

COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO
DEL ESTADO DE JALISCO
INFORME DE ACTIVIDADES 2004

GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO
DEL ESTADO DE JALISCO



COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO
DEL ESTADO DE JALISCO 2004
INFORME DE ACTIVIDADES

GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO
DEL ESTADO DE JALISCO
2005

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| LA EQUIDAD ENTRE USUARIOS Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD | 7 |
| <i>Acción de divulgación en televisión, radio y prensa</i> | 8 |
| <i>Orientación y asesoría a los usuarios de servicios de salud</i> | 9 |
| ENFOQUE DE LA PREVENCIÓN EN LAS ACCIONES DE CAMEJAL | 10 |
| <i>Actividades de difusión y asesoría a los prestadores de servicios de salud</i> | 11 |
| LA DISCRECIÓN Y LA CONFIDENCIALIDAD | 14 |
| <i>Análisis de las quejas por categorías de instituciones y no por nombres propios</i> | 14 |
| <i>Análisis de las estadísticas con base poblacional y no con lógica de porcentajes</i> | 15 |
| LAS CONCLUSIONES COLEGIADAS | 19 |
| <i>Estructura del Consejo de Camejal.</i> | |
| <i>Origen de una política institucional</i> | 19 |
| <i>Opinión técnica. De política institucional a principio imprescindible para el análisis científico del acto médico cuestionado</i> | 20 |
| LA DESCONCENTRACIÓN ESTATAL | 23 |
| <i>Camejal en la zona metropolitana de Guadalajara y fuera de la zona metropolitana</i> | 23 |

| | |
|--|----|
| LA DESCENTRALIZACIÓN COMO VALOR IRRENUNCIABLE | 25 |
| <i>Camejal y las instituciones de salud estatales y federales</i> | 25 |
| VINCULACIÓN INSTITUCIONAL | 28 |
| <i>Gestión de servicios: Producto de la colaboración interinstitucional</i> | 28 |
| <i>Impacto de Camejal en la calidad de los servicios de salud</i> | 31 |
| RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ATENCIÓN A QUEJAS Y SOLICITUDES DE OPINIONES TÉCNICAS | 38 |
| <i>Solicitudes de atención recibidas de junio 2001 a diciembre 2004</i> | 38 |
| <i>Casos concluidos; su número y forma de resolución</i> | 41 |
| <i>Casos documentados de responsabilidad profesional</i> | 47 |
| EVOLUCIÓN PRESUPUESTAL | 50 |
| COROLARIO | 52 |

INTRODUCCIÓN

A cuatro años de que la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (Camejal) inició la atención a la población, consideramos pertinente hacer un alto para dirigir nuestras reflexiones hacia el plan de desarrollo institucional, documento que dimos a conocer en el libro *El arbitraje médico en Jalisco*. Esta publicación, entre otros aspectos señala siete puntos en los que se definieron las políticas que el Consejo, como máximo órgano de gobierno, determinó para el funcionamiento de este organismo público descentralizado.

Hoy compartimos con la sociedad jalisciense nuestra valoración del avance logrado, informamos también los resultados obtenidos y, por supuesto, señalamos los rezagos y retos a futuro.

Cuadro 1
Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.
Políticas de desarrollo institucional

1. Equidad entre usuario y prestador de servicios de salud
2. Enfoque de la Prevención en nuestras acciones
3. Discreción y confidencialidad
4. Conclusiones colegiadas
5. Desconcentración estatal
6. Descentralización como valor irrenunciable
7. Vinculación Institucional

Fuente: *El arbitraje médico en Jalisco, Camejal/Gobierno del Estado de Jalisco, 2002: 27-29.*

LA EQUIDAD ENTRE USUARIOS Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

El hecho de que la Ley Estatal de Salud establezca que los derechos de usuario y de prestadores de servicios de salud deben ser promovidos bajo el principio de equidad, es lo que determinó que el Consejo de la Camejal ubicara como acciones de privilegio todas aquellas que se relacionen con el propósito de promover la cultura de los derechos hu-

manos en salud, señalando enfáticamente como valor fundamental, la garantía de que en nuestros procesos de intervención ninguna de las partes de un conflicto médico-paciente está por encima del otro.

Acción de divulgación en televisión, radio y prensa

Con esta perspectiva de nuestra función, hemos desarrollado 349 acciones de divulgación de la Camejal ante los diferentes medios de comunicación masiva, con un comportamiento diferencial según el medio de que se trate. La participación de Camejal ante diferentes estaciones de radio muestra una línea ascendente de 2001 a 2004, de la misma forma que se observa en nuestra presencia ante las cámaras de televisión, a diferencia de las notas periodísticas por año, donde informamos un comportamiento irregular que seguramente obedece al manejo periodístico de temas con diferentes grados de interés social.

Cuadro 2
Acciones de divulgación a través de diferentes medios
de comunicación masiva
Camejal, junio 2001-diciembre 2004

| Medios de comunicación | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | Total |
|---------------------------|------|------|------|------|-------|
| Entrevistas en radio | 15 | 11 | 16 | 30 | 72 |
| Entrevistas en televisión | 9 | 4 | 8 | 11 | 32 |
| Notas periodísticas | 85 | 73 | 36 | 51 | 245 |
| Total | 109 | 88 | 60 | 92 | 349 |

Fuente: Archivo Camejal.

El eje integrador de todas estas participaciones, fue el propósito de promover a Camejal como una instancia de resolución alterna a los conflictos entre usuarios y prestadores de servicios de salud, dando a conocer los alcances y limitaciones del proceso de construcción del laudo, puntualizando la opción de finiquito a través de acuerdos de conciliación, como un derecho que corresponde a la libre decisión de

las partes, pero, sobre todo, resaltando que, para hacer posible la aplicación de nuestros procesos, es necesario que se identifique la actuación de un profesional de la salud, un daño a la salud de un paciente y una hipótesis de relación entre estas dos variables. Estos elementos son necesarios y suficientes para nuestra participación y puntualizan nuestro compromiso de atender alguna problemática en un marco de equidad entre las partes, tal como lo establece la Ley Estatal de Salud.

Orientación y asesoría a los usuarios de servicios de salud

Es importante advertir que esta cobertura de divulgación nos ha permitido llegar a muchos habitantes del estado, sin embargo, el número y tipo de atenciones otorgadas son la evidencia de que el propósito de posicionar a la Camejal como una opción para los jaliscienses se encuentra lejos aún de nuestra realidad, puesto que en 11 de cada 100 solicitudes de servicios nos limitamos a ofrecer la asesoría adecuada para inconformidades relacionadas con incapacidades, pensiones con porcentajes insatisfactorios o incumplimientos contractuales de compañías de seguros de gastos médicos, entre otras solicitudes de intervención, que aún cuando sí están relacionadas con instituciones de salud, el carácter de la inconformidad no se ajusta a las atribuciones que la Ley Estatal de Salud nos otorga.

En donde mejor se manifiesta la urgente necesidad de divulgar de mejor manera nuestras funciones, es en las 15 de cada 100 solicitudes recibidas en este periodo, que no solamente no se relacionan con nuestra función y objeto de trabajo, sino que ni siquiera tienen relación con la prestación de servicios de salud, al tratar asuntos laborales, de relaciones interpersonales o de otra índole, y que se resuelven simple y sencillamente orientando a los solicitantes hacia las instituciones públicas o privadas adecuadas al motivo de su petición.

Consideramos que los casos de Orientación y Asesoría son indi-

Cuadro 3
Total de solicitudes de atención recibidas
Camejal, junio 2001-diciembre 2004

| Tipos de atención | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | Total | |
|--------------------|------|------|------|------|-------|-------|
| | | | | | No. | % |
| Orientación | 34 | 50 | 57 | 59 | 200 | 14.2 |
| Asesoría | 25 | 24 | 65 | 59 | 173 | 12.2 |
| Gestión | 10 | 55 | 57 | 70 | 192 | 13.6 |
| Quejas | 128 | 209 | 212 | 201 | 750 | 53.1 |
| Opiniones técnicas | 6 | 15 | 34 | 43 | 98 | 6.9 |
| Total | 203 | 353 | 425 | 432 | 1 413 | 100.0 |

Fuente: Archivo Camejal.

cadoreos negativos, dado que demuestran la deficiente o nula información que tiene un sector importante de la población (26.4% de los solicitantes) sobre las funciones y atribuciones de Camejal, por lo que se manifiesta la necesidad urgente de profesionalizar la divulgación que clarifique estos aspectos.

Dicho de otra manera, una de cada cuatro solicitudes son la mejor evidencia de la necesidad de retomar el reto de completar la estructura organizativa; asimismo, contratar personal para el Departamento de Comunicación Social, que nos permita planificar acciones profesionales para resolver la tarea pendiente en materia de divulgación y como estrategia indispensable para optimizar los recursos existentes, pero, sobre todo, y es una necesidad impostergable por el respeto que nos merece la población de Jalisco, la divulgación y la difusión profesional de nuestras funciones y atribuciones, evitará que los jaliscienses acudan a Camejal en busca de servicios que no se les puede otorgar.

ENFOQUE DE LA PREVENCIÓN EN LAS ACCIONES DE CAMEJAL

Por otra parte, al inicio de esta gestión el Consejo determinó como

política imprescindible el desarrollo de acciones conjuntas con las instituciones de salud, tanto del sector público como privado, así como con los grupos de profesionales de salud organizados en asociaciones civiles, para difundir el enfoque de prevención, buscando transmitir nuestro convencimiento de que las recomendaciones que mejoren la calidad de los servicios de salud deben hacerse antes de que se generen conflictos y no después de que ellos se presenten.

Actividades de difusión y asesoría a los prestadores de servicios de salud

Con esta perspectiva se han desarrollado en los cuatro años de funcionamiento de Camejal 173 actividades de difusión con un enfoque académico, participando mediante ponencias o conferencias científicas de diferentes categorías académicas, con un porcentaje un poco mayor a las participaciones, convocadas por las instituciones de salud (52.3%). De acuerdo al Cuadro 4, resulta interesante observar que las convocatorias recibidas por año, por parte de las asociaciones civiles o colegios de profesionales de la salud, muestran una línea de tendencia en forma ascendente y con un comportamiento regular, hasta llegar a tener en 2004 prácticamente el 100.0 % de incremento respecto a las cifras del año 2003, lo que refleja el grado de confiabilidad que hemos logrado entre las instituciones y las asociaciones civiles.

Tomando en cuenta que en 2001 solamente se trabajó en su segundo semestre (junio-diciembre) y considerando que la información que se presenta incluye las acciones desarrolladas hasta el mes de diciembre de 2004, significa que el periodo que aquí se informa corresponde a 42 meses de trabajo, por tanto resulta que se participó en cuatro eventos de difusión por mes, es decir, prácticamente una de estas actividades cada semana desde junio de 2001 hasta diciembre de 2004.

Es importante señalar que las convocatorias para este tipo de actividades, no solamente las recibimos de instituciones de salud y educati-

Cuadro 4
Acciones de difusión en eventos académicos
con grupos organizados y población receptora
Camejal, junio 2001-diciembre 2004

| Instituciones | Pláticas | | | | | Personas asistentes | | | | |
|----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|---------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | Total | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | Total |
| Instituciones de salud | 15 | 22 | 31 | 23 | 91 | 847 | 1 106 | 2 055 | 1 603 | 5 611 |
| Colegios de profesionistas | 9 | 15 | 18 | 34 | 76 | 1 397 | 1 062 | 1 512 | 2 416 | 6 387 |
| Panel foro Camejal | 1 | 1 | 1 | 3 | 6 | 357 | 190 | 478 | 1 070 | 2 095 |
| Total | 25 | 38 | 50 | 60 | 173 | 2 601 | 2 358 | 4 045 | 5 089 | 14 093 |

Fuente: Archivo Camejal.

vas o colegios de profesionistas del estado de Jalisco. Es altamente satisfactorio agradecer públicamente las invitaciones que recibimos de los estados de Coahuila, Colima, Nayarit, Nuevo León, Michoacán, Sinaloa, Sonora y Veracruz, donde con instituciones estatales de salud en algunos casos, con colegios médicos en otros, e incluso en otros más con las mismas comisiones estatales de arbitraje médico, compartimos nuestra visión de lo que debe ser y es en Jalisco el proceso de arbitraje médico.

Las 173 participaciones en los diferentes foros anteriormente descritos, nos permitió llevar a cabo la difusión de las funciones y atribuciones de la Camejal ante los profesionales de la salud, con lo que se cumple un aspecto importante de los ordenamientos que la Ley Estatal de Salud nos señala, pero, además, con estas acciones desarrollamos también la función de asesoría sobre los aspectos de responsabilidad profesional, fomentado la cultura de los derechos de usuarios y prestadores de servicios de salud con un énfasis particular al respeto y cumplimiento de las normas oficiales mexicanas relacionadas con el ejercicio profesional.

Estamos convencidos de que la explicación del arbitraje médico, las discusiones sobre responsabilidad profesional y la pertinencia de las recomendaciones respecto al expediente clínico, les han aportado elementos de reflexión a los 14 093 profesionales de la salud que escucharon nuestras presentaciones o participaron de alguna manera en los eventos académicos antes descritos.

Independientemente del número de profesionales de la salud que integran nuestra cobertura de difusión a través de los eventos académicos, hemos desarrollado acciones dirigidas a quienes por diferentes circunstancias no asisten a nuestras convocatorias, de tal manera que utilizamos la publicación formal de los documentos que se generan en nuestros eventos académicos, partiendo de la base temática de las conferencias magistrales y ponencias científicas, hasta lograr cinco publicaciones con los títulos siguientes:

Responsabilidad profesional en salud [2 000 ejemplares]. *El arbitraje médico en Jalisco* [1 000 ejemplares]. *Arbitraje médico: Recurso para la calidad de la atención* [3 000 ejemplares]. *Camejal y el expediente clínico* [2 000



ejemplares]. *Los métodos alternativos de resolución de conflictos médicos y su trascendencia social* [Coeditada con las Comisiones Estatales de Michoacán y Nayarit, 1 000 ejemplares].

En cada uno de estos productos editoriales hemos incorporado capítulos expresamente dirigidos a la reflexión de los profesionales de la salud, sobre la trascendencia del cumplimiento de las normas oficiales mexicanas, como un medio para lograr la mejora continua de los servicios de salud.

LA DISCRECIÓN Y LA CONFIDENCIALIDAD

Por la trascendencia de sus conclusiones, la Camejal adoptó como política, el respeto absoluto a la discreción y la confidencialidad sobre la información relativa a los asuntos que maneje, de tal forma que por ningún motivo se ha manifestado una opinión que no esté basada en el estudio, el análisis y la discusión colegiada, que le brinde el carácter técnico-científico.

Análisis de las quejas por categorías de instituciones y no por nombres propios

La discreción como parte de esta política, explica el hecho de que al hablar de la acciones realizadas por Camejal, como ha sido el caso de los tres informes anuales previos al presente, o para contestar a las interrogantes de medios de comunicación masiva y a las mismas instituciones y colegios de profesionistas, utilicemos números para describir la problemática en las diferentes áreas de la relación médico-paciente; pero cuando se nos requiere la identificación por instituciones o unidades hacemos referencia a categorías generales, en lugar de la identificación por nombre y apellido institucional, como cuando utilizamos la categoría de Seguridad Social para mostrar la estadística relacionada con el IMSS, ISSSTE y Sedena, entre otros; así como cuando utilizamos el

término de Medicina Privada, que integra a las unidades hospitalarias y unidades de consulta externa del régimen de servicios particulares, y complementamos con la categoría de Asistencia Social para las instituciones públicas a cargo del estado, como el Hospital Civil de Guadalajara, las unidades del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco y las unidades de Servicios Médicos Municipales.

Cuadro 5
Quejas y opiniones técnicas atendidas, por tipo de institución
Camejal, junio 2001-diciembre 2004

| Tipos de institución | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | Total | |
|----------------------|------|------|------|------|-------|-------|
| | | | | | No. | % |
| Seguridad social | 54 | 76 | 74 | 67 | 271 | 32.0 |
| Asistencia social | 9 | 21 | 31 | 24 | 85 | 10.0 |
| Medicina privada | 71 | 127 | 141 | 153 | 492 | 58.0 |
| Total | 134 | 224 | 246 | 244 | 848 | 100.0 |

Fuente: Archivo Camejal.

Utilizando esta nomenclatura genérica, en los cuatro años que se informan se mantiene prácticamente un comportamiento regular, donde aproximadamente nueve de cada diez casos se relacionan con instituciones de Seguridad Social y Medicina Privada, con fluctuaciones alternantes entre estas dos categorías, pero que en la sumatoria de casos de este periodo, seis de cada diez quejas y opiniones técnicas están relacionadas con unidades de Medicina Privada, mientras que de las instituciones de Seguridad Social provienen 3 de cada diez casos atendidos y uno procede de Instituciones de Asistencia Social.

*Análisis de las estadísticas con base poblacional
y no con lógica de porcentajes*

La aplicación de la política de discreción en el manejo de la información, implica la búsqueda de la adecuada dimensión en los datos esta-

dísticos, evitando el sensacionalismo al mostrar los resultados de nuestro trabajo. Por ejemplo, no es lo mismo decir que el 58.0% de los asuntos atendidos en Camejal son relacionados a las Instituciones de Medicina Privada, que buscar la información correcta para establecer un indicador de inconformidades por cada 100 atenciones de la Medicina Privada. La diferencia es de gran trascendencia para establecer los riesgos de mala calidad en los servicios de salud.

Aplicando este criterio de análisis a los datos, incorporando los egresos hospitalarios y las cifras de consulta externa y atenciones de urgencia, como acciones finales desarrolladas en un año por las instituciones e integradas como indicador con la denominación de «eventos de atención», obtenemos el cuadro siguiente;

Cuadro 6
Quejas y opiniones técnicas recibidas por cada millón de eventos de atención,
por tipo de institución
Camejal, enero-diciembre 2004

| Tipos de institución | Eventos de atención | Casos atendidos | Tasa x 1 000 000 |
|----------------------|---------------------|-----------------|------------------|
| Seguridad social | 9 742 057 | 67 | 6.8 |
| Asistencia social | 6 144 195 | 24 | 3.9 |
| Medicina privada | 890 606 | 153 | 171.8 |
| Total | 16 776 858 | 244 | 14.5 |

Fuente: Archivo Camejal.

Este procedimiento seguramente nos ofrece más posibilidades de análisis que el tradicional porcentaje, dado que al estandarizar el número de solicitudes de atención por Camejal, utilizando como constante cada millón de eventos de atención (tasa), es posible aventurar algunas hipótesis que expliquen los fenómenos observados, particularmente la enorme diferencia entre las cifras de la Seguridad Social y de la Medicina Privada, que en la lógica de porcentajes parecen simi-

lares, pero que, al dimensionarlos como tasas, las conclusiones muestran diferencias de gran trascendencia, dado que significa que al otorgar un millón de eventos de atención por cada uno de estos dos tipos de instituciones, se presentan 25.3 inconformidades entre los pacientes atendidos en Medicina Privada por cada paciente inconforme entre los atendidos por instituciones de Seguridad Social.

Consideramos que la discreción como política de Camejal está también en el esfuerzo que hemos realizado conjuntamente con todas las instituciones de salud, para incorporar la estrategia de tasas en el reporte de las cifras de quejas y opiniones técnicas recibidas, de tal forma que ofrezcan mayores posibilidades de interpretación que el porcentaje, cuando se pretende medir los riesgos de mala práctica profesional en salud.

Esta perspectiva de análisis seguramente que tiene potencial como indicador de calidad de los servicios de salud otorgados por cada una de las especialidades médicas, sin embargo, las deficiencias de los registros en algunos sectores de los servicios de salud, lo hacen imposible por el momento, puesto que si bien contamos con la clasificación de los casos atendidos por el tipo de especialidad médica involucrada, se carece de la información fidedigna del número de eventos de atención por especialidad médica (egresos hospitalarios, consulta externa y atenciones de urgencia), y por lo tanto no se cuenta con el denominador adecuado para convertirlos en indicadores de riesgo del conflicto de manera específica.

Este es un rezago en nuestra gestión de información, que se relaciona directamente con las instituciones de Medicina Privada, donde se identifica de manera más importante la deficiencia e incluso ausencia de información estadística, sin embargo, en lo que se refiere a las instituciones de Seguridad Social y de Asistencia Social, sí logramos obtener información confiable que nos autoriza a presentar re-

Cuadro 7
Especialidades médicas más frecuentemente señaladas como motivo
de queja en la atención hospitalaria de instituciones públicas*
Camejal, enero-diciembre 2004

| Especialidad | Egresos hospitalarios** | Quejas y opiniones técnicas*** | % | Tasa por 100 000 egresos |
|---------------------------|-------------------------|--------------------------------|-------|--------------------------|
| Ginecobstetricia | 127 107 | 20 | 36.4 | 15.7 |
| Ortopedia y Traumatología | 20 702 | 10 | 18.2 | 48.3 |
| Cirugía general | 37 076 | 4 | 7.2 | 10.8 |
| Oftalmología | 9 272 | 2 | 3.6 | 21.6 |
| Cirugía plástica | 9 984 | 2 | 3.6 | 20.0 |
| Otras | 176 766 | 17 | 30.9 | 9.9 |
| Total | 405 359 | 55 | 100.0 | 13.6 |

Fuente: * Instituciones públicas: Instituciones de seguridad social y de asistencia social. ** Información proporcionada a Camejal directamente por las Instituciones. *** Número de quejas y opiniones técnicas relacionadas con atención hospitalaria.

sultados parciales de este análisis respetuoso que pretende ofrecer la dimensión correcta del conflicto médico para cada una de las especialidades médicas, en lo que se refiere al ámbito de la atención hospitalaria exclusivamente.

El Cuadro 7 contiene información muy útil para reforzar nuestra propuesta de manejo cuidadoso de los datos, puesto que resalta la ubicación de la Ginecología y Obstetricia como la especialidad médica con mayor frecuencia en números absolutos, y con un porcentaje al doble del que se refiere a la Ortopedia y Traumatología como motivo de conflicto, sin embargo, cuando se analiza en función del total de pacientes atendidos en hospital (egresos hospitalarios), el resultado se invierte drásticamente, resultando que se presentan tres veces más quejas sobre Ortopedia que sobre Ginecología y que seguramente la relación en números absolutos y de porcentajes, se explica a través del volumen de atenciones tan diferente entre una y otra especialidad.

Esta situación se refleja con toda claridad en relación a las otras especialidades con diferencias que se explican por sí mismas en el cuadro.

Esperamos que en el futuro cercano se puedan manejar reportes similares de todas las áreas de la atención a la salud y en la totalidad de las instituciones públicas y privadas, que tienen la responsabilidad de atender a los jaliscienses, de tal forma que la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, desarrolle cada vez más eficientemente su labor como monitor de la calidad de los servicios de atención a la población y que sirva a las propias instituciones para mejorar la calidad de su quehacer.

LAS CONCLUSIONES COLEGIADAS

En la Ley Estatal de Salud, cuando se establece la conformación del Consejo de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, queda explícita la colaboración de los colegios de profesionales de salud en su estructura y funcionamiento, sin embargo, es conveniente informar que este ordenamiento normativo no se ha quedado en el texto, sino que es una realidad que se manifiesta en los procesos cotidianos y sobre todo en los resultados que se presentan como parte de este informe.

Estructura del Consejo de Camejal. Origen de una política institucional

El origen de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco es consecuencia de las dinámicas de participación activa de los grupos de profesionistas organizados como asociaciones civiles en la entidad y su interacción respetuosa, pero decidida, con las instituciones públicas y privadas en el estado, tanto de salud como de educación superior y particularmente con las instituciones de gobierno. Tal origen se manifiesta claramente en la estructura del Consejo como su máximo órgano de gobierno.

Consejo de la Comisión de Arbitraje Médico
del Estado de Jalisco

Un consejero representante de cada una de las instituciones siguientes:

Secretaría de Salud Jalisco

Universidad de Guadalajara

Universidad Autónoma de Guadalajara

Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico A.C.

Consejo Coordinador de Colegios de Profesionistas de Jalisco A.C.

Federación de Colegios de Profesionistas del Estado de Jalisco A.C.

Federación Jalisciense de Colegios, Asociaciones y Academias de Profesionistas A.C.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco

Comisión de Higiene y Salud Pública del Congreso del Estado de Jalisco.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado, Delegación Jalisco

Fuente: Artículo 91 E de la Ley Estatal de Salud en Jalisco.

La pertinencia de la estructura del Consejo de Camejal se demuestra en la disponibilidad a la participación ciudadana de todos sus integrantes, quienes congruentes con su responsabilidad histórica y con la colaboración interinstitucional como principio, unen sus capacidades para generar propuestas y enriquecer las ideas, hasta convertirlas en acciones por la mejora continua de los servicios de salud a través del arbitraje médico.

Opinión técnica. De política institucional a principio imprescindible para el análisis científico del acto médico cuestionado

Para explicar de mejor manera la participación de los colegios de profesionales de la salud en las funciones de Camejal es necesario recordar lo que establece el párrafo segundo de la fracción VII del artículo 91 C de la Ley Estatal de Salud: «Para la emisión de las opiniones técnicas deberá auxiliarse en la consulta a los colegios de profesionistas de la salud y los demás que se requieran según la naturaleza del caso».

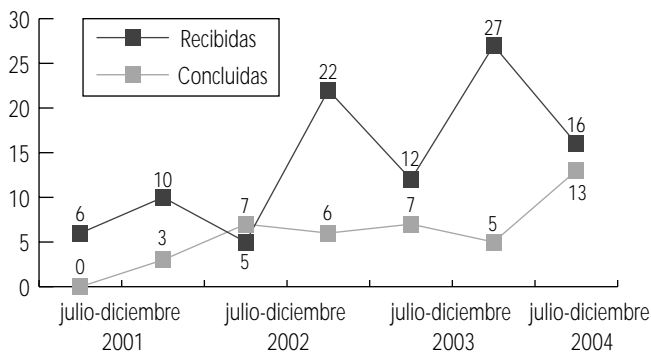
También es importante señalar que Camejal tiene dos posibles entradas para el análisis de casos planteados en el supuesto de actos de mala práctica:

- ❖ Por un lado la queja que fracasa en el intento de finiquito mediante acuerdos de conciliación y que requiere de la emisión de laudo desde el momento en que las partes en conflicto firman el compromiso arbitral.
- ❖ Por otro lado, las solicitudes de las instituciones procuradoras de justicia, defensoras de los derechos humanos o instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, para el esclarecimiento de denuncias, demandas o quejas de mala práctica.

Independientemente del origen de la solicitud de servicio, debe quedar claro que para nuestro proceso de intervención y toma de decisiones, hemos diseñado una metodología de análisis en donde el laudo que concluye un arbitraje o la opinión técnica que da respuesta a una solicitud de dictamen por las instituciones antes descritas, requieren el desarrollo de una investigación científica (análisis con método y con sistema), en donde la participación de un mínimo de tres expertos especialistas integrantes de los colegios de profesionistas en las diferentes disciplinas, resulta fundamental e indispensable.

A cuatro años de la creación de nuestra institución, este tipo de solicitudes se ha presentado con una tendencia francamente ascendente, de tal forma que rebasó ya nuestra capacidad de respuesta pronta y expedita como se requiere, por lo que representa el más bajo nivel de eficiencia que pueda presentarse documentadamente de la Camejal y lo más lamentable es que con los recursos humanos que actualmente se cuenta, no es posible resolver este rezago, sino que por el contrario, la brecha entre opiniones técnicas solicitadas y las presentadas en su conclusión, cada día es más amplia, como aparece en la gráfica a continuación.

Gráfica 1
Solicitudes de opiniones técnicas
Camejal junio 2001-diciembre 2004



Ofrecemos nuestras disculpas a las instituciones que nos han requerido este servicio y manifestamos este aspecto como uno de los retos más urgentes de resolución para el futuro inmediato.

No obstante lo anterior, debemos aclarar que esta baja productividad se refiere a los aspectos cuantitativos, dado que el incremento de solicitudes de opiniones técnicas, solo puede ser explicado en función de la gran calidad técnica y científica de los estudios realizados y las conclusiones presentadas como respuesta y que no son otra cosa que el producto de la colaboración de los colegios de profesionistas de la salud en el funcionamiento de la Camejal, evidencia clara de que la estructura interinstitucional del Consejo no se queda en el texto, sino que es la realidad de una colaboración que trasciende hacia su metodología de trabajo y se manifiesta en los procesos cotidianos; sobre todo en los resultados que se presentan como parte de este informe.

Es imperativo manifestar un reconocimiento al gran sentido social de las asociaciones civiles de profesionales de la salud y a sus integrantes, por su decisiva participación, ya que de 2001 a 2004, se con-

Cuadro 8
Participación de los colegios de profesionales
de la salud en las conclusiones de casos
Camejal, junio 2001-diciembre 2004

| Tipo de atención | Casos | Colegios | Expertos colegiados | Horas trabajadas** |
|---------------------|-------|----------|------------------------|-----------------------|
| Opiniones técnicas* | 32 | 30 | 120 | 1 080 |
| Laudos | 5 | 10 | 16 | 144 |
| Total | 37 | 40 | 136 | 1 224 |

* Opinión técnica denominamos a la respuesta enviada a solicitudes de dictamen por instituciones procuradoras de justicia, defensoras de los derechos humanos o instituciones de salud.

** Se calculan 9 horas promedio por colegiado.

Fuente: Archivo Camejal.

vocó a 40 colegios para contar con 136 de sus integrantes, quienes con su formación de especialistas participaron como expertos en diferentes disciplinas, y bajo el principio metodológico de análisis colegiado, colaboraron con Camejal para garantizar que las 37 conclusiones obtenidas en este periodo, están basadas en la discusión multidisciplinaria, el debate respetuoso y la argumentación sustentada con el conocimiento científico.

LA DESCONCENTRACIÓN ESTATAL

Camejal en la zona metropolitana de Guadalajara y fuera de la zona metropolitana

Desde el inicio de la atención a la población, el Consejo de la Camejal asumió como responsabilidad particular, el sustentar su funcionamiento en la dimensión territorial que le establece como obligación su marco jurídico; es decir, se trata de un organismo estatal, por tanto su cobertura debe ir mas allá de la zona metropolitana de Guadalajara, mediante la ubicación estratégica de oficinas regionales y atender activamente a los 124 municipios por igual, sin embargo, en el periodo

que se informa, esta política plantea trascendentes rezagos, que se hacen evidentes en las cifras del cuadro siguiente.

Cuadro 9
Casos atendidos, según municipio y tipo de atención
Camejal, junio 2001-diciembre 2004

| Tipo de atención | Zona Metropolitana | | Otros municipios | | Total | |
|---------------------------------|--------------------|------|------------------|------|-------|-------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Orientación, asesoría y gestión | 511 | 90.4 | 54 | 9.6 | 565 | 100.0 |
| Quejas | 652 | 86.9 | 98 | 13.1 | 750 | 100.0 |
| Opinión técnica | 90 | 91.8 | 8 | 8.2 | 98 | 100.0 |
| Total | 1 253 | 88.7 | 160 | 11.3 | 1 413 | 100.0 |

Fuente: Archivo Camejal.

Las cifras que se muestran en el cuadro son evidencia del importante rezago de esta política, dado que apenas uno de cada diez asuntos atendidos tiene relación con los 120 municipios que se encuentran fuera de los límites de la zona metropolitana de Guadalajara, de donde proceden prácticamente nueve de cada diez casos atendidos. Sin duda que ello representa el gran compromiso de Camejal, para mantener esta como política de acción prioritaria para el futuro y promover la opción del arbitraje en aquellos municipios que desconocen de sus ventajas para la resolución alternativa de conflictos y probablemente desconocen también la existencia de este organismo público descentralizado.

También es conveniente desglosar la frecuencia de asuntos atendidos entre los 120 municipios que se encuentran fuera de la Zona Metropolitana y donde resaltan cinco de ellos que acumulan poco más de la mitad de solicitudes recibidas por Camejal, sin embargo, igual que en los anteriores informes hemos consignado un aspecto

Cuadro 10
Quejas y opiniones técnicas, por municipio
Camejal, junio 2001-diciembre 2004

| Municipio | Orientación, asesoría y gestión | | Quejas y opiniones técnicas | | Total n | |
|-----------------|------------------------------------|-------|--------------------------------|-------|------------|-------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Puerto Vallarta | 8 | 14.3 | 28 | 28.7 | 36 | 23.6 |
| Ciudad Guzmán | 4 | 7.1 | 9 | 8.9 | 13 | 8.3 |
| Tepatitlán | 4 | 7.1 | 8 | 7.9 | 12 | 7.6 |
| Ocotlán | 3 | 5.3 | 8 | 7.9 | 11 | 7.0 |
| Lagos de Moreno | 3 | 5.3 | 7 | 6.9 | 10 | 6.4 |
| Otros | 32 | 60.7 | 46 | 39.6 | 78 | 47.1 |
| Total | 54 | 100.0 | 106 | 100.0 | 160 | 100.0 |

Fuente: Archivo Camejal.

que también es preocupante y para el cual no tenemos explicación: es el hecho de que prácticamente uno de cada cuatro asuntos que se atienden de estos municipios está relacionado con los servicios de salud que se otorgan en Puerto Vallarta, manteniéndose a una considerable distancia de las frecuencias de los demás. Reiteramos la necesidad de analizar este fenómeno, de tal forma que permita identificar si existen riesgos especiales en la práctica médica otorgada a los vallartenses y, de ser así, desarrollar las propuestas y recomendaciones de acciones alternativas que sean pertinentes para su solución.

LA DESCENTRALIZACIÓN COMO VALOR IRRENUNCIABLE

Camejal y las instituciones de salud estatales y federales

Esta política de desarrollo ha significado una preocupación especial desde el inicio mismo de la gestión del Consejo como máximo órgano de gobierno, por el alto grado de complejidad que reviste la convivencia cotidiana y en un mismo espacio geográfico, de dos tipos de instituciones prestadoras de servicios de salud con dinámicas diferentes entre sí:

- ❖ Las instituciones de Seguridad Social como el IMSS y el ISSSTE, quienes tienen una Dirección Nacional con delegaciones en los estados, mientras que;
- ❖ La Secretaría de Salud atiende a la población sin seguridad social, mediante programas que son responsabilidad y decisión de los gobiernos estatales.

Esta segmentación institucional, determina que en Jalisco la toma de decisiones en salud tienen dos orígenes distintos: aproximadamente el 60% de los jaliscienses es objeto de acciones de atención a la salud, planeadas, dirigidas, controladas y evaluadas por la directiva nacional de las instituciones de seguridad social, ubicada en el Distrito Federal, y las autoridades sanitarias del estado toman decisiones con respecto a la atención del 40% de los jaliscienses, situación que se convierte en problemática, al relacionarse directamente con el objeto de trabajo, las funciones y especialmente con las atribuciones de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (Camejal), señaladas por la fracción III del Artículo 91 C de la Ley Estatal de Salud como: «Recibir, atender e investigar las quejas que presenten los interesados, por la posible irregularidad o negativa injustificada en la prestación de servicios de atención médica».

En este enunciado, la Ley Estatal de Salud en Jalisco no hace ninguna diferenciación de las instituciones de Seguridad Social, sin embargo, el carácter federal de estas instituciones, implícitamente establece la controversia que determina la aplicación de un procedimiento arbitral diferente, particularmente limitado, en relación con los casos de las instituciones del ámbito estatal, dado que desarrollamos en forma parcial nuestras atribuciones, y se ofrecen pobres apoyos a la resolución de conflictos médico-paciente en éstos ámbitos. Con todo y como se puede observar en el Cuadro 5, de cada diez jaliscienses que solicitan nuestra intervención, una tercera parte, son

derechohabientes de la Seguridad Social, por lo que en tiempos reales de trabajo de Camejal, poco más de una de cada cuatro horas-audiencia, se la invertimos a las solicitudes de atención de estas instituciones federales, para la integración de expedientes de queja que posteriormente referimos a las delegaciones estatales respectivas.

Cuadro 11
Número de sesiones, por tipo de institución
Camejal, junio 2001-diciembre 2004

| Tipos de institución | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | Total | |
|----------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | | | | No. | % |
| Seguridad social | 184 | 342 | 324 | 273 | 1 123 | 27.9 |
| Asistencia social | 45 | 109 | 176 | 133 | 463 | 11.5 |
| Medicina privada | 244 | 753 | 648 | 800 | 2 445 | 60.6 |
| Total | 473 | 1 204 | 1 148 | 1 206 | 4 031 | 100.0 |

Fuente: Archivo Camejal.

Es importante señalar que las autoridades estatales del IMSS, ISSSTE y Sedena han mostrado gran disposición de trabajar con Camejal, e incluso en algunas de ellas sí hemos desarrollado el procedimiento completo hasta llegar a la conclusión absoluta de casos de queja. Sin embargo, esto se encuentra muy lejos de ser en la mayoría, aunque se compensa con la disponibilidad para entregarnos información sobre el seguimiento y la conclusión de los casos que documentamos en Camejal y entregamos a las delegaciones estatales, de tal forma que durante el periodo que informamos podemos afirmar que prácticamente una de cada tres quejas recibidas de este grupo de población, se concluye con un dictamen de procedencia de la queja, lo cual interpretamos como la aceptación de que se identificaron elementos de responsabilidad.

De acuerdo a lo planteado como política de desarrollo, estos resultados no son satisfactorios y significan un rezago importante en

Cuadro 12
 Tipo de conclusión de las quejas referidas a la seguridad social
 Camejal, junio 2001-diciembre 2004

| Tipo de conclusión | No. | % |
|--------------------|-----|-------|
| Procedente | 40 | 31.7 |
| Improcedente | 86 | 68.3 |
| Total | 126 | 100.0 |

Fuente: Archivo Camejal.

la consolidación de Camejal y plantean el reto ineludible de seguir con las gestiones necesarias, hasta lograr que los conflictos médico-paciente de los jaliscienses se resuelvan en Jalisco como debe ser, para el beneficio de la población y de las instituciones.

VINCULACIÓN INSTITUCIONAL

Por el carácter mismo del objeto de trabajo de Camejal, al depender del conflicto como materia prima, pero sobre todo por el hecho de que el conflicto médico-paciente tenga su origen en el ámbito institucional, determina que la interacción con grupos e instituciones resulte una necesidad imprescindible, por lo que la vinculación institucional como política, implica la negociación constante en busca de acuerdos de colaboración para la integración de proyectos de trabajo conjunto, que nos ofrezcan productos comunes con repercusión positivas en la mejora continua de la calidad de los servicios de salud. En este informe damos cuenta a la sociedad de los importantes avances y trascendentes logros en diversos rubros, todos ellos con el mismo carácter de colaboración entre las instituciones de Jalisco y Camejal.

Gestión de servicios: Producto de la colaboración interinstitucional

Como ya se enunció en el Cuadro 3, uno de los tipos de atención que

proporciona la Camejal se refiere a la gestión de servicios de salud para aquellas personas que acuden a nuestras oficinas, manifestando negativas de servicios de salud, revaloraciones médicas o atenciones diferidas a largo plazo cuando los pacientes o sus representantes consideran que se requiere atención médica urgente. Naturalmente que cada una de estas solicitudes debe analizarse de inmediato y racionalmente buscar su resolución inmediata, lo que nos permite colaborar en la mejora de la calidad de los servicios y, complementariamente, se evita que estos casos se conviertan en denuncias por omisión o de mala práctica.

Cuadro 13
Motivos de gestión de servicios de salud
Camejal, septiembre 2004-abril 2005

| Motivo de gestión | No. | % |
|----------------------|-----|-------|
| Negativa de servicio | 14 | 36.8 |
| Revaloración médica | 19 | 50.0 |
| Servicios diferidos | 2 | 5.3 |
| Otros | 3 | 7.9 |
| Total | 38 | 100.0 |

Fuente: Entrevista a usuarios de Camejal.

Por la conveniencia de la resolución inmediata para estas solicitudes, ha sido necesario el establecimiento de canales de comunicación que actualmente se ha convertido en una red de colaboración prácticamente con todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto públicas como privadas, donde se recibe nuestra participación y nos permite gestionar exitosamente los servicios que la población nos requiere.

En el informe acumulado de 2001 a 2004, se gestionaron 192 atenciones (13.5% del total de las solicitudes recibidas), ante las di-

Esquema 1
Gestión de servicios a las instituciones de salud
Camejal, junio 2001-diciembre 2004



versas instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto públicas como privadas, obteniendo la resolución satisfactoria antes de 48 horas, en la mayoría de las ocasiones.

Para la gestión de servicios de salud a la población solicitante de nuestra intervención, se requirió la colaboración de instituciones públicas y privadas de servicios de salud en Jalisco, para las que públi-

Cuadro 14
Gestión de servicios, por tipo de institución
Camejal, junio 2001-diciembre 2004

| Tipos de institución | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | Total | |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|--------------|
| | | | | | No. | % |
| Seguridad social | 7 | 48 | 47 | 54 | 156 | 81.2 |
| Asistencia social | 2 | 2 | 9 | 10 | 23 | 12.0 |
| Medicina privada | 1 | 5 | 1 | 6 | 13 | 6.8 |
| Total | 10 | 55 | 57 | 70 | 192 | 100.0 |

Fuente: Archivo Camejal.

camente manifestamos nuestro reconocimiento. Es importante señalar que los derechohabientes de las instituciones de Seguridad Social son los que en mayor frecuencia resultan beneficiados con este tipo de servicios de Camejal, independientemente del ámbito de competencia federal de su sistema de atención, dado que significan cuatro de cada cinco solicitudes; sin embargo, es necesario resaltar que dichas

instituciones son representadas por personas que tienen nombre y apellido y aunque no es el momento ni la circunstancia para mencionarlos a todas, cada una de esas personas sabe que les agradecemos la respuesta eficaz, eficiente y efectiva a nuestras solicitudes de apoyo.

Impacto de Camejal en la calidad de los servicios de salud

En otro orden de ideas, la excelente respuesta de las instituciones de salud, así como las instituciones universitarias del estado, tanto públicas como privadas, nos ha permitido llevar a cabo algunas actividades de investigación que han sido fundamentales para enriquecer nuestras recomendaciones a los prestadores de servicios de salud, todas ellas tendientes a mejorar la calidad de los servicios que le otorgan a la población. De este modo, después de la revisión de los expedientes clínicos en diferentes hospitales del estado, así como en unidades prestadoras de servicios odontológicos, hemos podido documentar los niveles de cumplimiento de las normas oficiales mexicanas y, con los datos que de estas observaciones se desprenden, ha sido posible integrar recomendaciones de manera puntual para las instituciones y los profesionales de la salud, que buscan prevenir los conflictos médico-paciente, mediante la mejor de las estrategias: la mejora continua de los servicios de salud. A continuación reseñamos los aspectos más generales de tres estudios que aportan la evidencia incuestionable de la gran importancia de la colaboración institucional:

- a) Análisis del expediente clínico hospitalario;
- b) Análisis del expediente clínico odontológico, y
- c) Análisis del consentimiento bajo información.

La búsqueda de soluciones a los conflictos relacionados con la práctica médica, tiene como punto de partida el estudio del expediente clínico, de tal manera que por este aspecto del procedimiento de atención a las quejas, podemos constatar que el cumplimiento de

la Norma Oficial Mexicana respectiva es en verdad un gran problema de salud pública, por lo que conjuntamente con el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara y diseñamos un proyecto de investigación con el objetivo de obtener información fidedigna, sobre la calidad del expediente clínico con la colaboración de las instituciones públicas y privadas responsables de la atención a la salud de los jaliscienses.

Es importante advertir que la revisión de expedientes clínicos, se realizó tomando en cuenta algunas de las generalidades de la Norma Oficial Mexicana SSA1-168-1998, para observar que en cada una de las notas se encuentre adecuadamente registrados los aspectos siguientes: a) fecha y hora de elaboración, b) nombre y firma de quién la elaboró, c) notas legibles sin correcciones o tachaduras y d) la no existencia de abreviaturas.

Estas consideraciones generales de las notas observadas fueron clasificadas en tres criterios: notas completas (con la presencia de los cuatro criterios); notas incompletas (sin cumplir con uno o más de los criterios) y notas omitidas (lógicamente la ausencia de la nota), con lo que se obtienen resultados que permiten el planteamiento de recomendaciones precisas a las instituciones. Para este informe solamente presentamos cuadros generales de este trabajo.

a) Del análisis del expediente clínico hospitalario. Para esta revisión se trabajó con una institución de Seguridad Social, dos de Asistencia Social y tres de Medicina Privada, todas mediante unidades de la zona metropolitana de Guadalajara, observando 601 expedientes clínicos hospitalarios.

Como indicadores de calidad del expediente clínico utilizamos cinco de las notas que establece la norma: a) notas de ingreso, b) historia clínica, c) consentimiento bajo información, d) nota de evolución y e) notas de egreso.

Cuadro 15
Análisis del expediente clínico de hospitalización.
Instituciones de seguridad social, asistencia social y medicina privada
Guadalajara, Jalisco, junio-julio de 2002

| Notas de expediente | Ccompletas | lincompletas | Omitidas |
|--------------------------------|------------|--------------|----------|
| Notas de ingreso | 1.3 | 59.9 | 38.8 |
| Historia clínica | 12.8 | 59.9 | 27.3 |
| Notas de evolución | 8.8 | 82.0 | 9.2 |
| Notas de egreso | 1.5 | 37.3 | 61.2 |
| Cosentimiento bajo información | 4.7 | 54.6 | 40.7 |

Fuente: Investigación Camejal/CUCS-udeg, cCon una muestra de 601 expedientes clínicos.

Los resultados de esta observación nos demostraron que prácticamente dos de cada cinco de los expedientes revisados no tenían nota de ingreso, que la historia clínica fue omitida en poco más de uno de cada cuatro expedientes, mientras que de aquellos casos que sí se encontró, solamente el 12.8% se elaboró en forma completa.

La carta de consentimiento bajo información se encontró en tres de cada cinco expedientes revisados, pero solamente el 4.7% se elaboró de acuerdo a las generalidades que establece la Norma Oficial Mexicana. Por su parte, la nota de evolución fue encontrada en el 90% de los expedientes, aunque solamente en uno de cada diez expedientes clínicos la encontramos completa de acuerdo a la Norma. Por último, la nota de egreso, solamente fue posible observarla en dos de cada cinco expedientes, pero además, solo en 1.5% de ellos se encontró con todos los elementos que dicta la Norma Oficial Mexicana.

Es importante señalar que estos datos los utilizamos como argumentos para proponer alternativas junto con nuestra propuesta de guías para la elaboración del expediente clínico del paciente atendido en hospital, del atendido en servicios de consulta externa y del paciente atendido en servicios de urgencias, con lo que manifestamos

con hechos, que la colaboración institucional tiene dos sentidos; las instituciones hospitalarias aceptaron nuestra petición y autorizaron la revisión de sus expedientes y Camejal regresa la información procesada, junto con recomendaciones y propuestas para la mejora de los servicios de salud.

b) Análisis del expediente clínico odontológico. Para la revisión del Expediente Clínico Odontológico, se observaron las notas que establece la Norma Oficial Mexicana SSA2-013-1994 «Para la Prevención y Control de las Enfermedades Bucales» y aceptaron participar en la observación seis clínicas odontológicas privadas, dos unidades de la Seguridad Social, una de la Asistencia Social y como grupo especial, cuatro clínicas odontológicas universitarias. En todos los casos se trabajó con unidades de la zona metropolitana de Guadalajara y en conjunto se observaron 1 306 expedientes. El reporte completo de este estudio será motivo de una publicación especial con recomendaciones al respecto, sin embargo, para fines de este informe presentamos los resultados generales.

Cuadro 16
Análisis del expediente clínico odontológico.
Clínicas públicas y privadas de la zona metropolitana de Guadalajara
Guadalajara, Jalisco, junio-agosto de 2004

| Notas de expediente | Ccompletas | lincompletas | Omitidas |
|---------------------------------|------------|--------------|----------|
| Historia clínica | 21.8 | 54.0 | 24.2 |
| Exploración | 30.6 | 34.2 | 35.2 |
| Odontonograma | 47.8 | 3.7 | 48.5 |
| Diagnóstico | 42.6 | 11.8 | 45.6 |
| Tratamiento | 69.9 | 10.1 | 20.0 |
| Notas de evolución | 13.1 | 5.1 | 81.8 |
| Consentimiento bajo información | 42.9 | 5.1 | 52.0 |

Fuente: Investigación Camejal/cucs-udeg, con una muestra de 1 306 expedientes clínicos

El expediente clínico odontológico se muestra con grados de cumplimiento a la normatividad muy diferentes de una nota y otra, sobresaliendo el 69.9% de cumplimiento en la nota de tratamiento, en comparación con el 13.1% de cumplimiento completo en la nota de evolución de los pacientes y particularmente con la omisión de esta nota en ocho de cada diez expedientes a pesar del importante valor que tiene para valorar el éxito o el fracaso de un procedimiento de atención odontológica.

c) Análisis de la carta de consentimiento bajo información. Todas las acciones de vinculación que ha desarrollado Camejal son importantes en función de los productos que ofrecen, sin embargo, el trabajo relacionado con la carta de consentimiento bajo información, reúne varios aspectos que lo convierten en un proyecto interinstitucional integral, dado que además de la investigación sobre el grado de cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico, se realizó también una investigación específica del consentimiento bajo información, y los resultados fueron utilizados como argumento fundamental para convocar a los profesionales de la salud del estado, a fin de construir una propuesta que permita resolver la grave situación de incumplimiento de la normatividad. A continuación, en resumen presentamos los resultados generales de este trabajo.

Como ya antes se presentó, se observaron 601 expedientes de 6 hospitales de la zona metropolitana de Guadalajara, con un cumplimiento mínimo en la calidad de la elaboración de la carta de consentimiento bajo información, situación que se complica al observar los expedientes de las quejas atendidas con los 272 expedientes entregados a Camejal por diferentes instituciones en casos que fueron motivo de quejas de junio 2001 a diciembre 2003, para resultar que prácticamente en uno de cada dos expedientes, se encuentra la carta de con-

Cuadro 17
Análisis de la carta de consentimiento bajo información.
Revisión de expedientes en seis unidades hospitalarias y en Camejal
Guadalajara, Jalisco, junio 2001-diciembre 2003

| Consentimiento bajo información | Unidades hospitalarias* | | Expedientes de quejas** | | Total | |
|---------------------------------|-------------------------|-------|-------------------------|-------|-------|-------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Completa | 28 | 4.7 | 0 | 0.0 | 28 | 3.2 |
| Incompleta | 328 | 54.6 | 86 | 31.6 | 414 | 47.4 |
| Omitida | 245 | 40.7 | 186 | 68.4 | 431 | 49.4 |
| Total | 601 | 100.0 | 272 | 100.0 | 873 | 100.0 |

Fuente: * Investigación Camejal/cucs-udeg, con una muestra de 601 expedientes clínicos. ** Expedientes de hospitales públicos y privados entregados a Camjal en casos de quejas.

sentimiento, pero solo en 3 de cada cien se puede calificar como un documento completo, sin embargo es de hacer notar que en la mitad de los expedientes revisados, no se encontró la carta de consentimiento bajo información.

Motivados por estos resultados preocupantes, Camejal y un grupo de investigadores del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, con la aceptación formal de las instituciones de salud, públicas y privadas, decidimos hacer una investigación de mayor profundidad sobre el respeto a la Norma SSA1-168-1998 y realizamos la observación sistemática de 797 cartas de consentimiento bajo información en siete hospitales de la zona metropolitana de Guadalajara, buscando el grado de cumplimiento de la normatividad. Algunos de los resultados que encontramos se puede apreciar en el Cuadro 18.

Los datos de este cuadro son de gran preocupación, puesto que hace evidente el alto grado de incumplimiento de la normatividad, sobre todo es alarmante que en dos de cada cinco cartas de consentimiento, se omitan el acto médico que se pretende realizar o que en menos de una tercera parte se explique los beneficios que el acto

Cuadro 18
Elementos de la carta de consentimiento bajo información,
su cumplimiento en hospitales de la zona metropolitana de Guadalajara
Guadalajara, Jalisco, junio-julio de 2002

| Elementos del consentimiento bajo información | Sí | No |
|---|------|------|
| Nombre de la institución | 63.4 | 36.6 |
| Acto médico propuesto | 59.3 | 40.7 |
| Señalamiento de los riesgos | 45.8 | 54.2 |
| Señalamiento de los beneficios | 30.4 | 69.6 |
| Autorización para resolver contingencias | 56.0 | 44.0 |
| Nombre y firma del paciente | 44.7 | 55.3 |
| Nombre y firma del médico | 24.1 | 75.9 |

Fuente: Investigación Camejal/cucs-udeg, con una muestra de 797 expedientes clínicos.

médico le ofrece al paciente, entre otras graves omisiones que el Cuadro 18 explica por sí mismo.

Por la trascendencia de los resultados obtenidos y con ellos como argumento, convocamos a todos los profesionales de la salud, a través de las instituciones del Sector Salud, así como a los grupos organizados como asociaciones civiles (asociaciones, sociedades y colegios) y a las universidades formadoras de recursos humanos para la salud, para desarrollar dos eventos académicos multitudinarios, ubicando el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico, en lo concerniente a la carta de consentimiento.

Es altamente satisfactorio informar la excelente respuesta a la convocatoria y que con la asistencia de representantes de todas las instituciones relacionadas con la salud de los jaliscienses, se desarrollaron conferencias magistrales y presentaciones de trabajos de reflexión con diferentes enfoques del consentimiento. Particularmente fue satisfactoria la participación activa de un mínimo de 430 profesionistas, no solamente del área de la salud, sino que se incorporaron a participar también los profesionales del derecho (14.4%), para en

conjunto construir la «Propuesta de la guía para la elaboración de la carta de consentimiento bajo información», la cual se ha distribuido en un disco compacto, como una propuesta interinstitucional que ha llegado aproximadamente a 2 233 personas de las diferentes instituciones del sector salud en Jalisco, y de otras entidades federativas, pero además, estamos seguros que este material que se distribuye directamente tiene un importante efecto multiplicador de las propuestas de Camejal para la mejora continua de la calidad.

Dado que nuestra Ley Estatal de Salud nos atribuye facultades para asesorar también a los profesionales de la salud, con estas propuestas lo estamos haciendo y así contribuimos con los esfuerzos de todas las instituciones para la mejora de la calidad.

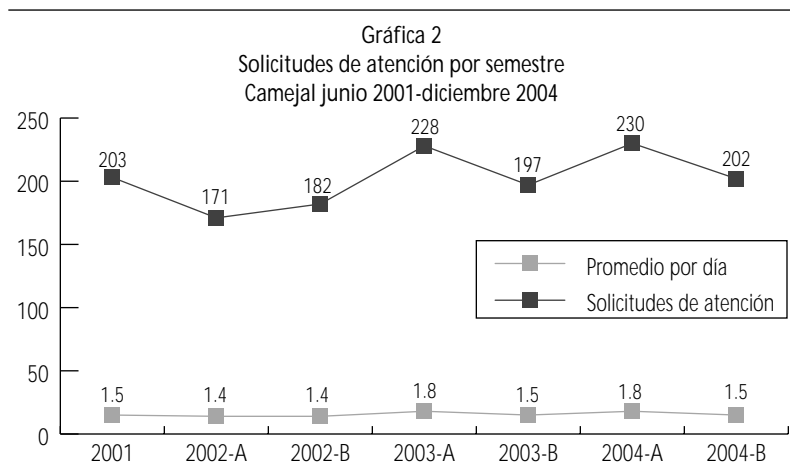
RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ATENCIÓN A QUEJAS Y SOLICITUDES DE OPINIONES TÉCNICAS

El seguimiento de las políticas de desarrollo, le ha dado rumbo y sentido a las funciones y atribuciones de Camejal, de tal forma que la aplicación de los procesos para la resolución de quejas y el desarrollo de la metodología de análisis del acto médico para dar respuesta a las solicitudes de opinión técnica, nos permiten afirmar que la calidad de las conclusiones presentadas en cada caso, son aceptadas por el rigor metodológico con que se construyen, basados siempre en el conocimiento médico actualizado y el razonamiento jurídico sustentado en las leyes, reglamentos y normas aplicables para cada caso. Siempre en absoluto respeto a la imparcialidad con la equidad de las partes como principio.

Solicitudes de atención recibidas de junio 2001 a diciembre 2004

Para el análisis adecuado de los resultados obtenidos por las acciones desarrolladas en este periodo de responsabilidad que ahora se informa, consideramos pertinente iniciar con el planteamiento panorámi-

co de las frecuencias en las solicitudes de atención, presentadas en el periodo 2001-2004, utilizando periodos semestrales como estratos que facilitan la observación con una línea de tendencia más o menos homogénea, sobre todo considerando el promedio de solicitudes de atención recibidas por día hábil, resultando que prácticamente se atienden tres nuevas solicitudes cada dos días laborados en Camejal.



El total de solicitudes de atención, se presentan en el cuadro 3, las solicitudes de atención no relacionadas con eventos de atención a la salud como motivo de la inconformidad y que se resolvieron con acciones de Orientación, Asesoría y Gestión, ya fueron comentados, por lo que en este espacio, presentamos lo referente a los casos relacionados con actos médicos cuyos resultados generaron una inconformidad en el paciente, por considerar que fueron objeto de mala práctica del profesional de la salud, ya sea que se presentaran como Quejas directamente ante Camejal por los usuarios de servicios de salud, o que éstos acudieran primero a otras instituciones; y estas a su vez, solicitaran la opinión técnica de nuestra institución.

Cuadro 19
Total de solicitudes de atención recibidas
Camejal, junio 2001-diciembre 2004

| Tipos de institución | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | Total | |
|---------------------------------|------|------|------|------|-------|-------|
| | | | | | No. | % |
| Orientación, asesoría y gestión | 69 | 129 | 179 | 188 | 565 | 40.0 |
| Quejas | 128 | 209 | 212 | 201 | 750 | 53.1 |
| Opiniones Técnicas | 6 | 15 | 34 | 43 | 98 | 6.9 |
| Total | 203 | 353 | 425 | 432 | 1 413 | 100.0 |

Fuente: Archivo Camejal.

Como puede observarse, tres de cada cinco casos atendidos en el periodo que ahora se informa, son quejas o solicitudes de opinión técnica, asuntos que en conjunto, representan la razón de ser de la Comisión de Arbitraje en el Estado, puesto que son aquellos en donde existe inconformidad por un acto médico desarrollado.

En su comportamiento por años, el número de quejas tiene variaciones que no resultan significativas, sin embargo, esto no sucede con las opiniones técnicas donde encontramos una tendencia ascendente, que seguramente se relaciona con la calidad de los trabajos realizados por Camejal para las instituciones procuradoras de justicia, defensoras de los derechos humanos, instituciones de salud, e inclusive para otras comisiones estatales de arbitraje médico.

Con el propósito de dimensionar la magnitud cuantitativa del problema de las inconformidades por la práctica médica en nuestro estado, sumamos las quejas con las opiniones técnicas que se presentaron en 2004 ante Camejal, buscando su valor como tasa por cada cien mil (100 000) habitantes y lo comparamos con esta misma relación en otros estados de la República Mexicana, encontrando los siguiente:

Cuadro 20
Sumatoria de quejas mas opiniones técnicas presentadas
anualmente a las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico*
por cada 100 000 habitantes**

| Número de Comisiones Estatales de Arbitraje Médico | Tasa por cada 100 000 habitantes |
|---|----------------------------------|
| 3 Comisiones Jalisco | Más de 4 cada una 3.9 |
| 14 Comisiones | Menos de 3.5 cada una |

Fuente: * Informes anuales de las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico. ** xii Censo General de Población y Vivienda, INEGI 2000.

La ausencia de reportes previos con este enfoque estadístico dificulta la aplicación de un juicio de valor respecto a las cifras presentadas, sabemos que algunas personas que observen estas cifras las interpretarán exclusivamente como evidencia de mayor o menor conflicto de mala práctica, sin embargo, quienes trabajamos en el ámbito del arbitraje médico sabemos que una queja no necesariamente tiene este significado, sino que representa una insatisfacción por los servicios recibidos por el paciente que no obtuvo los resultados esperados y que esta situación tiene explicaciones en muchas ocasiones, diferentes a la responsabilidad profesional de mala práctica y que tales manifestaciones de los pacientes, son oportunidades para valorar los procesos de la atención, que redundan en la mejora continua de la calidad de los servicios de salud. Esperamos que en el futuro estas cifras puedan relacionarse con otras perspectivas similares que permitan profundizar en el análisis.

Casos concluidos, su número y forma de resolución

Como ya anteriormente se informó, las solicitudes de atención clasificadas como orientación, asesoría o gestión se resuelven prácticamen-

te de manera inmediata, pero las solicitudes de quejas y opiniones técnicas, al requerir de la aplicación de un procedimiento complejo, se resuelven en tiempos diferentes.

La experiencia nos ha mostrado que para la resolución de quejas se requiere un promedio de seis sesiones (audiencia de radicación, audiencias informativas, de conciliación, firma de compromiso arbitral, desahogo de pruebas y emisión del laudo, entre otras).

Las opiniones técnicas, por su parte, necesitan para su resolución, un promedio de nueve sesiones de trabajo (revisión del expediente, integración del equipo de expertos de los colegios médicos relacionados, explicación de la metodología y entrega del expediente confidencializado, integración de los reportes individuales de los expertos, discusión colegiada y elaboración del documento de conclusión final como opinión técnica).

El estudio de una queja y sus posibles soluciones, así como el análisis de una solicitud de opinión técnica, reviste una gran responsabilidad para quienes trabajamos el arbitraje médico, porque dimensionamos diariamente la trascendencia de nuestras conclusiones, es por eso que consideramos que cada caso merece la aplicación respetuosa del proceso de atención por Camejal, aunque ello significa que la relación de tiempos necesarios por el número de casos atendidos por año y los tiempos disponibles con el personal con que se cuenta, no tengan coincidencia.

Como quedó asentado en los primeros párrafos de este documento, es nuestro propósito presentar los elementos del trabajo realizado en el periodo que se informa, señalando puntualmente los rezagos y los retos a futuro además de los logros de nuestra gestión. En el Cuadro 21, analizamos la relación entre casos atendidos y casos concluidos, donde resalta la diferencia entre estos dos conceptos, como indicador negativo que habla de rezagos importantes que tendrán que

Cuadro 21
Equilibrio entre solicitudes atendidas y casos concluidos
Camejal, junio 2001-diciembre 2004

| Tipo de atención | Solicitudes atendidas | Casos concluidos | Diferencia | |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------|------------|------|
| | | | No. | % |
| Orientación, asesoría y gestión | 565 | 565 | 0 | 0.0 |
| Quejas | 750 | 653* | 97 | 12.9 |
| Opiniones técnicas | 98 | 41** | 57 | 58.2 |
| Total | 1 413 | 1 259 | 154*** | 10.9 |

* Se requiere un promedio de 6 sesiones por queja concluida. ** 9 sesiones por opinión técnica concluida. *** Se requiere un total de 901 sesiones de trabajo para concluir los expedientes que quedaron pendientes para 2005.

Fuente: Archivo Camejal.

resolverse en los meses de 2005, situación definitivamente preocupante que se explica mediante la relación también negativa entre horas-conciliadores necesarias y las horas-conciliadores disponibles con la plantilla de personal con que se cuenta.

No obstante lo anterior, en el mismo cuadro podemos apreciar que prácticamente el 90 % de las solicitudes presentadas hasta diciembre de 2004, han sido concluidas en diferentes modalidades como es el caso de las quejas relacionadas con las instituciones de seguridad social que ya fueron presentadas en los Cuadros 5 y 11, comentando también su forma de resolución.

De las Quejas que se presentaron de junio de 2001 a diciembre de 2004 (Cuadro 5), el 68.0% del total de casos son respecto a instituciones de Asistencia Social y Medicina Privada y de éstos, se han concluido 496 en diferentes modalidades que explicamos a continuación:

Quejas que causaron baja sin proceso de conciliación. En el Cuadro 22 se consignan 275 casos (55.4%) que fueron dados de baja por diferentes circunstancias, como es el caso de los usuarios que acudieron

por primera vez a Camejal y después de recibir la explicación de los alcances y limitaciones de las atribuciones del arbitraje médico, son programados a una audiencia de radicación de la queja, pero sin embargo no acuden a ella, estos casos causan baja después de recibir una notificación de reprogramación de la cita, con apercibimiento de que al no presentarse se darán de baja por falta de interés jurídico. En este periodo se registraron 140 expedientes con estas características de conclusión.

Otro tipo de casos en esta categoría de conclusión, son aquellos que al analizar su solicitud de queja, se encuentran elementos para calificarlos como quejas improcedentes, ya sea por estar corriendo simultáneamente una denuncia penal o demanda civil o por el hecho de que la persona que pretende interponer la queja no es el usuario motivo de la supuesta mala atención médica y no cuenta con la representación formal del quejoso. En el periodo de 2001 a 2004 que se informa, se registraron 80 expedientes con estas características.

También se incluyen en esta categoría los expedientes de las quejas cuyo usuario de servicios de salud presenta un documento de desistimiento de la queja y por lo tanto interrumpe el procedimiento de atención, sin llegar a la audiencia de conciliación. Con estas características de desistimiento se reportan para este periodo 45 expedientes de conclusión.

De las uejas presentadas en este periodo que se informa, se registraron 221 (44.5%), en las cuales se desarrolló el proceso hasta llegar a la Audiencia de Conciliación, donde se promueve la resolución del conflicto, a través de la amigable composición, apoyados en lo que se establece en el artículo 282 bis del Código de Procedimientos Civiles de nuestro estado y especialmente basados en las peticiones o pretensiones de los usuarios de servicios de salud o su representante formalmente acreditado (quejoso). A partir de esta propuesta

Cuadro 22
 Modalidad de conclusión de casos de queja
 Camejal, junio 2001-diciembre 2004

| Modalidad de conclusión | No. | % |
|----------------------------------|-----|-------|
| Conciliación | 177 | 80.1 |
| No sometimiento | 39 | 17.6 |
| Laudos | 5 | 2.3 |
| Sub total | 221 | 100.0 |
| Baja sin proceso de conciliación | 275 | 55.4 |
| Total | 496 | 100.0 |

Fuente: Archivos de Camejal.

de resolución del conflicto médico-paciente, se registran tres opciones de conclusión: la conciliación, no conciliación con acuerdo de arbitraje o la no conciliación sin sometimiento al arbitraje.

Quejas concluidas mediante compromiso arbitral y emisión de laudo. En el Cuadro 22 se registran 5 quejas que se concluyeron con la emisión de laudo arbitral, dado que no se logró el acuerdo de conciliación y ambas partes decidieron designar a Camejal como árbitro de su conflicto, situación que requirió el desarrollo pleno del proceso que tiene como parte fundamental la participación colegiada de expertos en las disciplinas médicas del caso cuestionado, para la valoración científica del acto médico motivo de la queja y por tanto la aportación de elementos al árbitro para la conclusión final. Es importante señalar que cuatro de los laudos se concluyeron a favor del prestador de servicio y en uno se emitió a favor del usuario de los servicios de salud.

Quejas concluidas como no sometimiento al arbitraje médico. De 2001 a 2004, se concluyeron 39 expedientes de queja, donde las partes en conflicto no llegaron a una acuerdo de conciliación y en pleno uso de su derecho ciudadano, tampoco aceptaron el arbitraje por lo que el 17.6% de las quejas se archivaron con la denominación de «no some-

timiento al arbitraje médico quedando a salvo sus derechos de continuar el conflicto en otras instancias.

Quejas concluidas a través de acuerdos de conciliación. De las quejas recibidas en este periodo y en las cuales se desarrolló el proceso de Conciliación, 177 casos se concluyeron por esta vía, lo que representa a cuatro de cada cinco quejas que acceden a esta parte del proceso.

Tomando en consideración los tipos de acuerdos que han motivado la firma de documentos de finiquito de conflictos hemos clasificado los 177 casos en tres diferentes categorías que presentamos en el siguiente cuadro.

Cuadro 23
Clasificación de los acuerdos de conciliación
Camejal, junio 2001-diciembre 2004

| Tipo de acuerdo de conciliación | No. | % |
|--|-----|-------|
| Conciliación con acuerdo económico | 114 | 64.4 |
| Conciliación por compromiso de atención médica | 33 | 18.6 |
| Conciliación con explicación del acto médico | 30 | 16.9 |
| Total | 177 | 100.0 |

Fuente: Archivos de Camejal.

La conciliación como medio de resolución de conflictos entre pacientes y médicos, han recibido comentarios peyorativos con alguna frecuencia, tanto de usuarios de servicios de salud como de algunos profesionales de la salud, inclusive por otros sectores de la sociedad, por considerar a la conciliación exclusivamente como transacciones económicas. Los datos que presentamos en el Cuadro 23 explican que esta percepción es equivocada, puesto que una de cada tres quejas que se concluyó mediante acuerdos de conciliación, no implicó erogación económica del profesional de la salud, incluso, se puede observar que prácticamente uno de cada seis casos se resolvió exclusi-

vamente con la explicación del acto médico, lo cual significa realmente que se rescató la comunicación perdida del médico con su paciente, mientras que prácticamente un caso de cada cinco conciliados, se concluyó con base en compromiso de servicios específicos de atención a la salud de los pacientes, situación que seguramente beneficia al paciente con una práctica médica de calidad como se merece.

Lógicamente, no se puede soslayar el hecho de que dos de cada tres quejas concluidas por acuerdos de conciliación tienen como base compromisos de aportaciones económicas de diferente magnitud de los profesionales para los usuarios de servicios de salud, pero sí es importante resaltar que estos acuerdos se establecen en función de las peticiones de los mismos pacientes y en uso pleno de su derecho a decidir, así como del derecho del médico para aceptar la petición total o parcial y de esa manera llegar a la conclusión del conflicto.

Casos documentados de responsabilidad profesional

Independientemente del tipo de compromiso que se firme como parte del acuerdo de conciliación, la característica fundamental de esta forma de finiquitar un conflicto es que Camejal no se pronuncia en ningún sentido de valoración sobre la práctica médica, sin embargo, esta situación es completamente diferente cuando se desarrollan nuestros procesos de intervención sobre todo para los laudos como conclusión del arbitraje, pero también para las solicitudes de opiniones técnicas, donde sí es indispensable que categóricamente se emita una conclusión sobre la práctica médica, desde el punto de vista de la responsabilidad profesional.

De acuerdo a los resultados que en el cuadro anterior se presentan, de junio 2001 a diciembre 2004 se desarrollaron procesos de diferente grado de participación, para que 163 expedientes llegaran has-

Cuadro 24
Casos documentados con evidencia de mala práctica
Camejal, junio 2001-diciembre 2004

| Tipo de conclusión | Laudos | | Opiniones técnicas** | | Quejas de seguridad social*** | | Total | |
|--------------------------------|--------|-------|----------------------|-------|-------------------------------|-------|-------|-------|
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Sin evidencia de mala práctica | 4 | 80.0 | 18 | 56.3 | 86 | 68.3 | 108 | 66.3 |
| Con evidencia de mala práctica | 1 | 20.0 | 14 | 43.7 | 40 | 31.7 | 55 | 33.7 |
| Total | 5 | 100.0 | 32 | 100.0 | 126 | 100.0 | 163 | 100.0 |

* Conclusión del proceso arbitral para estudios de quejas. ** Conclusión presentada como respuesta a las solicitudes de instituciones. *** Dictamen de las instituciones de seguridad social a las quejas referidas por Camejal.

Fuente: Archivos Camejal.

ta la última fase de nuestros procesos, por lo que podemos informar que en uno de cada tres casos (33.7%), se concluyó con la identificación de evidencias de mala práctica profesional, con repercusiones diversas para los pacientes, elementos suficientes para afirmar que la mala práctica profesional en salud sí existe, como existe en otras partes de México y como existe en todo el mundo, sin embargo, es importante señalar que en forma complementaria, en dos de cada tres casos (66.3%), la conclusión fue en el sentido de que no se encontraron evidencias de mala práctica y por tanto, los profesionales de la salud fueron motivo de queja sin razón o incluso fueron denunciados penalmente de manera injusta, con repercusiones también de diferente índole sobre su prestigio profesional y su patrimonio.

Para la interpretación adecuada de los datos que presentamos en el Cuadro 24, es importante señalar que las quejas de la Seguridad Social fueron recibidas y ratificadas en Camejal, para posteriormente referirse a la Delegación Estatal correspondiente, donde se analizaron siguiendo sus propios procesos institucionales, hasta concluir con

un dictamen de procedencia que ya fue comentado en función del Cuadro 12 «Tipos de conclusiones de las quejas referidas a la Seguridad Social» y de donde se desprende que en una de cada tres inconformidades se identificó algún mal procedimiento en el acto médico desarrollado y por ello las reportamos en este capítulo como quejas con evidencia de mala práctica médica.

Cuadro 25
Casos documentados con evidencia de mala práctica.
Muestra de algunas comisiones de México

| Tipo de conclusión | Conamed* | | Comisiones estatales** | | Camejal | |
|--------------------------------|----------|-------|------------------------|-------|---------|-------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Sin evidencia de mala práctica | 4 128 | 63.9 | 87 | 66.9 | 108 | 63.3 |
| Con evidencia de mala práctica | 2 337 | 36.1 | 43 | 33.1 | 55 | 33.7 |
| Total | 6 465 | 100.0 | 130 | 100.0 | 163 | 100.0 |

* Comisiones: Estado de México 2001-2003, Sinaloa 2003 y Veracruz 2002.

Fuente: Informes Anuale.

Como un marco de referencia nacional a la problemática médico-paciente Jalisco, elaboramos el Cuadro 25 donde se aprecia que las frecuencias que describen la relación de casos y su categoría respecto a la mala práctica profesional, son similares a las reportadas por otras Comisiones de Arbitraje Médico en México, tanto la nacional como la de otras comisiones estatales, inclusive si se sumaran los casos que tenemos documentados como merecedores de calificación como evidencia de mala práctica, encontraremos que la media es de 34.0%, de tal manera que la situación de Jalisco no debe ser interpretada como de alarma, aunque tampoco es justificable y plantea la necesidad insoslayable de promover acciones tendientes a lograr un mayor grado de satisfacción en los usuarios de servicios de salud y de estos hacia la mejora continua.

EVOLUCIÓN PRESUPUESTAL

El carácter de institución de nueva creación con el que Camejal ha tenido que desarrollar sus funciones en este periodo, nos ha planteado la necesidad de realizar acciones de gestión de recursos, hasta lograr los presupuestos ejercidos en el periodo que ahora informamos y que nos han permitido avanzar decorosamente en los proyectos planteados en nuestro Plan de Desarrollo, sin embargo, no cubren los requerimientos que idealmente hemos presentado año con año.

Cuadro 26
Historia presupuestal de Camejal
2001-2005

| Tipos de institución | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Anteproyecto presupuestal | — | 7 646 797 | 9 088 786 | 9 691 898 | 10 167 000 |
| Presupuesto asignado | 1 500 000 | 5 000 000 | 5 150 000 | 7 356 000 | 8 167 000 |
| Ampliación | 2 500 000 | 1 446 797 | 1 600 000 | 1 446 797 | — |
| Presupuesto ejercido | 2 553 913 | 6 466 771 | 5 983 677 | 8 122 323 | — |

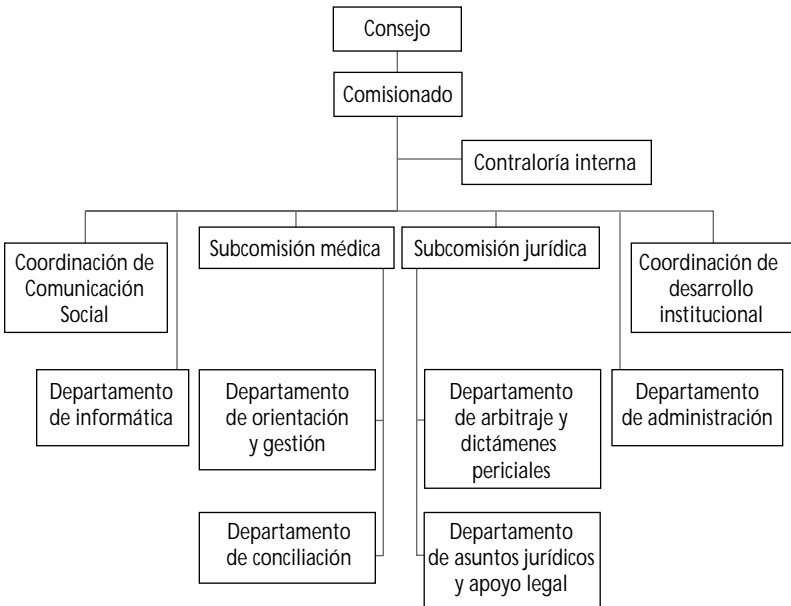
Fuente: Archivo Camejal.

Independientemente del equilibrio entre lo solicitado y lo ejercido cada año, lo verdaderamente trascendente es que los recursos asignados hasta el momento de este informe, nos han permitido incorporar a 17 personas de 28 nombramientos que integran el ideal de contrataciones, según la plantilla que se desprende del Reglamento Interior aprobado por el Consejo de la Comisión desde Mayo 17 del año 2001 y que fue tomado como base para la elaboración del plan de trabajo que en la misma fecha aprobó el Consejo de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, donde se contempla la plantilla necesaria para lograr el funcionamiento óptimo de cada una de las unidades administrativas que la Ley Estatal de Salud nos atribuye a integrar.

Como un acuerdo lógico del Consejo, se determinó que la incorporación del personal se hiciera en forma gradual, atendiendo las dinámicas de creación, consolidación y desarrollo institucional de Camejal, de tal forma que actualmente nos encontramos ante el 60.7% de la plantilla ideal.

En el periodo de 2001 a 2004, se ha integrado el personal suficiente para la atención de las funciones básicas de Camejal, con la mayoría de las áreas del organigrama, sin embargo, aún tenemos faltantes en nuestro esquema funcional que ahora se requiere resolver como elementos imprescindibles para la consolidación definitiva de

Esquema 2
Organigrama de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco



Fuente: Reglamento interior, aprobado por el Consejo de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, en la sesión ordinaria del 17 de mayo de 2001.

nuestra institución, tal es el caso de la Contraloría Interna, la Coordinación de Comunicación Social y la Coordinación de Desarrollo Institucional con todo el personal que estas áreas requieren para su funcionamiento. Estamos seguros que los resultados del trabajo realizado en los cuatro años que ahora se informan, representan al mejor de los argumentos para la gestión de los recursos financieros necesarios que le permitan a Camejal el inicio de la etapa de desarrollo como institución consolidada.

COLORARIO

Recorrer cuatro años de funcionamiento de Camejal, con sus logros y rezagos, es una reflexión documentada de su historia, que requiere el complemento de sus antecedentes como proyecto que se convierte en iniciativa de ley, para dimensionar en forma adecuada las razones de su creación, como un ejercicio indispensable para evaluar nuestras acciones y sentar las bases para construir el futuro sin perder de vista los entornos de su nacimiento institucional.

Uno de los aspectos de mayor trascendencia en los antecedentes de Camejal, es el que se refiere a su concepción como propuesta que integró las visiones y los intereses de todas las instituciones relacionadas con la práctica médica en el más amplio sentido de la palabra, tanto en el ámbito de la formación de recursos humanos, como en la prestación de servicios de salud, pero sobre todo, es importante señalar que Camejal es propuesta de los grupos de profesionistas organizados en asociaciones civiles como colegios o federaciones de colegios.

El carácter de creación como propuesta interinstitucional, determina el carácter de las políticas de desarrollo adoptadas por el Consejo de Camejal y determina también el carácter de colaboración institucional en el desarrollo de sus funciones y particularmente en la ejecución de acciones participativas, de tal forma que con certidum-

bre podemos afirmar que los logros que se informan ahora, son atribuibles en gran medida a la colaboración institucional.

Estamos convencidos que la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco construye con bases sólidas su propia identidad social caracterizada por el respeto profesional, donde se integra la honestidad y la calidad científico-académica de los individuos, con la finalidad de que se adopten como principio para la proyección de las ideas de desarrollo a futuro, con la pretensión de consolidar el prestigio de la resolución de conflictos médico-paciente con justicia y equidad.

ÍNDICE

DE CUADROS, GRÁFICAS Y ESQUEMAS

| | | |
|-----------|--|----|
| Cuadro 1 | Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco. Políticas de desarrollo institucional | 7 |
| Cuadro 2 | Acciones de divulgación a través de diferentes medios de comunicación masiva | 8 |
| Cuadro 3 | Total de solicitudes de atención recibidas | 10 |
| Cuadro 4 | Acciones de difusión en eventos académicos con grupos organizados y población receptora | 12 |
| Cuadro 5 | Quejas y opiniones técnicas atendidas, por tipo de institución | 15 |
| Cuadro 6 | Quejas y opiniones técnicas recibidas por cada millón de eventos de atención, por tipo de institución | 16 |
| Cuadro 7 | Especialidades médicas más frecuentemente señaladas como motivo de queja en la atención hospitalaria de instituciones públicas | 18 |
| Cuadro 8 | Participación de los colegios de profesionales de la salud en las conclusiones de casos | 23 |
| Cuadro 9 | Casos atendidos, según municipio y tipo de atención | 24 |
| Cuadro 10 | Quejas y opiniones técnicas, por municipio | 25 |
| Cuadro 11 | Número de sesiones, por tipo de institución | 27 |
| Cuadro 12 | Tipo de conclusión de las quejas referidas a la seguridad social | 28 |
| Cuadro 13 | Motivos de gestión de servicios de salud | 29 |
| Cuadro 14 | Gestión de servicios, por tipo de institución | 30 |

| | | |
|------------|--|----|
| Cuadro 15 | Análisis del expediente clínico de hospitalización. Instituciones de seguridad social, asistencia social y medicina privada | 33 |
| Cuadro 16 | Análisis del expediente clínico odontológico. Clínicas públicas y privadas de la zona metropolitana de Guadalajara | 34 |
| Cuadro 17 | Análisis de la carta de consentimiento bajo información. Revisión de expedientes en seis unidades hospitalarias y en Camejal | 36 |
| Cuadro 18 | Elementos de la carta de consentimiento bajo información, su cumplimiento en hospitales de la zona metropolitana de Guadalajara | 37 |
| Cuadro 19 | Total de solicitudes de atención recibidas | 40 |
| Cuadro 20 | Sumatoria de quejas mas opiniones técnicas presentadas anualmente a las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico por cada 100 000 habitantes | 41 |
| Cuadro 21 | Equilibrio entre solicitudes atendidas y casos concluidos | 43 |
| Cuadro 22 | Modalidad de conclusion de casos de queja | 45 |
| Cuadro 23 | Clasificación de los acuerdos de conciliación | 46 |
| Cuadro 24 | Casos documentados con evidencia de mala práctica | 48 |
| Cuadro 25 | Casos documentados con evidencia de mala práctica. Muestra de algunas comisiones de México | 49 |
| Cuadro 26 | Historia presupuestal de Camejal 2001-2005 | 50 |
| Gráfica 1. | Solicitudes de opiniones técnicas | 22 |
| Gráfica 2. | Solicitudes de atención por semestre | 39 |
| Esquema 1. | Gestión de servicios a las intituciones de salud | 30 |
| Esquema 2. | Organigrama de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco | 51 |



GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

Lic. Francisco Javier 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

Dra. Rosa Leticia Scherman Leño
Presidente de la Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico, A.C.

Dr. José Humberto Muñoz López
*Representante de la Federación Jalisciense
de Colegios, Asociaciones y Academias de Profesionistas, A.C.*

Dr. José Adrian Chuck Sepúlveda
*Presidente de la Federación
de Colegios de Profesionistas del Estado de Jalisco, A.C.*

Dr. Jaime Guillermo González Gámez
*Representante del Consejo Coordinador
de Colegios de Profesionistas de Jalisco, A.C.*

Dr. Adalberto Vázquez García
Representante de la Universidad Autónoma de Guadalajara

Dr. Raul Vargas López
Representante de la Universidad de Guadalajara

Lic. Miguel Ángel Sánchez Obregón
Delegado del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado

Lic. Sergio Pérez Aguilera
Delegada Estatal del Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Javier Haro Tello
Presidente de la Comisión de Higiene y Salud Pública del H. Congreso del Estado

