptual y jurídica-mente en la resolución alternativa de controversias por métodos no judiciales a través de la mediación y conciliación, para esto debe haber la libertad y voluntad de los usuario y los prestadores para buscar una solución. En el estado de Michoacán este derecho se contempla en el artículo 94 de la Constitución Política del estado.

Atencion de las inconformidades que se originan en las instituciones de salud

SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN (SSM)

Para la atención de las inconformidades originadas en las unidades

de la Secretaría de Salud del Estado de Michoacán se busca dar solución con los siguientes actores:

El director del Hospital.

El jefe de la jurisdicción sanitaria.

El Médico involucrado en la controversia.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)

Las inconformidades que presentan los derechohabientes del instituto, actualmente se atienden dando a conocer la queja al Departamento de Atención y Orientación al Derechohabiente, o bien se tiene comunicación con el director de Servicios Médicos y se realizan reuniones con el delegado del IMSS, siendo la mayoría de éstas resueltas a través de la gestión inmediata o el procedimiento para la atención de las quejas de acuerdo con el Reglamento.

En el Intitulo Mexicano del Seguro social la queja administrativa tendrá carácter de instancia administrativa y será resuelta por:

Consejo técnico

Consejo consultivo regional

Consejo consultivo delegacional

La responsabilidad profesional en la atención médica es individual y no puede ser transferida a la institución, en el Instituto como tal recae la responsabilidad institucional de proveer al trabajador de la infraestructura y los insumos para llevar a cabo su labor.

¿Las comisiones de arbitraje, como instancias alternativas de resolución de controversias, pueden intervenir para coadyuvar en la búsqueda de soluciones a las quejas de los derechohabientes?

Para dar respuesta a este cuestionamiento es necesario revisar la legislación del propio Instituto en lo que se refiere a las atribuciones que la ley otorga a los delegados, las disposiciones en materia de información y el tipo de atención de queja que se atiende en la Coordinación General de Atención al Derechohabiente.

ARTÍCULO 275. Los delegados del Instituto tendrán las facultades y atribuciones siguientes:¹

VII. Ejercer en el ámbito de la circunscripción territorial de la Delegación, las facultades previstas en las fracciones X al XII y XIV a XX del artículo 251 de esta ley
ARTÍCULO 251. El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene las facultades y atribuciones siguientes:

XX. Establecer coordinación con las dependencias y entidades de las administraciones públicas federales, estatales y municipales, para el cumplimiento de sus objetivos;

Capítulo I

Generalidades²

ARTÍCULO 22. Los documentos, datos e informes que los trabajadores, patrones y demás personas proporcionen al instituto, en cumplimiento de las obligaciones que les impone esta ley, serán estrictamente confidenciales y no podrán comunicarse o darse a conocer en forma nominativa e individual.

Lo dispuesto en el párrafo anterior no se aplicará cuando:

I. Se trate de juicios y procedimientos en que el instituto fuere parte.

II. Se hubieran celebrado convenios de colaboración con las Federación, entidades federativas o municipios o sus respectivas administraciones públicas, para el intercambio de información relacionada con el cumplimiento de sus objetivos, con las restricciones pactadas en los convenios en los cuales se incluirá invariablemente una cláusula de confidencialidad y no difusión de la información intercambiada.

Reglamento para el tramite y resolucion de las quejas administrativas ante el instituto mexicano del seguro social.³

¹ Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Diario Oficial de la Federación*, 21 de diciembre de 1995. Reformas: *Diario Oficial de la Federación*, 21 de noviembre de 1996 y 20 Diciembre 2001

² Incluye la reforma publicada en *Diario Oficial de la Federación* del 20 de diciembre de 2002

³ *Diario Oficial de la Federación* del 30 de junio de 1997

Aspectos generales

ARTÍCULO 2. El procedimiento de queja administrativa tiene por finalidad realizar la investigación oportuna e imparcial de los hechos manifestados que la originaron, teniendo como fundamento básico los hechos manifestados, las pruebas aportadas por el quejoso y la información documental relacionada con los mismos a fin de conocer la actuación institucional en la prestación de servicios médicos, el origen y las causas que provocan las insatisfacciones, e identificar las deficiencias o desviaciones detectadas, que permitan adoptar las medidas preventivas y correctivas necesarias

ARTÍCULO 3. Todas las quejas deberán presentarse ante la Contraloría Interna.

Párrafo tercero

Las quejas captadas por la Contraloría Interna a través de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y organismos e instituciones similares, serán turnadas para su atención a la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente, la cual deberá informar permanentemente a la propia Contraloría Interna sobre el estado que guarden las mismas hasta su resolución.

ARTÍCULO 6. En las delegaciones regionales, estatales y del Distrito Federal, las áreas de Atención y Orientación al Derechohabiente tendrán las atribuciones siguientes:

II. Conocer e investigar los motivos que generaron la queja administrativa y tramitarla para la elaboración del proyecto de acuerdo, así como notificar y, en su caso, cumplimentar la resolución que recaiga en los casos siguientes:

- a) Reintegro de gastos médicos hasta por un monto equivalente a 25 salarios mínimos mensuales del Distrito Federal...
- b) Reparación del daño por responsabilidad civil, excepto cuando ésta se derive de una defunción, pérdida de órganos o de miembros.

Direcciones regionales. Reintegro por gastos superiores a 25 y hasta 75 veces el salario mínimo del D.F.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)

Las quejas originadas dentro de las instalaciones del Instituto en el territorio del Estado de Michoacán se atienden bajo el siguiente convenio, y con las siguientes bases y cláusulas:

Convenio de colaboración por parte del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado –ISSSTE– delegación Michoacan y la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Michoacan –Coesamm–.

Firmado el 20 de Diciembre del año 2001

ARTÍCULO 149 y 150 de la Ley del ISSSTE que da la atribución para firmar toda clase de actos jurídicos y celebrar los contratos que se requieran para llevar a cabo sus funciones.

3.2. Dados los beneficios para la población derechohabiente de el ISSSTE, ambas partes manifiestan su firme propósito de establecer mecanismos de colaboración que permitan atender de manera expedita las quejas médicas presentadas en la entidad por supuestas irregularidades en los servicios médicos que otorga dicha institución de salud.

Cláusulas

Primera: Establecer mecanismos de colaboración.

Segunda: Las quejas que se presenten ante la Coesamm que puedan ser resueltas a través de acciones inmediatas, serán atendidas por gestiones directas.

Cuarta: Del presente instrumento jurídico el ISSSTE y la Coesamm procuraran establecer criterios uniformes en la atención de quejas:

En materia de procedimientos

En materia de investigación

Quinta: Las partes guardarán confidencialidad respecto de los datos que obren en los expedientes que sean abiertos con motivos de la presentación de quejas médicas relacionadas con la atención que proporciona el ISSSTE en el Estado.

*La Comisión de Arbitraje Médico de Michoacán
y la Constitución política del Estado*

La Comisión de Arbitraje Médico de Michoacán dentro sus objetivos está el de cumplir con el derecho que la Constitución Política del Estado otorga a sus habitantes, y dentro de su ámbito de competencia, buscar los medios para que este derecho se ejerza en todas las instancias.

Constitucion Politica del Estado de Michoacan

ARTÍCULO 94. Toda persona está en libertad para determinar sus diferencias con otra, ya sea por convenio o por medio de árbitro o arbitradores, aun cuando haya sometido a juicio y sea cual fuere el estado que éste guarde. Toda sentencia arbitral se ejecutará sin recurso, a menos que las partes se hayan reservado alguno.

LOS RETOS DE LA CAMEJAL EN MATERIA DE CONFLICTOS POR SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA ENTRE EL IMSS Y SUS DERECHOHABIENTES

Mario Alejandro González Bello*

¿Cuántas veces hemos escuchado? «Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.»¹

Qué oración tan pequeña, pero qué grande su contenido, para obtener este derecho los mexicanos de hoy y ayer, de ayer y hoy, tuvimos que recorrer un largo y doloroso camino, y por ello precisamente es una de las garantías constitucionales que el pueblo mexicano más siente y más valora, por su alto contenido social, porque es un factor de vida, de una vida decorosa, de una vida que más allá de reclamar, la exigimos, pues el artículo 4º de nuestra Constitución Federal nos otorga este derecho.

De ahí que su ley reglamentaría² obligue a los gobiernos de las entidades federativas, dentro del ámbito de su jurisdicción territorial, a organizar, cooperar, supervisar y evaluar la prestación de servicios médicos.³

* Como integrante y en representación de los alumnos de la especialidad de negociación colectiva y seguridad social de la maestría en derecho de la División de Estudios Jurídicos, del Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de Guadalajara.

¹ Artículo 4º de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*.

² *Ley General de Salud*.

³ Artículo 13, inciso B, fracción I, *Ley General de Salud*.

Ello motiva que el día 7 de junio del año 2000, el Ejecutivo de nuestra entidad, en aras del cumplimiento de un deber constitucional, suscribiera el decreto mediante el cual se creó el organismo público descentralizado denominado Comisión de Arbitraje Médico de Jalisco, ahora conocida por su siglas como Camejal.

Este organismo fue diseñado como una instancia pública especializada, a la cual puedan acudir los usuarios y prestadores de servicios médicos para dilucidar, en forma amigable y de buena fe, posibles conflictos, y para evitar cargas de trabajo a los órganos jurisdiccionales competentes en la materia.⁴

Su objeto: promover, asesorar, proteger y defender los derechos de los usuarios y prestadores de servicios de atención médica; actuar como árbitro en los conflictos que éstos sometan a su jurisdicción⁵ y promover la equidad en las relaciones entre éstos.

En ese orden de ideas, deviene la importancia de establecer que no sólo al Poder Judicial corresponde ejercer la jurisdicción,⁶ ya que también el Poder Ejecutivo tiene facultades para decidir controversias, tal y como ocurre con el Tribunal Administrativo y Contencioso, la Junta Local de Conciliación y Arbitraje y la propia Camejal, a ella se le denomina jurisdicción administrativa, y la debemos entender como una función soberana del Estado, que se desarrolla a través de todos esos actos de autoridad encaminados a solucionar un conflicto, mediante la aplicación de la ley general a un caso concreto.⁷

La jurisdicción, como dijimos, es una función estatal y hablar de

⁴ Dirección General de Estudios Legislativos y Acuerdos Gubernamentales. DIGELAC/INI 027/2000.

⁵ *Idem*.

⁶ García Arellano Carlos (1999). *Teoría general del proceso*, Editorial Porrúa, p. 350, México.

⁷ Lara Gómez Cipriano, *Teoría general del proceso*, Editorial Harla, p. 88.

los límites de la misma es plantearnos el problema relativo de hasta dónde llega su alcance. Si la consideración es de tipo objetivo, se está reflexionando acerca de los objetos abarcables por la función jurisdiccional, y con los criterios que pueden comprender esos objetos, por lo que este enfoque nos lleva al problema de la competencia, o sea, al problema de los límites de la función jurisdiccional en razón de los objetos sobre los cuales esa función puede recaer.

Los límites subjetivos se enfocan hacia los sujetos de derechos sometidos a la función jurisdiccional.

La regla general es, pues, la de que todos los sujetos de derechos que estén dentro del territorio del estado, son susceptibles de quedar sometidos a la referida función estatal.⁸

De esa manera es posible concluir que la jurisdicción es el conjunto de atribuciones que tiene el Estado, para ejercerlas por conducto de alguno de sus órganos o por medio de árbitros, con aplicación de normas jurídicas generales e individualizadas, a los diversos actos y hechos que se susciten con motivo del planteamiento de posiciones concretas en controversia.⁹

Desde esta perspectiva, pudiéramos concluir que la Comisión de Arbitraje Médico de Jalisco tiene jurisdicción para ejercer sus funciones en las clínicas y hospitales del IMSS en Jalisco.

Sin embargo, aún falta entrar al estudio de la competencia, que viene a formar parte esencial y complementaria de la jurisdicción.

Por ese motivo, debemos precisar que la competencia es la aptitud legal de un órgano del Estado para cumplir obligaciones y para ejercitar derechos.¹⁰

⁸ *Idem*, pp. 93 y 94.

⁹ García Arellano Carlos, op. cit., p. 340.

¹⁰ *Idem*. p. 353.

Luego entonces, la pregunta obligada es: ¿La Camejal cuenta con esa aptitud legal para cumplir sus obligaciones y ejercitar derechos, incluso respecto de las quejas de derechohabientes de las clínicas y hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social en Jalisco, derivadas de la prestación del servicio médico?

La respuesta es ¡no!

La explicación la encontramos en el artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que define claramente que las leyes federales están por encima de las estatales y el artículo 120 de la Carta Magna que obliga a los gobernadores de las entidades federativas, a hacer cumplir las leyes federales.

Luego entonces tenemos los siguientes dispositivos contenidos en leyes federales:

Ley General de la Administración Pública Federal:

Artículo 1, 3 fracción I y 45.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales:

Artículo 1 y 5.

Ley del Seguro Social:

Artículos 5, 295 y 296.

En ese contexto, la Camejal tiene limitaciones de competencia cuando un derechohabiente del IMSS en Jalisco solicita su intervención para buscar una posible solución a un problema de servicios médicos o de salud, toda vez que los dispositivos invocados dan la pauta al IMSS para conocer de estos conflictos a través de su departamento legal, disposición que impera sobre cualquier ley estatal.

¿Pero porqué estaría interesada la Camejal en conocer las quejas contra personal médico de las clínicas y hospitales del IMSS en Jalisco?

Y al respecto nuestra consideración hipotética es que el IMSS, debido a la carga de trabajo y al poco personal con que cuenta en el área jurídica, no ésta en aptitud de resolver de manera pronta, imparcial y expedita esos conflictos.

De tal manera que si esta hipótesis se llegara a comprobar, entonces podríamos afirmar que existe una franca violación a los artículos 4º y 17 de la Constitución Federal, y con base en ello encontraríamos el sustento legal para que el gobierno del Estado de Jalisco, en una acción conjunta con el Ejecutivo Federal, buscaran una fórmula adecuada con el propósito de suscribir un convenio que permitiera a la Camejal auxiliar en este tipo de conflictos al IMSS, en aras del bienestar del sector más vulnerable de la población: los trabajadores.

Con base en las interiores consideraciones, se propone:

1. Que con fundamento en el artículo 5º del Reglamento Interno de la Camejal, se integre un equipo de trabajo destinado exclusivamente a la comprobación de ésta hipótesis, para cumplir los siguientes objetivos:

a) Cuantificar los conflictos reales que se presentan en las clínicas y hospitales del IMSS en Jalisco con sus derechohabientes, derivados de la prestación de servicios médicos.

b) Clasificar la información obtenida, para conocer los casos de mayor incidencia y gravedad.

c) Esta información deberá ser cualificada y cuantificada mensualmente.

d) Demostrar que el Departamento Jurídico delegacional del IMSS en Jalisco, debido al exceso de trabajo y al poco personal con el que cuentan, no está en aptitud de solucionar los conflictos que se presentan con sus derechohabientes, derivados de la prestación de servicios médicos, no obstante que el medio alternativo de solución para estas controversias puede beneficiar tanto al Instituto como al derechohabiente.

2. Asimismo, la propuesta que se menciona puede ser aplicada análogamente para investigar lo relativo a la problemática existente, en éste mismo rubro, entre el ISSSTE y sus derechohabientes.

LA NORMATIVIDAD DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA

José Antonio Beas Nava*

María Irene Cabezas Arrañaga, Ana María García Buenrostro

María de los Dolores González Jiménez y

Marisela Montaña Guerrero**

Introducción

La cultura de la queja hace ya su manifestación en los servicios de salud, lo que ha terminado en demandas contra de los profesionales de estas disciplinas, entre ellas la enfermería.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social se cuenta con una oficina especializada en este campo, y las quejas han ido en aumento. Otras instancias, como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y las comisiones estatales de arbitraje médico también reportan aumento de las insatisfacciones derivadas de servicios de salud, ya sea por incompetencia, impericia o negligencia profesional.

En la enfermería se ha hecho énfasis en relación interpersonal de la enfermera con el paciente, la familia de éste, el médico y los compañeros de trabajos en las prácticas de los cuidados brindados al paciente; pero el progreso y los cambios en las practicas de atención en salud y de enfermería exigen nuevas responsabilidades profesionales que plantean la necesidad de conocimientos y habilidades para la toma de decisiones de índole clínica-terapéutica, pero sin olvidar que todas nuestra acciones tienen un marco ético-legal.

* *Subcomisionado Médico del Estado de Jalisco.*

** *Enfermeras estudiantes de la especialidad de enfermería en administración del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.*

La toma de decisiones en enfermería surge de la responsabilidad de actuar bien, en beneficio del paciente que recibe los servicios.

En este sentido, la responsabilidad profesional es la capacidad de analizar las propias acciones u omisiones en lo referente al cuidado y al ejercicio de la enfermería.

Ante una demanda legal, el daño puede ser individual o colectivo, alterando de manera muy especial la dinámica familiar, social, económica y productiva de quién se ve involucrado en este tipo de ilícitos.

No debemos olvidar que ante una demanda por negligencia o irresponsabilidad, nuestra forma de defensa va a ser el buen manejo de los pacientes a nuestro cargo y muy importante el manejo del expediente clínico, realizando una verdadera nota de enfermería.

La Ley General de Salud reglamenta el derecho que toda persona tiene de recibir los servicios de salud. De la misma manera, esta ley enlista las facultades que el gobierno del estado tiene, a través de la Secretaría de Salud, de realizar la supervisión general de la prestación de servicios médicos en toda la republica, tanto públicos como privados.

Los usuarios de los servicios de salud, conforme a la legislación en la materia, tienen derecho a recibir atención médica oportuna, de calidad y éticamente responsable por parte del personal que intervenga en los diferentes niveles de atención médica.

- Los servicios públicos a la población en general o de asistencia social.
- Los servicios de instituciones de seguridad social.
- Servicios privados.

La pregunta que se contestó con el desarrollo de la investigación:

¿Qué conocimientos tiene el prestador de servicios de enfermería que labora en los servicios de pediatría de los hospitales de segundo nivel del IMSS sobre las leyes y reglamentos que rigen su práctica profesional?

Marco teórico

La enfermería es una profesión y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos. Ejerce sus funciones en los ámbitos donde la persona vive, trabaja, estudia, se recrea y se desarrolla, y en las instituciones que directa o indirectamente atienden la salud.

La ley tiene un determinado número de aplicaciones en enfermería: proporciona un modelo para determinar que acciones de los cuidados al usuario son legales; hace una distinción entre las responsabilidades de las enfermeras y las del resto de los profesionales de la salud; ayuda a establecer los límites de las acciones independientes en enfermería, y por último, permite mantener una base para la práctica profesional obligando a estar dentro de la legalidad.

El profesional sanitario deberá dominar las materias estudiadas en su carrera, es decir, tener conocimientos necesarios y exigibles para ejercer la enfermería sin temeridad, renovar y actualizar sus conocimientos constantemente y utilizar todos los medios a su alcance para beneficio de su paciente, siguiendo la máxima hipocrática: «deberá tratar al enfermo como quisiera ser tratado».

A medida que ha evolucionado la práctica de la enfermería, los enfoques respecto a la regulación legal se basan en mecanismos que tiene como fin establecer los criterios coherentes para el reconocimiento de la práctica avanzada.

En nuestro país, y en particular en el ámbito local, cada día son más frecuentes las demandas por casos de responsabilidad profesional.

Es evidente que la convivencia social genera cierto número y determinada calidad de exigencias morales o jurídicas, o ambas a la vez, que no es posible ni aconsejable desconocer o rehuir. El acatamiento de esas exigencias, es decir, el acatamiento de esos deberes, si se trata de las exigencias contenidas en normas jurídicas acarrearán la

aprobación social y acaso el estímulo y la recompensa, en tanto que el incumplimiento de las obligaciones traerá consigo el reproche y con éste una reacción jurídica más o menos intensa según la mayor o menor importancia de las exigencias formuladas y del incumplimiento en que incurra el obligado.

Justificación

La oportunidad que se otorga a la población para manifestar su inconformidad por servicios relacionados a la salud se puso de manifiesto con la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) en 1996, a esta institución se han agregado instancias alternativas para la solución de controversias en más de quince estados de la República.

En contraparte, no existe una instancia alterna para los prestadores de servicios de salud, se han planteado alternativas que permitan la solución de esas posibles demandas o acusaciones, justificadas o no; destaca la contratación de servicios jurídicos (seguros de protección profesional), sin embargo, esta medida no es la más recomendable ya que se pierde la esencia de la relación enfermera-paciente, se convierte en un asunto que se resuelve entre las argucias de los abogados.

La forma más recomendable de prevenir y solucionar las insatisfacciones es que el personal de salud tenga la información adecuada sobre la normatividad sanitaria institucional, profesional, civil y penal relacionada con la práctica profesional de enfermería.

Objetivo

Determinar el grado de conocimientos que tiene el personal de enfermería de la normatividad que regula su práctica profesional.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, transversal descriptivo. Se entrevistaron a enfermeros (as) que laboraron en áreas de pediatría de los

hospitales de segundo nivel (hospitales 14, 45, 46, 89, 110) del IMSS de la zona metropolitana de Guadalajara.

Cuadro 1
Encuestas por unidad/servicio,
hospitales de 2° nivel de la zona metropolitana de Guadalajara
enero 2002

Unidad	Cunero	UCIN	UCIP	Hospital	Urgencias	Total
14	*	*	*	16	15	31
45	9	3	*	18	8	38
46	8	7	*	35	28	78
89	*	*	*	13	29	42
110	8	14	7	23	5	57
Total	25	24	7	105	85	246

Fuente: Encuesta.

Resultados

Se aplicaron un total de 246 encuestas, principalmente en el Hospital General Regional núm. 46 con 78 registros y el Hospital General Regional núm. 110, con 57 registros; hay una razón de 1:2 de participación con relación a las otras unidades. Los tipos de servicios de pediatría que son atendidos por el personal de enfermería encuestado son piso y urgencias (cuadro 1).

El tipo de personal más encuestado fue la enfermera general, en todas las unidades, y se observó que en el Hospital General Regional núm. 45 no hay auxiliares de enfermería en los servicios pediátricos. En el Hospital General Regional núm. 89 no se encuestaron enfermera especialista en pediatría.

Los indicadores del IMSS refieren que debe de haber solamente enfermeros (as) especialista en las ICIN y terapias pediátricas, una por piso de hospitalización y uno (a) especialista en pediatría en urgencias (cuadro 2).

Cuadro 2
Categorías del personal de enfermería, hospitales IMSS
2° nivel zona metropolitana de Guadalajara. Enero 2002

Unidad	Auxiliar	General	Especial	Jefe piso	Subjefe	Muestra
14	25.8	38.7	16.1	12.9	6.5	31
45	–	63.2	15.8	10.5	10.5	38
46	19.2	57.7	9.0	12.8	1.3	78
89	16.7	54.8	–	21.4	7.1	42
110	15.8	40.4	26.3	10.5	7.0	57
Total	15.9	51.6	13.4	13.4	5.7	246

Fuente: Encuesta.

El nivel académico que predominó fue el de enfermería general; en el Hospital General Regional núm. 45 el mayor porcentaje fue de enfermeras especialistas, y el Hospital General Regional núm. 89 tiene un importante porcentaje de enfermeras con licenciatura; y no se encontró personal con maestría o doctorado. Se observa una tendencia a mejorar el nivel académico (cuadro 3).

El Hospital General de Zona núm. 14 tiene el personal que más ha recibido capacitación de normatividad. En general, el personal de enfermería está por debajo del 50 % de no-capacitación. Referente a

Cuadro 3
Nivel académico del personal de enfermería en hospitales IMSS
2° nivel zona metropolitana de Guadalajara. Enero 2002

Unidad	Auxiliar	General	Especial	Licenciatura	Muestra
14	–	51.6	45.2	3.2	31
45	2.6	31.6	52.6	13.2	38
46	1.3	57.7	29.5	11.5	78
89	2.4	52.4	23.8	21.4	42
110	1.8	45.6	40.4	12.3	57
Total	1.6	49.2	36.6	12.6	246

Fuente: Encuesta.

cursos normativos durante su práctica laboral se aprecia que 146 personas encuestadas no cuentan con ellos. Destacaron los temas: proceso de la enfermería y aspectos legales de la profesión de enfermería.

En el Hospital General de Zona núm.14 las respuestas fueron acertadas en mayor proporción; el 26% del total aceptó no saber, con lo cual se demostró que el 55.3% no sabe a que se refiere el artículo 4° Constitucional. Existe una proporción de 1:1.2; de cada persona que sabe el 1.2 no tiene el conocimiento.

Del personal de las diferentes unidades, 246 en total, 207 no saben quién es la máxima autoridad, y del mismo, 7% se declaró no

Cuadro 4
Capacitación del personal de enfermería, hospitales IMSS
2° nivel, zona metropolitana de Guadalajara. Enero 2002

Unidad	Sí	%	Muestra
14	18	58.1	31
45	15	39.5	38
46	27	34.6	78
89	13	31.0	42
110	27	47.4	57
Total	100	40.7	246

Fuente: Encuesta.

Cuadro 5
Conocimiento del artículo 4° constitucional, hospitales IMSS
2° nivel, zona metropolitana de Guadalajara. Enero 2002

Unidad	Sí	No	No abs.	Muestra
14	54.8	9.7	35.5	31
45	44.7	28.9	26.3	38
46	48.7	34.6	16.7	78
89	40.5	31.0	28.6	42
110	36.8	31.6	31.6	57
Total	44.7	29.3	26.0	246

Fuente: Encuesta.

Cuadro 6
 Conocimiento de la autoridad máxima en salud hospitales IMSS
 2° nivel zona metropolitana de Guadalajara. Enero 2002

Unidad	Sí	No	No abs	Muestra
14	45.2	48.4	6.5	31
45	10.5	78.9	10.5	38
46	11.5	84.6	3.8	78
89	9.5	83.3	7.1	42
110	14.0	80.7	5.3	57
Total	15.9	78.0	6.1	246

Fuente: Encuesta.

tener conocimiento en una proporción de 1:0.2; de cada persona que no sabe el 0.2 tiene el conocimiento.

El 86% del personal de enfermería contestó que la ignorancia no excusa su incumplimiento, y solo un 4.5% lo desconoce absolutamente. En el Hospital General de Zona Núm. 14 se apreció que nadie desconoce esta aseveración.

En lo que se refiere al conocimiento de la Norma Oficial Mexicana 168, que trata del expediente clínico, el 36% contestó asertivamente y el 64% la desconoce.

Cuadro 7
 Conocimientos del cumplimiento de las leyes hospitales IMSS
 2° nivel zona metropolitana de Guadalajara. Enero 2002

Unidad	Sí	No	No abs	Muestra
14	16.1	83.9	0	31
45	7.9	84.2	7.9	38
46	10.3	87.2	2.6	78
89	0.0	92.9	7.1	42
110	12.3	82.5	5.3	57
Total	9.3	86.2	4.5	246

Fuente: Encuesta.

La Norma Oficial Mexicana sobre el expediente clínico menciona las características que debe tener el reporte de la hoja de enfermería, y se examinó que más del 90% contestó apropiadamente; el 3% manifestó no conocer (cuadro 9).

La Ley General de Salud, artículo 469, establece las sanciones que se aplicarán al personal de enfermería que sin causa justificada se niegue a dar atención. En el Hospital General Regional núm. 46 el 50% de personal las desconoce; aquí también se muestra que en términos generales el 45.2 % de todo el personal encuestado no tiene el conocimiento de dichas sanciones (Cuadro 10).

Cuadro 8
Conocimientos sobre la norma oficial mexicana-168 «del expediente clínico»
hospitales IMSS, 2° nivel, zona metropolitana de Guadalajara. Enero 2002

Unidad	Sí	No	No abs	Muestra
14	48.4	0	51.6	31
45	26.3	15.8	57.9	38
46	30.8	32.1	37.2	78
89	21.4	26.2	52.4	42
110	54.4	10.5	35.1	57
Total	36.2	19.5	44.3	246

Fuente: Encuesta.

Cuadro 9
Conocimientos del reporte y características de la hoja de enfermería según la norma
168, hospitales IMSS, 2° nivel, zona metropolitana de Guadalajara. Enero 2002

Unidad	Sí	No	No abs.	Muestra
14	90.3	6.5	3.2	31
45	97.4	0.0	2.6	38
46	97.4	2.6	0.0	78
89	92.9	2.4	4.8	42
110	89.5	5.3	5.3	57
Total	93.9	3.3	2.8	246

Fuente: Encuesta.

Cuadro 10
 Conocimientos sobre sanciones que marca la Ley General de Salud, hospitales IMSS
 2° nivel, zona metropolitana de Guadalajara. Enero 2002

Unidad	Sí	No	No abs.	Muestra
14	54.8	12.9	32.3	31
45	55.3	7.9	36.8	38
46	50.0	17.9	32.1	78
89	57.1	2.4	40.5	42
110	59.6	3.5	36.8	57
Total	54.9	9.8	35.4	246

Fuente: Encuesta.

El 92% del personal de enfermería contestó saber cuales son sus obligaciones cuando presta un servicio de acuerdo con el artículo 33 de la Ley de Profesiones; un 4.5 % las desconocen absolutamente (Cuadro 11).

El 72% del personal de enfermería dijo conocer las leyes que establecen el secreto profesional y el 6 % las desconocen absolutamente, quedando de la siguiente manera: 2.5 que sí sabe; 1 no sabe = 2.5:1.

Respecto a la variante sobre regulación de la profesión de enfermería, el 84 % contestó acertadamente y sólo un 5 % lo desconoce; de

Cuadro 11
 Conocimientos sobre obligaciones que marca la Ley de Profesiones, hospitales IMSS,
 2° nivel zona metropolitana de Guadalajara. Enero 2002

Unidad	Sí	No	No abs.	Muestra
14	90.3	3.2	6.5	31
45	89.5	10.5	0.0	38
46	91.0	3.8	5.1	78
89	95.2	2.4	2.4	42
110	93.0	0.0	7.0	57
Total	91.9	3.7	4.5	246

Fuente: Encuesta.

Cuadro 12
 Conocimientos sobre el secreto profesional, hospitales IMSS,
 2° nivel, zona metropolitana de Guadalajara. Enero 2002

Unidad	Sí	No	No abs.	Muestra
14	77.4	16.1	6.5	31
45	73.7	18.4	7.9	38
46	71.8	25.6	2.6	78
89	78.6	14.3	7.1	42
110	63.2	28.1	8.8	57
Total	72.0	22.0	6.1	246

Fuente: Encuesta.

Cuadro 13
 Conocimientos que tiene el personal de enfermería de la regulación de la práctica
 profesional, hospitales IMSS, 2° nivel, zona metropolitana de Guadalajara. Enero 2002

Unidad	Sí	No	No abs.	Muestra
14	67.7	25.8	6.5	31
45	92.1	7.9	0.0	38
46	93.6	2.6	3.8	78
89	66.7	28.6	4.8	42
110	86.0	5.3	8.8	57
Total	83.7	11.3	4.9	246

Fuente: Encuesta.

cada una de las unidades hospitalarias se apreció que en más del 60% correctamente.

Discusión

La práctica de la enfermería requiere que su personal, en todos y en cada uno de sus actos, transmita los valores y virtudes que distinguen a los seres humanos.

La práctica de la enfermería requiere que en todos y cada uno de los actos que realiza su personal, aplique los conocimientos que se adquieren durante la preparación profesional, aunado a la capacita-

ción continua, en cualquiera de sus modalidades, cursos de especialización, diplomados o cursos monográficos, incluso asistencia a eventos académicos.

La práctica de la enfermería es con mucho la asociación de valores humanos y conocimientos técnicos puestas al servicio de los pacientes, su familia y la comunidad.

Existe un tercer componente que por diversas razones se le había dado poco interés, el que se refiere a los aspectos legales. Éstos son los que regulan que la práctica de las profesiones, en nuestro caso de la enfermería, se cumpla de acuerdo con las bases legales establecidas para dicha práctica.

Por su parte, los pacientes, su familia y la comunidad que requieren y demandan la atención que les restituya la salud perdida o disminuida deben aportar la parte de sus valores y conocimientos para recibir esta atención acorde con las concesiones legales que usufructúan.

De tal forma que al tener a dos partes involucradas en un acto como lo es la atención de una persona por parte de un profesional se genera un compromiso en el que ambas partes tienen sus derechos y obligaciones, el incumplimiento de éstas por alguna de las partes es susceptible de ser sancionada.

Los practicantes de la enfermería deben considerar que toda relación con sus pacientes genera derechos y obligaciones, las cuales están documentadas en leyes, reglamentos, normas y manuales que regulan su ejercicio profesional. Entre otras, se pueden consultar:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley General de Salud
- Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Jalisco.
- Ley Federal del Trabajo
- Ley del Seguro Social
- Contrato Colectivo de Trabajo (IMSS)
- Normas Oficiales Mexicanas.

Las respuestas obtenidas por parte del personal entrevistado contrastan con los diferentes documentos que conforman la base legal de nuestra profesión, difieren en algunos aspectos de manera importante: sobre las garantías de salud para todos los mexicanos, el 40% declaró no saber, el 45% sí lo supo, el resto no acertó a la respuesta correcta.

Una de las preguntas más importantes que se planteó en la encuesta fue que el desconocimiento de la ley no exime de responsabilidad, solamente el 9% emitió una respuesta correcta.

Los aspectos técnicos legales que regulan la práctica profesional para la atención de los pacientes están contenidos en la NOM-168, del expediente clínico, sobre ella el personal de enfermería manifestó saber de su existencia en un 36%.

El personal de enfermería entrevistado declaró, en un 93%, lo referente a los registros que deben realizar de su práctica profesional.

Otro de los aspectos poco conocido por el personal de enfermería entrevistado es el que se refiere a las sanciones que la Ley General de Salud prevé por no cumplir cabalmente con sus obligaciones, ya que solo el 55% lo manifestó.

En cuanto a las sanciones a que previene la Ley de Profesiones, el 92% manifestó saberlo.

En cuanto al secreto profesional, el 72% refiere saber lo referente a él.

Sólo el 71% declaró que sabe que en su servicio existen los documentos relacionados con la normatividad que se debe aplicar en los servicios del hospital, en particular en los de pediatría.

Uno de los aspectos que más nos deben interesar como trabajadores es la normatividad establecida en el contrato colectivo de trabajo, solo el 67% sabe lo relacionado con sus propias condiciones contractuales.

Conclusiones

El grado de conocimiento sobre la legislación que regula la práctica de la enfermería en términos generales es bajo.

La falta de preparación en este campo está dada desde la formación del personal profesional de enfermería.

La falta de oferta educativa para solventar este déficit de conocimientos.

El conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre el registro de sus actividades es importante.

Insuficiente información del personal de enfermería de las leyes que lo rigen.

Recomendaciones

Lo anterior nos lleva a recomendar a nuestros compañeros de profesión la importante necesidad de actualizarse en aspectos normativos con los cuales obtendremos beneficios directos en nuestro trabajo, pero principalmente en la satisfacción de cumplir con el compromiso que hemos contraído por nuestra convicción para mejorar la atención de nuestros pacientes.

Recomendamos que el sector educativo incluya en sus programas de estudios la temática relacionada con la normatividad en salud, en los aspectos legales, civiles y penales.

A que los representantes sindicales fortalezcan sus programas de capacitación en materia de derechos y obligaciones, en particular las que tiene el personal de enfermería.

Que las autoridades del IMSS, a través de sus áreas de enseñanza e investigación, incluyan en los programas de educación continua temas sobre aspectos normativos de la profesión y promuevan la investigación en este campo.

Que el personal de enfermería esté más sensibilizado para retomar los temas de legislación que recibió durante su formación acorde

a las necesidades actuales con el fin de mejorar su desempeño personal y profesional.

Que los enfermeros tomen conciencia de que el progreso y los cambios en las prácticas de atención en salud exigen nuevas responsabilidades profesionales que plantean la necesidad de conocimientos y habilidades para la toma de decisiones de índole clínica-terapéutica, pero sin olvidar que todas nuestras acciones tienen un marco ético-legal.

Bibliografía

Kozier-Erb-Ollvieri, *Enfermería fundamental, conceptos, proceso y práctica*, 4ª. Edición. Mc.Graw Hill Interamericana, tomo I

Hospitales Civiles 2001, *Gaceta Informativa*, núm. I, Hospital Civil, septiembre, P5.

Sergio García Ramírez (2000) *La Responsabilidad penal del medico*, Editorial Porrúa, México.

Humberto Rodríguez Martínez, «Ética y responsabilidad en el ejercicio de la medicina, memorias XXVII Asamblea Nacional, Guadalajara, Jalisco 30 y 31 de octubre de 1998.

Ley General de Salud 2000, 16ª. Edición tomos I y II, Editorial Porrúa, México.

Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Jalisco, Editorial Paco.

Ley Federal del Trabajo, 82ª. Edición Actualizada, 2001.

Ley del Seguro Social 2001, Leyes Complementarias Actualizadas. 2001 Ediciones Delma, México

Diario Oficial De la Federación (Normas Oficiales Mexicanas)

NOM-003-SSA2-1993

NOM-007-SSA2-1993

NOM-008-SSA2-1993

NOM-023-SSA2-1994

NOM-026-SSA2-1998

NOM-031-SSA2-1999

NOM-0168-SSA1-1998

Instituto Mexicano del Seguro Social, Contrato Colectivo de Trabajo,
1999-2001, México marzo 2000.

COMENTARIOS

Francisco Javier Vázquez Cortés y
Laura Fabiola Machuca Martínez*

Consideramos que esta ponencia, por el tema en cuestión, resulta de interés para la CAMEJAL y para todas las comisiones estatales de arbitraje médico.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, como organismo descentralizado de la administración pública federal que brinda atenciones médicas a una gran parte de la clase trabajadora mexicana, por obvias razones, en virtud de la carga de trabajo, recibe también un número considerable de quejas, mismas que son atendidas en el propio Instituto, de conformidad con lo establecido en su Ley. Con la creación de la CONAMED, cuya competencia es también a nivel federal y conoce de quejas por servicios de atención médica, fue necesario celebrar un convenio con el propio Instituto, a través del cual dicha Comisión, en coordinación con el IMSS, apoyaría a la resolución de las quejas de sus derechohabientes; posteriormente, fueron creadas las comisiones de arbitraje médico estatales, las cuales por su propia naturaleza y atribuciones de carácter local carecen de competencia frente a organismos descentralizados de la administración pública federal, como es el caso del IMSS, ante el cual sí es competente la CONAMED, creando esto problemas de logística administrativa muy importantes, ya que los ciudadanos de los estados lejanos al Distrito Federal ten-

* *Equipo Conciliador «B» de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.*

drían que presentar sus inconformidades en dicho organismo, lo que representa altos costos económicos y de tiempo.

Así pues, resulta interesante la ponencia en comentario y el planteamiento de las preguntas y las respuestas realizadas en el presente trabajo, al cual haremos las siguientes consideraciones: en primer término, es indudable que toda persona tiene el derecho a la protección de la salud, conforme a lo establecido en el artículo 4º de nuestra Constitución Federal, y quedan claras las apreciaciones del ponente en relación al ámbito jurisdiccional y de competencia de los diversos organismos, como lo sería la Camejal. Resulta interesante lo señalado por dicho ponente en relación al por qué del interés de la Camejal en conocer de las quejas contra el personal médico de las clínicas y hospitales del IMSS en Jalisco, ya que su planteamiento podría ser una posibilidad de conocer la realidad en cuanto a la capacidad del Instituto Mexicano del Seguro Social para atender todas las inconformidades de sus derechohabientes y resolverlas de manera pronta, imparcial y expedita; sin embargo, sugeriríamos adicionar otros factores contundentes, como serían la ubicación geográfica para la solución de sus quejas, el hecho de que las quejas fueran resueltas por personal ajeno al IMSS para evitar la impresión de parcialidad por parte de los usuarios, menos pasos en el proceso, capacidad de los propios jaliscienses de resolver sus problemas de acuerdo con su idiosincrasia, menos costo financiero, etcétera, que darían un apoyo jurídico más sólido para fundamentar la participación de la Camejal, o de cualquier otra comisión estatal, en la solución de las inconformidades médicas del ámbito federal (IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena, etcétera).

*La Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Michoacán
y las instituciones de salud*

La presente ponencia nos muestra de una manera clara, las funciones realizadas por la Comisión Estatal de Arbitraje Médico del Estado

de Michoacán, la cual es un buen ejemplo del esfuerzo que en ella están realizando sus integrantes para lograr la colaboración de la propia Comisión con las diferentes instituciones de salud, incluyendo las federales y su fundamentación para lograr conjuntamente la solución de las inconformidades médicas que ante ella se plantean.

Cabe señalar que los esfuerzos de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco se llevan a cabo en la misma dirección, buscando ante todo satisfacer de la mejor manera las aspiraciones de nuestros usuarios como institución pública.

Conocimiento de la normatividad de responsabilidad profesional

El presente trabajo de investigación, en su introducción, nos hace ver la preocupación ya palpable, del personal de enfermería en relación a ser motivo de queja por los servicios por ellas prestados y de la necesidad imperante del conocimiento del marco jurídico en este ámbito.

Resulta ser un trabajo muy interesante en el que se nos muestra cuantitativamente mediante la técnica de encuesta, que el grado de conocimiento sobre la legislación que regula la práctica de la enfermería, en términos generales, es bajo: la falta de preparación se da debido a una formación deficiente del personal profesional de enfermería en este campo, no existe una oferta educativa suficiente o adecuada para solventar este déficit de conocimientos; y en el aspecto positivo, el conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre el registro de sus actividades es importante.

Basadas en los resultados de su investigación, las autoras hacen una serie de recomendaciones, las cuales nos parecen muy prudentes y atinadas, pues su objetivo es fomentar la educación y el conocimiento de los alcances jurídicos de su actividad profesional y en consecuencia una mejor calidad de atención.

*Propuestas del Colegio de Especialistas en Cirugía General de Jalisco
para el abordaje de los conflictos en salud*

La calidad y trascendencia de las ideas abordadas en este trabajo son muy importantes y podrían ser tomados como ejemplo para ser difundidas y llevadas a cabo por todos los colegios de profesionistas, en especial de médicos, los cuales se han visto en los últimos años involucrados en un número importante de inconformidades por la atención brindada; sin embargo, en el punto en el que difiere nuestra opinión, es precisamente en la cuestión planteada por el ponente en relación a que a través de la formación de un comité de calidad de atención, integrado por peritos del propio Colegio, «participar en la conciliación, el arbitraje y la sanción para sus propios agremiados que se vieran involucrados en situaciones jurídicas», por lo tanto consideramos que los colegios médicos no deben tener atribuciones para conocer y resolver conflictos de atención médica, por ser de su propia actividad, lo que los convertiría en juez y parte, lo cual no resultaría conveniente para el usuario.

Nuestra consideración estriba en manifestar que este tipo de organizaciones son de mucha utilidad para los organismos encargados de atender las inconformidades de los usuarios de servicios de atención médica, prestando apoyo y, de acuerdo con sus competencias profesionales, emitir opiniones técnico-médicas que son de alta calidad, para facilitar la solución de los conflictos de una manera justa, profesional e imparcial.



GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

Lic. Francisco Ramírez Acuña
Gobernador Constitucional del Estado de Jalisco

Lic. Héctor Pérez Plazola
Secretario General de Gobierno

Dr. Alfonso Petersen Farah
Secretario de Salud del Estado de Jalisco



CONSEJO DE LA
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE JALISCO

Dr. Alfredo Ramos Ramos
Presidente

Dr. Alfonso Petersen Farah
Secretario de Salud del Estado de Jalisco

Dr. Alfonso Aceves Escárcega
Presidente de la Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico

Dr. Humberto Muñoz López
*Presidente de la Federación Jalisciense
de Colegios, Asociaciones y Academias de Profesionistas*

Dr. Adrian Chuck Sepúlveda
*Presidente de la Federación
de Colegios de Profesionistas del Estado de Jalisco*

Dr. Armando Zavala Sánchez
*Representante del Consejo Coordinador
de Colegios de Profesionistas de Jalisco*

Dr. Adalberto Vázquez García
Representante de la Universidad Autónoma de Guadalajara

Dr. Raul Vargas López
Representante de la Universidad de Guadalajara

Arbitraje médico:
recurso para la calidad de la atención
terminó de imprimirse en octubre del 2002 en los
talleres de Impresora de las Américas
Caña 3657, La Nogalera, Guadalajara, Jalisco, México
se tiraron 3 000 ejemplares más sobrantes para reposición

Composición tipográfica:
RAYUELA, DISEÑO EDITORIAL

Con la búsqueda de explicaciones naturales para las enfermedades se incorporó también la necesidad de explicar los procedimientos curativos, de forma tal que se inició también lo que ahora tenemos como actividades de vigilancia al ejercicio profesional de la medicina.

La fusión del derecho y la medicina, como propuesta de mejora continua de la calidad de los servicios, es la perspectiva de trabajo de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (Camejal) y con ésta como principio se programó la actividad académica titulada «Arbitraje médico. Recurso para la calidad de la atención», que motiva esta publicación.

Esta publicación incorpora la conferencia magistral «Ética médica laica: una visión profesional», que el doctor Ruy Pérez Tamayo, profesor emérito de la Facultad de Medicina de la UNAM, e incluye un resumen del informe anual de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

Un especial agradecimiento a  PISA[®]
FARMACEUTICA
MEXICANA

