



EL ARBITRAJE MÉDICO EN JALISCO

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

EL ARBITRAJE
MÉDICO EN JALISCO

EL ARBITRAJE MÉDICO EN JALISCO

COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE JALISCO
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO
2002

Primera edición, 2002

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

Rayón 135, Colonia Americana Oriente

44100, Guadalajara, Jalisco, México

Impreso y hecho en México

Printed and made in Mexico

ÍNDICE

I. PRESENTACIÓN	9
II. SERVICIOS DE SALUD EN JALISCO. ESTRUCTURA, COBERTURA Y RECURSOS	13
III. CONTEXTO SOCIAL Y POLÍTICO DE LA COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE JALISCO	17
IV. POLÍTICAS DE DESARROLLO DEL ARBITRAJE MÉDICO EN EL ESTADO DE JALISCO	27
V. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DE LA CAMEJAL 2001-2005	31
VI. LOS SERVICIOS DE LA COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE JALISCO	35
VII. ESTADÍSTICAS COMENTADAS DEL PRIMER AÑO DE LA CAMEJAL	49
ANEXOS	
<i>Ley estatal de salud</i>	79
<i>Reglamento interior de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco</i>	88

I. PRESENTACIÓN

En cumplimiento de lo establecido por la Ley Estatal de Salud, particularmente en lo referente a la sección segunda, en su artículo 91, incisos «A» al «B», respecto a la «...Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco», se ha elaborado este documento que tiene una doble finalidad: cumplir con el mandato de Ley para «...presentar al ejecutivo estatal un informe anual de las actividades realizadas y de los resultados obtenidos,...», además de cumplir con lo que específicamente establece el artículo 91 «B» de la misma Ley: «La Comisión tendrá por objeto difundir, asesorar, proteger y defender los derechos de los usuarios y los prestadores de servicios de atención médica,...».

En síntesis, este documento tiene como objetivo principal informarle al Lic. Francisco Javier Ramírez Acuña, gobernador constitucional del estado de Jalisco sobre los logros del arbitraje médico del estado de Jalisco en los primeros 11 meses de actividades, lo cual hacemos con motivo del primer aniversario de actividades. Sin embargo, desde el inicio de nuestras funciones hemos considerado que debemos aprovechar estas oportunidades para la difusión y la asesoría de los derechos de usuarios y prestadores de servicios de salud, como atribuciones de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (CAMEJAL) para la prevención de conflictos, por tanto, decidimos aprovechar la oportunidad que el contexto del primer informe de actividades nos ofrece para integrar los conceptos de mayor trascendencia

que permitan valorar adecuadamente las actividades realizadas más allá de las cifras o estadísticas rígidas.

Consideramos conveniente y necesario difundir las funciones y atribuciones de la CAMEJAL como organismo público descentralizado, creado por el H. Congreso del Estado, para la búsqueda de la resolución alternativa de los conflictos entre usuarios y prestadores de servicios de salud.

Por lo anterior, se incorporan «Los Servicios de Salud en Jalisco» como capítulo indispensable, para darle la base adecuada a la interpretación de los conflictos en la práctica médica, tomando en cuenta el número de eventos de atención a la salud, traducido esto como acciones de consulta externa, egresos hospitalarios y atenciones de urgencia.

La panorámica general de los servicios de salud en el estado sirve de argumento por sí misma para la creación de un organismo coadyuvante con los pacientes y los profesionales de la salud para la resolución alternativa de sus conflictos en lo individual y en lo colectivo. Esta circunstancia del contexto social y político de la Comisión de Arbitraje Médico, la abordamos en un capítulo particular, por lo que representa el sustento para el desarrollo de nuestra función.

Igual de importante se consideró la inclusión expresa de las políticas de desarrollo del arbitraje médico en el estado de Jalisco, donde su puntualizan los aspectos de mayor trascendencia para las directrices de nuestra responsabilidad, todo ello en el contexto de promover la mejora continua de la calidad en los servicios de salud, que nos conduzca al diseño de programas, estrategias operativas y líneas de acción, que se encuentran descritas con una perspectiva de planeación estratégica para la CAMEJAL, en el periodo de nuestra responsabilidad: 2001-2005.

Naturalmente que resaltamos la trascendencia de las «Estadísticas comentadas del primer año de la CAMEJAL», por la información

que las cifras mismas ofrecen a la sociedad jalisciense, sin embargo, siempre ha sido nuestra perspectiva que la descripción de los fenómenos debe acompañarse de reflexiones que nos permitan mejorar nuestra realidad, de tal forma que ofrezcan alternativas de mejora a los procesos. En el caso de esta primera rendición de cuentas, se presentan los datos empíricos de nuestra experiencia en once meses, más las propuestas de análisis que pretenden evaluar los procesos y plantear opciones que confluyan en el mensaje común de mejora de la calidad de la atención a la salud de los jaliscienses.

Se concluye este documento ofreciendo como anexos, las reformas y adiciones de la Ley Estatal de Salud, así como el Reglamento Interior de la CAMEJAL, con la finalidad de que se difunda nuestro marco jurídico, de donde se desprenden los proyectos de operación y de desarrollo del arbitraje médico en el estado de Jalisco y que sometemos a la consideración de toda la sociedad.

Dr. Alfredo Ramos Ramos
Comisionado de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco

II. SERVICIOS DE SALUD EN JALISCO. ESTRUCTURA, COBERTURA Y RECURSOS

El estado de Jalisco es la primera entidad en importancia económica y política del país después del Distrito Federal; en el Censo de Población y Vivienda del año 2000 se registró una población de 6´321,278 habitantes, lo que representa aproximadamente el 6% de la totalidad de la Republica Mexicana.

El sistema de atención a la salud en Jalisco es un reflejo del sistema mexicano y tiene tres grupos de instituciones prestadoras de servicios: Instituciones de seguridad social, instituciones de asistencia social e instituciones de medicina privada.

Las instituciones de asistencia social prestan servicios a la población no asegurada. De acuerdo con la información proporcionada por la Secretaría de Salud Jalisco, se trata de 3´378,976 jaliscienses, que representan el 51.1% del total de los habitantes del estado. Esta categoría de instituciones está integrada por los organismos públicos descentralizados Hospital Civil de Guadalajara (con dos unidades hospitalarias) y Servicios de Salud Jalisco, con 552 centros de salud, 1,377 casas de salud y 22 hospitales , así como las unidades de servicios médicos municipales de Guadalajara, Tonalá, Tlaquepaque y Zapopan. En éste último municipio además se encuentra el Hospital Civil de Zapopan.

Se incluyen también en este rubro los servicios que presta la Cruz Roja, considerada como institución de asistencia privada por el

Servicios y recursos según sector de atención a la salud. Jalisco. 2001

VARIABLES	Asistencia social	Seguridad social	Atención privada	Total Jalisco
Población	3,378,976	3,228,334		6,607,310
Consultas	5,056,147	8,205,491	613,174	13,874,812
Egresos	87,423	203,636	128,982	420,041
Actos quirúrgicos	5,056,147	122,069	40,734	5,218,950
Atención urgencias	1,641,706	1,437,972	53,024	3,132,702
Consultorios	1,870	1,376	3,851	3,246
Camas censables	2,579	3,220	2,222	5,799
Médico	8,342	3,303	4,845	11,645
Odontólogos	139	164j	831	303
Enfermeras	5,369	7,493	2,024	12,862

Fuente: instituciones prestadoras de servicios de salud en el estado.

asistencia social: servicios de salud Jalisco y servicios médicos del área metropolitana de Guadalajara.

Seguridad Social: IMSS-ISSSTE

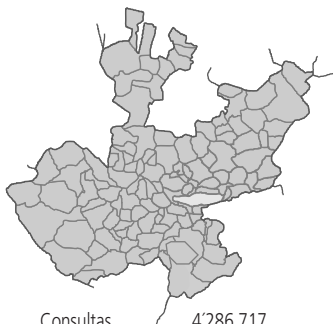
Atención Privada: Centro de Información Secretaría de Salud Jalisco en INEGI, *Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social*, Cuaderno núm. 16

origen de sus recursos, pero que sin embargo sus servicios son de carácter social.

La seguridad social integra al segundo grupo de instituciones de salud en el estado. Cuenta con 176 unidades de primer nivel de atención y con 21 hospitales, instituciones que se encargan de prestar atención a 3'228,334 derechohabientes en su conjunto, que significa el 48.9 % de la población jalisciense, según datos proporcionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE), en sus respectivas delegaciones estatales.

El tercer grupo son las instituciones del sector privado, a las cuales puede acudir cualquier persona con capacidad de pago y que se integra por una gran diversidad entre los 792 consultorios registrados, además de las 334 unidades hospitalarias, entre clínicas ambulatorias, maternidades y hospitales propiamente dichos, en todo el Estado.

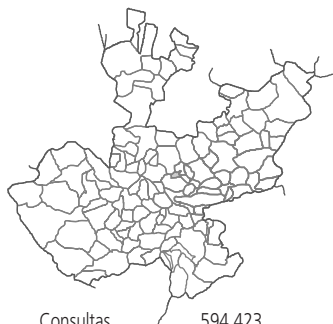
Secretaría de Salud Jalisco



Consultas	4'286,717
Egresos	13,237
Actos quirúrgicos	5'028,604
Atención urgencias	1'497,145

Consultorios	1,598
Camas censables	1,177
Médicos	2,520
Odontólogos	139
Enfermeras	3,067

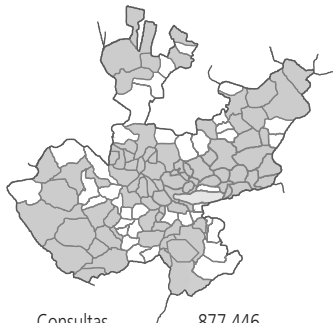
Hospital Civil de Guadalajara



Consultas	594,423
Egresos	68,544
Actos quirúrgicos	27,391
Atención urgencias	126,204

Consultorios	227
Camas censables	1,354
Médicos	5,822
Odontólogos	0
Enfermeras	2,302

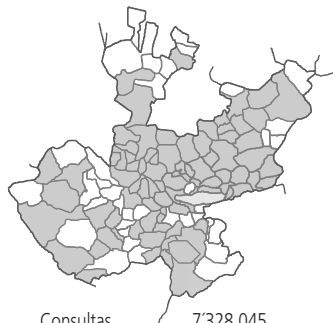
ISSSTE



Consultas	877,446
Egresos	12,173
Actos quirúrgicos	5,269
Atención urgencias	24,029

Consultorios	290
Camas censables	281
Médicos	486
Odontólogos	49
Enfermeras	713

IMSS



Consultas	7'328,045
Egresos	191,463
Actos quirúrgicos	116,800
Atención urgencias	1'413,943

Consultorios	1,086
Camas censables	2,939
Médicos	2,817
Odontólogos	115
Enfermeras	6,780

No es posible hablar de una población asignada a las instituciones de medicina privada, sin embargo las cifras que ofrece INEGI en el libro Estadísticas del sector salud y seguridad social, del 2001, representan el 4.2% de todos los eventos registrados en el Estado.

Estos tres grupos de instituciones integran el Sistema Estatal de Salud en Jalisco y los eventos que se realizan anualmente, así como las unidades de atención y personal médico que ofrece, representan el panorama de los servicios de salud en el estado y por ello mismo representan la cobertura de responsabilidad de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

III. CONTEXTO SOCIAL Y POLÍTICO DE LA COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE JALISCO

Como es lógico suponer, la atención a la salud es una de las prioridades de los gobiernos federal y estatal, situación que se concreta en el Programa Nacional de Salud 2001 - 2006 y en el Programa Estatal de Salud 2001 - 2007 del Estado de Jalisco.

El «Programa Nacional de Salud 2001-2006». La democratización de la Salud en México. Hacia un sistema Universal de Salud», parte del planteamiento de cinco objetivos que se concretan en cinco estrategias sustantivas y cinco estrategias instrumentales.

1. Vincular la salud con el desarrollo económico y social.
2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres.
3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades.
4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud.
5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población.
6. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud.
7. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud
8. Avanzar hacia un modelo integrado de atención a la salud
9. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención.
10. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.

Las estrategias se concretan a su vez en líneas de acción. En este documento solamente haremos alusión a las que se refieren a la estrategia número 4. «Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud», dado que son las relacionadas con el arbitraje médico, como se anota a continuación.

LÍNEAS DE ACCIÓN

- 4.1. Definir códigos de ética para los profesionales de la salud.
- 4.2. Definir y hacer explícitos los derechos de los usuarios de servicios de salud y de los prestadores de servicios médicos.
- 4.3. Establecer un sistema de seguimiento y respuesta a quejas y sugerencias,
- 4.4. Establecer un sistema de reconocimiento del buen desempeño.
- 4.5. Desarrollar un sistema de información por productos hospitalarios y tarjetas de indicadores.
- 4.6. Promover el uso de guías clínicas.
- 4.7. Promover la certificación de los profesionales y establecimientos de salud.
- 4.8. Reforzar el arbitraje médico.

Como puede observarse, estas líneas de acción se encuentran vinculadas con la calidad de la práctica médica, específicamente con la relación médico-paciente, de tal manera que forman el referente directo para el arbitraje médico, cuando éste es desarrollado desde la perspectiva de la mejora continua de la calidad de los servicios de salud, como es el caso de la Comisión de Arbitraje Médico el Estado de Jalisco (CAMEJAL).

Por lo que se refiere al estado de Jalisco, en el Plan Estatal de Desarrollo 2001 - 2007 se encuentra también en forma explícita la política de desarrollo a través de la calidad de los servicios de salud, lo cual se hace evidente en la estrategia 1.2: «Mejorar los niveles de salud de la población, con servicios basados en la equidad, calidad, oportu-

alidad y trato digno, y con la participación ciudadana», estrategia que se concreta en el establecimiento de un sistema de evaluación de la calidad y satisfacción de los servicios, desde la perspectiva de la población, como una de sus líneas de acción y de donde se desprende el Plan Estatal de Salud 2001 - 2007, «Hacia la Reforma del Sistema Estatal de Salud. Por tu salud, trabajamos contigo» con los objetivos siguientes:

1. Mejorar el nivel de salud de los jaliscienses.
2. Abatir las inequidades que dañan a los que menos tienen.
3. Enfrentar los retos de la salud pública.
4. Procurar la satisfacción de necesidades y expectativas de la población.
5. Lograr la mayor vinculación y rectoría dentro y fuera del sector.

Estos objetivos se concretan en estrategias y líneas de acción. La estrategia general número 3: «Procurar servicios con calidad, oportunidad y trato digno», donde se incluye la estrategia específica 3.1: «Desarrollar una cultura organizacional para garantizar servicios con calidad».

Con estas estrategias del Plan Estatal de Salud 200 -2 007, el gobierno del estado cuenta con el marco adecuado para «Impulsar el trabajo de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco» y con ello contribuir a la mejora continua de la calidad de la atención a la salud.

El gobierno del estado de Jalisco publicó el 13 de marzo de 2001, en el periódico oficial *El Estado de Jalisco*, con el decreto 18936 del Congreso del Estado, «las reformas y adiciones a la Ley Estatal de Salud», donde en su sección segunda se determina la creación de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (CAMEJAL), misma que empieza a funcionar el 18 de junio del mismo año, después de la designación del comisionado para el primer periodo, que se desempeñará en el cargo cuatro años (2001-2005), como establece la misma Ley.

Con el propósito de explicar los retos y soluciones de este organismo público descentralizado, para el periodo 2001-2005, en este capítulo desarrollamos los siguientes puntos estratégicos: a) origen y marco legal de la Comisión de Arbitraje Médico; b) los servicios de salud en Jalisco. Los derechohabientes de la seguridad social y la población abierta, y c) problemas y soluciones para la conciliación y el arbitraje en el contexto del federalismo.

a) Origen y marco legal de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco

En el mes de junio de 1996, el *Diario Oficial de la Federación* publicó el decreto presidencial respecto a la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), otorgándole atribuciones para la resolución de conflictos entre usuarios y prestadores de servicios de salud de todo en territorio nacional.

En el artículo 4º fracción XI, se atribuye a la CONAMED la facultad de promover la creación de delegaciones en las entidades federativas, para el desahogo de los conflictos en su ámbito territorial correspondiente.

Aun cuando en diferentes estados de la República se inició la creación de tales delegaciones en Jalisco, las bases institucionales y los colegios médicos se manifestaron en contra de esta intención, al mismo tiempo que se integraron propuestas alternativas como es el caso de la que presentó la Asociación Médica de Jalisco en diciembre de 1996, misma que no es tomada en cuenta, sin embargo no prospera tampoco la iniciativa de la CONAMED.

Esta situación se mantiene a pesar de las presiones sociales como reflejo del aumento de comisiones estatales y de la insistencia de los medios de comunicación sobre la necesidad de contar con una instancia específica para la investigación y resolución de los problemas de la práctica médica.

En el primer semestre del año 2000, estos dos factores de presión social se juntan al presentarse un incidente en el Hospital General de Puerto Vallarta, donde fallecen cinco personas y propicia la intervención de la CONAMED, además de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos. Independientemente de que la conclusión descartó la negligencia médica, éste incidente funciona como detonante de manifestaciones diversas, pidiendo la creación de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico y se menciona como argumento la existencia de 12 comisiones similares en otras tantas entidades federativas, de tal forma que el gobernador en ese momento el Ing. Alberto Cárdenas Jiménez convoca a las instituciones del sector salud, instituciones de educación superior y a las asociaciones civiles de profesionistas, para la elaboración de una propuesta colegiada sobre la creación de la Ley de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

Con la coordinación de la Secretaría de Salud Jalisco, particularmente del Dr. Alfonso Petersen Farah, coordinador de Hospitales y Jurisdicciones, se integró un grupo de trabajo donde participaron la Asociación Médica de Jalisco, el Colegio Médico A.C., la Federación Jalisciense de Colegios, Asociaciones y Academias de Profesionistas, la Federación de Colegios de Profesionistas del Estado de Jalisco, el Consejo Coordinador de Colegios de Profesionistas, la Universidad de Guadalajara, la Universidad Autónoma de Guadalajara, el Hospital Civil de Guadalajara, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Asociación de Hospitales Particulares y la Secretaría General de Gobierno, para la integración de un documento que se presentó al gobernador y éste a su vez lo turnó al Congreso del Estado como la iniciativa de Ley de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

El Poder Legislativo Estatal recibe la iniciativa de ley y aún cuando la transforma en una adición a la Ley Estatal de Salud, conserva en esencia la propuesta del grupo interinstitucional y se aprueba el 31 de enero de 2001, mediante el decreto 18936 «Reforma y adición de di-

versos artículos de la Ley Estatal de Salud», que se publica en el *El Estado de Jalisco* el 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 (Anexo 1)

Basado en la publicación del decreto del Congreso del Estado, el gobernador, Lic. Francisco Javier Ramírez Acuña, convocó a los representantes de las instituciones integrantes del Consejo, para dar cumplimiento al artículo 91-G y al Quinto artículo transitorio del mismo dictamen, sobre el procedimiento para la designación del comisionado, de tal forma que el día 11 de abril designa al comisionado de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, para el periodo 2001 - 2005.

b) Los servicios de salud en Jalisco. Los derechohabientes de la seguridad social y la población abierta

En los inicios de la anterior administración federal, se decretó el Programa de Reforma del Sector Salud, donde, para fines prácticos, los servicios de salud se dividen en dos grandes grupos:

1) Servicios otorgados a la población por las instituciones de seguridad social, y

2) Servicios de salud que ofrece la Secretaría de Salud, a la población sin seguridad social.

Esta segmentación institucional determina el hecho de que las estrategias de trabajo para cumplir con el mandato constitucional de protección a la salud las dirija cada institución a un sector de la población; en consecuencia, un plan de atención a la salud con esta perspectiva debe entenderse como un subsistema de salud que atiende a la población sin seguridad social y otro para la atención a la población con seguridad social.

Si esta situación se traduce en números, del total de mexicanos, 48 millones son motivo de programación por la Secretaría de Salud,

dado que los 49 millones que complementan el total de habitantes de México tienen acceso a los servicios de salud que le ofrecen las instituciones de seguridad social.

En resumen, el problema estriba en la dificultad para el desarrollo de verdaderos programas nacionales, ya que en lo operativo existen dos diferentes sistemas, con evidentes caminos en sentidos opuestos: la descentralización de la Secretaría de Salud y la centralización de las instituciones de seguridad social.

Las instituciones de seguridad social como el IMSS y el ISSSTE, 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.

Para puntualizar la situación en Jalisco; en nuestro territorio estatal la toma de decisiones en el área de la salud tiene dos orígenes distintos: aproximadamente el 48.9% de los jaliscienses es objeto de acciones de atención a la salud planeadas, dirigidas, controladas y evaluadas por la cúpula 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 51.1% de los jaliscienses, situación que debe ser planteada como una problemática que se relaciona directamente con el objeto de trabajo, las funciones y, especialmente, las atribuciones de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

c) Problemas y soluciones para la conciliación y arbitraje en el contexto del federalismo

DE LA PROBLEMÁTICA ACTUAL

Aun cuando la Ley Estatal de Salud en su artículo 91 no especifica las atribuciones del arbitraje médico estatal, se limitan al 51.1 % de la población del estado, puesto que, por naturaleza federal de las insti-

tuciones de seguridad social, la insatisfacción o inconformidad generadas entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud del IMSS e ISSSTE, independientemente del estado donde se generen, deben ser atendidas en el Distrito Federal, por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

Es importante señalar que el procedimiento de arbitraje que se desarrolla las comisiones estatales, naturalmente en sus propios ámbitos territoriales, para los casos de conflictos entre usuarios y prestadores de servicios a la población abierta, incluida la medicina privada, no es posible ejercerlo en los conflictos de las instituciones de seguridad social.

Con la creación de las comisiones de arbitraje médico en los estados (actualmente existen 18), surgió el problema de la definición de los ámbitos de competencia: las comisiones estatales atienden los conflictos que se susciten en relación con la población abierta, sin embargo, no tienen atribuciones para conocer los que se generen entre usuarios y prestadores de servicios de salud de las instituciones de seguridad social.

Esta situación genera una controversia de difícil solución: las comisiones estatales de arbitraje médico no tienen atribuciones en su propio estado para resolver los conflictos de los derechohabientes de instituciones de seguridad social, mientras que la CONAMED debe respetar el federalismo y no desempeñar funciones en los estados en los que ya existe un organismo creado formal y legalmente para ello.

SOLUCIONES PROPUESTAS

Por lo anteriormente descrito, es claro que uno de los retos más importantes de la CAMEJAL para la actual administración es el logro de un convenio de colaboración institucional con las delegaciones de las instituciones de seguridad social, como el IMSS y el ISSSTE, mediante el cual se establezcan los procedimientos adecuados para la recepción,

estudio y resolución alternativa de las quejas de los derechohabientes, pero partiendo del principio de que los asuntos de los jaliscienses, deben ser resueltos en Jalisco.

Independientemente de la solución mediata o inmediata, es necesaria la resolución de esta problemática que limita las atribuciones de la CAMEJAL, de tal forma que el registro, estudio y análisis de los conflictos entre usuarios y prestadores de servicios de salud, pueda llevarse a cabo en Jalisco y puedan resolverse mediante los procedimientos de conciliación y arbitraje, independientemente de que las inconformidades que se presenten se refieran a instituciones del ámbito federal o del ámbito estatal, y sin ninguna diferenciación en los procedimientos.

Esta solución tiene el sustento en la legislación misma de las instituciones de seguridad social, mediante las atribuciones que se le asigna a las delegaciones estatales, pero además se fortalece como una posibilidad de resolución al plantearse en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, la estrategia 6: «Construir un federalismo cooperativo en materia de salud», y particularmente las líneas de acción siguientes:

- 6.3. Consolidar la descentralización de la SSA;
- 6.4. Consolidar la desconcentración de los servicios de salud del IMSS,
y
- 6.5. Fortalecer la cooperación interestatal en servicios de salud pública y servicios de especialidad.

Naturalmente que el convenio de colaboración para el arbitraje médico entre las instituciones de seguridad social y la CAMEJAL, tiene como dificultad las inercias de procedimientos definidos con anterioridad; sin embargo, la factibilidad de la solución se enriquece con el logro de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Michoacán, al firmar un convenio de colaboración con la delegación estatal del ISSSTE, demostrando así que esta propuesta de solución depende de volunta-

des para hacer posible que el estudio, análisis y resolución de los conflictos entre derechohabientes y profesionales de la salud de instituciones de seguridad social a través de las comisiones estatales es factible; representa una garantía de calidad de procedimiento del arbitraje médico del país y contribuye a mejorar la calidad de la atención sin violentar el estado de derecho y representa el respeto a la autonomía de las entidades federativas.

IV. POLÍTICAS DE DESARROLLO DEL ARBITRAJE MÉDICO EN EL ESTADO DE JALISCO

La finalidad del arbitraje médico en Jalisco, tanto en el objetivo como en las funciones de la CAMEJAL. La Ley Estatal de Salud en su artículo 91 «B», privilegia la difusión y divulgación, así como la orientación y asesoría sobre la protección y defensa de los derechos y obligaciones de los usuarios y prestadores de servicio de salud. En este postulado basamos la conducción de nuestras funciones, con una actitud de absoluto respeto, que se institucionaliza mediante las políticas básicas de desarrollo que anotamos a continuación:

El enfoque de la prevención en nuestras acciones. Se identifica como una necesidad imprescindible el trabajo fuerte y constante con las instituciones de salud, tanto del sector público como privado, con el propósito de difundir la perspectiva de la prevención, buscando transmitir nuestra convicción de que las recomendaciones deben hacerse antes de que se presenten los conflictos y no después de ellos.

La equidad entre usuario y prestador de servicios de salud. El proyecto de desarrollo institucional de la CAMEJAL está encaminado a trabajar con una perspectiva de prevención de conflictos, mediante la promoción de la cultura de los derechos humanos en salud, en un marco de equidad; por un lado los derechos del usuario y por otro los derechos del prestador de servicios de salud, pero en el entendido de que ninguno está por encima del otro; los acuerdos de conciliación, laudos y opiniones técnicas que emita esta Comisión estarán basados en

la objetividad concreta, respetando el mensaje de equidad que establece la ley.

La discreción y la confidencialidad. Por otra parte, es importante señalar que, por la trascendencia de sus conclusiones, la CAMEJAL mostrará siempre absoluta discreción y confidencialidad sobre los asuntos que maneje y por ningún motivo se emitirá una opinión que no esté basada en el estudio, análisis y discusión colegiada, que le brinde el carácter técnico a las conclusiones.

Las conclusiones colegiadas. Por la trascendencia social de las conclusiones y opiniones técnicas que emite la CAMEJAL, es una política fundamental que estén basadas en la discusión y el debate científico, de tal forma que ningún asunto concluya con opiniones unipersonales, sino que correspondan a conclusiones obtenidas como producto de consensos grupales a los que se llegue mediante el respeto a la honestidad como principio.

La desconcentración estatal. La CAMEJAL en su administración 2001 - 2005 identifica como una responsabilidad particular el sustentar su funcionamiento en el ámbito territorial que 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 por igual a los 124 municipios.

La descentralización como valor irrenunciable. -Esta política tiene una doble vertiente, por un lado se refiere al ámbito estatal y por otro en lo que corresponde al ámbito federal.

La descentralización estatal es una política que asume en lo operativo lo establecido en la Ley Estatal de Salud, en el artículo 91-A, donde se define a la CAMEJAL «...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 eficien-

te funcionamiento y para el correcto ejercicio de su presupuesto en términos de la legislación aplicable» .

En lo que corresponde al ámbito federal es importante manifestar el claro entendimiento y la disposición para actuar con autonomía respecto a organismos con funciones similares, aunque esto no implica renunciar al trabajo colaborativo y vinculado como una estrategia para enriquecer los procesos y sus resultados

La vinculación institucional. Naturalmente que la manifestación de claridad en los conceptos de descentralización, con la autonomía que de ello se desprende, implica la responsabilidad de ejercer las funciones en un contexto de negociación y acuerdos interinstitucionales basados en la conveniencia mutua para la integración de equipos que desarrollen acciones de colaboración y ofrezcan productos comunes que se concreten en la mejora continua de los servicios de salud como finalidad última, por el beneficio de la población jalisciense.

V. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DE LA CAMEJAL 2001-2005

La metodología conocida como planeación estratégica está considerada por la administración del gobierno del estado como uno de los elementos indispensables para el establecimiento de la Calidad en los distintos organismos que de él dependen, la CAMEJAL en la búsqueda de la definición de su rumbo de manera consciente ha establecido una estructura apropiada para que las actividades que desarrolla se orienten a la productividad, la calidad y la competitividad.

De tal forma que el análisis de las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades de la CAMEJAL ha permitido identificar y definir su misión y su visión, así como determinar sus objetivos estratégicos de los cuales se desprenden sus estrategias y líneas de acción, todo ello sustentados en los principios de la justicia, equidad y calidad en la prestación de los servicios de salud.

Este marco metodológico permitirá supervisar permanentemente los procesos de atención, operación y ejercicio presupuestal, medidos por indicadores

Misión

Fomentar la cultura de la calidad en la atención médica y proveer soluciones a los conflictos derivados de la misma sustentadas en los principios de equidad.

Visión

Una relación médico-paciente fortalecida, que evita la medicina defensiva y la cultura de litigios y que cuando eventualmente se presente algún tipo de controversia, sea resuelta en amigable composición, privilegiando la conciliación y el arbitraje sobre los procedimientos de la vía judicial.

Valores

En relación por la atención a la salud, consideramos que el fortalecimiento de la relación médico-paciente es la solución más viable, cultural, legal y equitativamente permisible para nuestra sociedad; la pondremos con honestidad, prudencia y confidencialidad.

Estamos comprometidos con población y profesionales de la salud jaliscienses en la búsqueda de la solución con justicia, eficiencia y respeto a las partes a las insatisfacciones generadas por la atención a la salud.

Objetivos estratégicos

- a) Garantizar trato equitativo, justo y confidencial a los profesionales y usuarios en las controversias generadas por la prestación de servicios de salud.
- b) Fomentar programas académicos para la formación y actualización de profesionales de salud y desarrollo de proyectos de investigación que se vinculen con la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.
- c) Fortalecer la relación con las instituciones federales de prestación de servicios de salud en la solución de las controversias que se generen con sus derechohabientes.
- d) Fortalecer la relación con las instituciones procuradoras de justicia para solucionar las controversias relacionadas a la salud.
- e) Fomentar entre las federaciones, colegios, asociaciones y agru-

paciones de profesionales o instituciones privadas de servicios de salud la aplicación de la normatividad vigente.

Imagen planeada

En la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco estamos comprometidos a que la resolución de las controversias generadas por la prestación de servicios de salud estén sustentadas en el desarrollo científico y técnico de la medicina moderna, sin dejar de considerar las relaciones humanas que conlleva la prestación de estos servicios.

Estrategias

- a) Fortalecer los derechos de los usuarios y de los prestadores de servicios de salud.
- b) Fomentar la responsabilidad en el cumplimiento de las obligaciones de los usuarios y los prestadores de servicios de salud.
- c) Proponer programas académicos relacionados con la responsabilidad profesional en salud.
- d) Desarrollar proyectos de investigación sobre la insatisfacción en la recepción de servicios de salud.
- e) Promover la formación de peritos en las diversas especialidades médicas.

Líneas de acción

- a) Desplegar campaña promocional sobre los derechos y obligaciones en la prestación-recepción de servicios de salud.
- b) Crear centros regionales de captación de insatisfacciones por la prestación de servicios de salud.
- c) Atender las solicitudes de las instituciones procuradoras de justicia que coadyuven a la solución de controversias relacionadas con la salud.
- d) Proporcionar información a los prestadores de servicios de sa-

- lud sobre las obligaciones y características de la prestación de servicios, a través de los colegios y agrupaciones científicas.
- e) Participar con las instituciones de salud en la difusión de la normatividad para otorgar los servicios de salud.
 - f) Organizar en coordinación con otras dependencias oficiales y organizaciones, cursos para la formación de peritos en la materia de salud.
 - g) Promover en las instituciones de educación superior líneas de investigación sobre la responsabilidad profesional en salud.

Retos de la CAMEJAL

- a) Consolidar el proceso de atención a las controversias generadas por la insatisfacción en la recepción de los servicios de salud.
- b) Influir, en las instituciones públicas y privadas, estatales o federales de salud, en la solución de las controversias generadas por la prestación de servicios de salud.
- c) Lograr que las instituciones procuradoras de justicia fundamenten sus resoluciones en las conclusiones que emita esta Comisión.
- d) Lograr que las instituciones formadoras de recursos humanos en salud incorporen en su currícula la responsabilidad profesional.

VI. LOS SERVICIOS DE LA COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE JALISCO

a) Atención de inconformidades y su clasificación

La Ley Estatal de Salud en Jalisco en su sección segunda incluye lo referente a la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco³⁵ entre las atribuciones que se le asignan a este organismo público descentralizado se encuentra la de brindar «..., orientación, apoyo y asesoría en materia de derechos y obligaciones de los usuarios y prestadores de servicios de salud,», así como la de «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».

Estas dos atribuciones marcan la directriz de los servicios que se ofrecen a la población jalisciense, y que han sido clasificada en dos tipos: atención a usuarios sin un acto médico previo y atención a usuarios y prestadores de servicios de salud cuando ya se realizó un acto médico.

b) Orientación, asesoría y gestión.

Servicio a usuarios sin un acto médico previo a su inconformidad.

Servicios de orientación. Cuando un usuario acude a solicitar servicio a la CAMEJAL recibe la atención que demanda de acuerdo con el problema que le afecta a él o a su familia. Se presentan casos en donde la inconformidad que manifiestan no tiene relación con actos de la prác-

tica médica, aun cuando sí se refiera a las instituciones que ofrezcan este tipo de servicios, como por ejemplo, asuntos de jubilaciones, pensiones, servicios de farmacia, cumplimiento de pólizas de seguros de gastos médicos, entre otros.

En los casos en que se identifica que el asunto no es competencia de la CAMEJAL, se ofrece la orientación sobre la o las instituciones afines al problema planteado para que acuda a solicitar su servicio; se le informa sobre la ubicación, servicios y procedimientos necesarios para hacer su solicitud ante la dependencia indicada.

Servicios de asesoría. Existe otro grupo de usuarios, cuyo inconformidad sí está relacionado con los servicios médicos, sin embargo estos no han sido aún otorgados —la necesidad de servicios de salud no implica una necesidad de urgencias—, en estos casos la CAMEJAL ofrece al usuario información precisa en cuanto a la atención que recibirá en la institución que puede solucionar su problemática de servicios, así como de los límites de competencia que se tiene para su asunto incluyendo los mayores datos posibles sobre la ubicación y funciones de la institución a la que acudirá.

Servicios de gestión. se identifican elementos suficientes para catalogar el caso como necesidades de atención urgente y la manifestación de inconformidad es por la negación del servicio o el diferimiento de la atención a largo plazo, la CAMEJAL actúa de manera inmediata como intermediaria para lograr, la atención medica en alguna institución de salud, como SSA, IMSS, ISSSTE, Hospital Civil de Guadalajara y otras instituciones publicas. Estos servicios en algunas otras Comisiones han sido considerados como acciones de «conciliación inmediata».

c) Servicio a usuarios y prestadores de servicios de salud con acto médico previo a su inconformidad. Queja por los resultados de un acto médico

Cuando el problema es ya derivado de una actuación medica y el usuario identifica un daño a la salud y una relación entre el acto médico y

el daño a la salud, manifiesta su queja mediante una solicitud de servicios en CAMEJAL, de donde se desprende el procedimiento de la atención que requiere la siguiente documentación: una carta firmada por el usuario o representante legal explicando los hechos y fechas, mencionando nombres de los médicos que fuesen motivo de queja, así como datos de la institución que prestó el servicio y especificando claramente la pretensión.

A la queja correspondiente se deberán anexar copias fotostáticas simples de estudios, recetas y todos aquellos documentos relacionados con los hechos; una vez reunidos todos los requisitos se procede a dar una cita de radicación para ratificar la queja.

d) La conciliación como autocomposición de las controversias

La resolución de controversias en México mediante la composición voluntaria y la intervención de organismos oficiales, estatales o federales, aunque tiene una larga tradición en materia laboral y financiera, en términos generales no ha tenido la aceptación y trascendencia que debería tener, saturando de cargas de trabajo a los órganos jurisdiccionales. De hecho las Juntas de Conciliación y Arbitraje, aunque dependen del ejecutivo federal o local, según su competencia, constituyen verdaderos órganos jurisdiccionales, existiendo a la fecha un creciente movimiento tendiente a ubicarlos dentro del poder judicial.

La Procuraduría Federal del Consumidor, vino a llenar hace algunos años el vacío que impedía al público consumidor de bienes y servicios, contar con mecanismos ágiles y sencillos de protección de sus derechos; realiza una tenaz labor mediadora para conciliar los intereses de consumidores y comerciantes, con facultades sancionadoras.

En la materia financiera, como un organismo de reciente creación, se constituyó la Comisión Nacional para la Defensa y Protección de los Usuarios de Servicios Financieros, CONDUSEF, quien vino a sustituir a la Comisión Nacional Bancaria y de Valores y a la Comisión

Nacional de Seguros y Fianzas, en la función conciliadora de los conflictos que surjan entre los usuarios de servicios financieros y las instituciones prestadoras de los mismos.

Por su parte, el Código de Comercio reformado en 1989 y posteriormente en 1993, adicionó el título cuarto a su libro quinto, mediante el cual estableció la reglamentación del arbitraje comercial como un mecanismo ágil de resolución de las controversias que surjan entre comerciantes

El Código de Procedimientos Civiles del Estado de Jalisco sufrió en 1995 diversas reformas, entre ellas, se adicionó el artículo 282 bis mediante el cual se obliga a las partes a someterse a una audiencia conciliatoria con la finalidad de que el tribunal pueda ayudar a las partes a resolver mediante esta vía su controversia. Desafortunadamente, en la práctica es mínimo el número de casos civiles que llegan a conciliarse, entre otras razones por la sobrecarga de trabajo en los juzgados que hace que el secretario conciliador que no sólo tiene estas funciones vea el acto de la audiencia conciliatoria como una carga procesal más que le limita su actividad, además de la falta de preparación y perfil adecuado del propio conciliador para realizar esta función. Sabemos que el Consejo General del Poder Judicial del Estado está realizando esfuerzos de capacitación a los secretarios conciliadores a fin de obtener un sustancial incremento de conciliaciones que ponga fin a trámites judiciales que de no resolverse en la composición pueden durar varios años en solucionarse definitivamente.

Con estos antecedentes surgen las comisiones de arbitraje médico ante la creciente demanda de los usuarios de servicios médicos que reclaman mecanismos ágiles y sencillos para dirimir sus controversias, y la necesidad de los prestadores de servicios médicos de contar con un organismo confiable a quien someter dichos conflictos en condiciones de equidad, confidencialidad y profesionalismo.

Es propósito y meta fundamental de la actividad de la CAMEJAL alcanzar la conciliación de las partes que intervienen en un conflicto, para lo cual realiza sus mejores esfuerzos a fin de que éstas, mediante el diálogo constante, vayan encontrando los puntos de equilibrio entre las pretensiones del quejoso y los ofrecimientos del prestador de servicio materia de la queja, que permitan mediante la composición dar por concluido el objeto de la queja. Hemos tenido oportunidad de apreciar cómo diversos casos que parecían irresolubles en por vía conciliatoria, mediante la tenaz labor mediadora institucional alcanzaban la conclusión amigable.

Por ello, la Comisión entiende la necesidad imperiosa de dedicar una gran parte de su actividad a la función conciliatoria. Contar con personal de la más alta calidad, tanto médicos como abogados, con un perfil eminentemente conciliador que permita a las partes participantes en la queja obtener la respuesta cordial, respetuosa y muy persistente de los equipos de conciliadores para resolver pacíficamente su controversia. También se ha apreciado la necesidad de limitar en las audiencias conciliatorias la participación de personas ajenas a la queja, procurando invitar a las partes a que acudan en un clima de absoluta confianza sin necesidad de hacerse acompañar de terceros, que muchas veces inhiben la voluntad de las partes y dificultan o impiden el arreglo conciliatorio, rompiendo el clima de armonía en que se pretende trabajar en la labor mediadora y conciliadora. Afortunadamente, la gran mayoría de los comparecientes aceptan de buen grado nuestra propuesta que tiene por objeto evitarles mayores costos en el trámite de la queja, como podía ser el pago de honorarios a asesores, sin que, por otra parte, si es el deseo del compareciente hacerse acompañar de persona de su confianza, le impidamos el acceso a ésta.

e) El arbitraje y sus alcances legales

Llegar al arbitraje implica para la Comisión reconocer que ha fallado

en sus esfuerzos de conciliar la controversia, pero entiende que hay casos que por su naturaleza, por la disparidad de las pretensiones y ofrecimientos o simplemente por la falta de disposición o de buena voluntad de una o de las dos partes, hacen imposible la composición voluntaria.

Ello nos da la oportunidad de invitar a las partes a que continúen el trámite de su conflicto en la Comisión y se sometan al arbitraje.

El artículo 91-K, segundo párrafo, de la Ley Estatal de Salud prevé que los procedimientos de arbitraje y amigable composición se sujetarán al Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas que al efecto se expida, sujetándose el arbitraje, en lo conducente, a lo dispuesto en los numerales 730, 732, 739, 740, y 742 al 757, inclusive, del Código de Procedimientos Civiles del Estado de Jalisco.

Al respecto debe destacarse que a la fecha, la CAMEJAL aún no cuenta con su Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas, por lo que la propia Comisión en su actividad interna y a través de su Consejo trabaja en la conformación de una propuesta acorde a nuestra visión de lo que deben ser nuestras atribuciones en materia de arbitraje conforme a las experiencias que hemos obtenido, integrando para ello un documento que contenga nuestras sugerencias para constituir el Reglamento; debemos entender que la formación del mismo, por sus características de regulación procedimental, debe pasar por todo el trámite legislativo que culmine con su promulgación, aun cuando, al remitirnos a la ley sanitaria local, al procedimiento de arbitraje contemplado en el capítulo correspondiente del Enjuiciamiento Civil del Estado, nos permite contar con un instrumento de aplicación general que sustenta la legalidad de nuestra función arbitral.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico cuenta con su propio reglamento, algunas de cuyas disposiciones podrían ser muy valiosas en su aplicación local, otras disposiciones no serían aplicables en Jalisco por la propia estructura de la Comisión local frente a la nacio-

nal, que cuenta con un buen número de dependencias internas y una estructura orgánica que sería muy difícil adoptar en nuestro estado, principalmente por la carga presupuestaria que ello implicaría. Mientras tanto, continuaremos aplicando las disposiciones legales contenidas en el Código de Procedimientos Civiles y acordando con las partes las reglas particulares del arbitraje bajo las premisas de igualdad procesal, imparcialidad, profesionalismo, inmediatez y gratuidad en todos los trámites que se realicen hasta alcanzar el laudo, y la previa aceptación de las partes a su cumplimiento voluntario y la sujeción a los jueces del fuero común competentes para la ejecución del laudo en caso de incumplimiento al mismo.

Es importante destacar la relevancia de la CAMEJAL como instancia conciliatoria y su función como coadyuvante en la administración de justicia para un importante sector de la población con demandas que tienen que ver con los actos médicos.

Los procedimientos de mediación, conciliación y arbitraje que realizamos, constituyen una alternativa extrajudicial válida para la resolución de los conflictos, con ventajas indudables sobre los trámites jurisdiccionales, como son la atención no sólo de los derechos y obligaciones de las partes en conflicto, sino también de sus legítimos intereses, con lo cual se obtienen mayores beneficios: tienen impacto positivo en la relación futura de los participantes porque fomentan la transigencia, la tolerancia y la negociación frente a la posibilidad de un futuro conflicto de intereses de carácter judicial; al no comparecer ante un juez, las partes se desinhiben para poner en la mesa de las discusiones toda la información necesaria sobre sus verdaderos intereses; intervienen en la solución especialistas en la materia; los procedimientos son más ágiles, flexibles y de menor formalismo; son gratuitos, al no requerirse del patrocinio privado de un profesional para una adecuada defensa de intereses; cuentan con tiempos de respuesta más reducidos que los observados en procedimientos seguidos ante

tribunales de cualquier materia o fuero, y, finalmente, nuestros trámites son absolutamente confidenciales, evitando señalamientos públicos que en innumerables ocasiones afectan la imagen y prestigio de profesionales del campo de la medicina.

f) Opinión técnica

El artículo 91C, fracción VII, de la Ley Estatal de Salud, establece que es atribución de la Comisión emitir opiniones técnicas cuando éstas sean necesarias en la sustanciación de las quejas que se atiendan, las que se emitirán con el auxilio de los colegios de profesionistas de la rama que corresponda según la naturaleza del caso.

Analizando con atención el concepto de opinión técnica en el contexto en que se encuentra plasmado en la ley, debemos entender que constituye un verdadero dictamen emitido por expertos en la materia que corresponda y que será el sustento técnico-científico en el que se apoyará la resolución de los casos.

Evidentemente, el papel de los colegios de profesionistas es fundamental en la sustanciación de las quejas, especialmente cuando al no poder alcanzar la solución conciliatoria se deba pasar a la etapa del arbitraje, porque las partes, al confiar en la Comisión, someten su diferendo a la resolución arbitral, y será precisamente el apoyo técnico-científico que proporcionan los profesionistas colegiados, en condiciones de transparencia, imparcialidad, ausencia de interés directo en el caso, sumado a la capacidad cognoscitiva en la materia que corresponda, lo que permitirá incrementar la confianza en la debida fundamentación científica de las resoluciones de CAMEJAL en la medida en que éstas se vayan pronunciando.

Los diversos colegios de profesionistas, en su mayoría, han manifestado su plena disposición de participar en esta sensible labor, considerándola como una forma de cumplir con el mandato contenido en el artículo 5° constitucional, que establece la obligación que tiene

el profesionista de prestar servicio social profesional, considerando además, como una función propia del colegio, fungir como peritos y vigilar el debido cumplimiento del ejercicio profesional.

Por su parte, el Supremo Tribunal de Justicia del Estado al igual que el Consejo General del Poder Judicial, a través de su presidente, han externado su pleno apoyo para participar en la capacitación de los cuadros de profesionistas, lo que nos permitirá contar con profesionales que sumarán a sus conocimientos científicos los fundamentos legales para realizar adecuadamente su función pericial.

Los colegios de profesionistas han manifestado su plena disposición de participar en esta sensible labor, considerándola como una forma de cumplir el mandato constitucional contenido en el artículo 5° de nuestra Norma Suprema, que establece la obligación que tiene el profesionista de prestar servicio social profesional.

La CAMEJAL considera como una verdadera oportunidad para restituir a la prueba pericial, por lo menos en el área médica, el verdadero valor técnico-científico que debe tener dicho elemento probatorio, constituyéndose en el más eficaz instrumento de apoyo para el esclarecimiento de los casos sometidos a su consideración, para ello, el rigor científico en su elaboración, la independencia con que realizan su labor, ajenos a la presión o el interés de alguna de las partes, y la convicción de que el acto médico debe ser realizado conforme a las normas que impone la ciencia, el derecho y la ética constituyen los fundamentos en que el perito sustenta su actuación al servicio exclusivamente de la sociedad y no de parte interesada en obtener un resultado favorable a sus intereses.

Para cumplir esta meta, CAMEJAL ha implementado un sistema de trabajo conjunto con los expertos designados por los colegios respectivos que implica la designación de un mínimo de tres expertos especialistas en el área objeto del peritaje; la entrega del material documentario disponible sin la identificación de las partes, el estudio

individual y la conclusión colegiada de los peritos que integren un solo peritaje emitido en forma conjunta después del análisis exhaustivo bajo la conducción metodológica del personal responsable de la Comisión, de tal manera que dicha opinión cuente con todo el rigor analítico-científico que permita obtener un producto de alta calidad y confiabilidad, pero indispensable en estos momentos en que usuarios, prestadores de servicios, órganos procuradores y administradores de justicia, instituciones de salud y la sociedad en pleno, reclaman explicaciones serias y fundadas de los actos médicos que permitan conocer con certeza si los mismos se apegaron a la normatividad correspondiente.

g) Procedimiento de atención a las inconformidades por actos médicos

Consideramos que este rubro de actividades de la CAMEJAL es la justificación de su creación, dado que significa en esencia la resolución alternativa de las controversias que se suscitan en relación con la práctica médica, tanto en instituciones públicas como en instituciones privadas.

La intervención de la CAMEJAL para la resolución de éste tipo de conflictos se encuentra fundamentada en la Ley Estatal de Salud en Jalisco, en el artículo 91 B, cuando se expresa que «La Comisión tendrá por objeto difundir, asesorar, *proteger y defender los derechos de los usuarios y prestadores de servicios de atención médica...*».

De este artículo se desprende el procedimiento de atención a las inconformidades que se manifiestan como consecuencia a un acto médico y existen dos vías de entrada a la CAMEJAL para el desarrollo de esta función: por un lado, las solicitudes de servicios expresadas directamente por los usuarios que son registradas propiamente con el termino de queja y, por otro lado, ingresan solicitudes de dictámenes periciales por las autoridades jurisdiccionales.

Cada una de estas vías de ingreso de solicitudes de servicios a la CAMEJAL requiere un manejo diferente que se explica a continuación:

I. ATENCIÓN DE QUEJAS DIRECTAMENTE PLANTEADAS A LA CAMEJAL

Las inconformidades que se presentan ante la CAMEJAL, basadas en la calidad de un acto médico ya realizado, implica la necesidad de programar varios tipos de sesiones: de radicación, informativas, de conciliación, firma de convenio arbitral y sesiones propiamente de arbitraje médico.

- * *Sesiones de radicación.* Son sesiones donde un equipo de CAMEJAL (médico y abogado) se reúne con el usuario de servicios de salud para profundizar en la información relacionada con su queja; generalmente estas sesiones tienen una duración de 90 a 120 minutos, después de la cual se levanta el acta correspondiente y se considera formalmente presentada la queja.
- * *Sesión informativa para las autoridades de las instituciones de salud.* Se convoca a las autoridades de las instituciones públicas o privadas donde se realizó el acto médico motivo de la queja, con un doble propósito: por un lado, el de informarle a la autoridad lo que está sucediendo en la institución de su responsabilidad, al mismo tiempo que le explicamos nuestro procedimiento y le solicitamos copia simple del expediente clínico. El segundo propósito es el de desencadenar acciones de vigilancia a los procesos de calidad de la atención que permitan la prevención de futuros conflictos. Estas sesiones tienen una duración de aproximadamente 120 minutos.
- * *Sesiones informativas para los usuarios de servicios de salud.* Al profundizar en la información que ofrece el expediente clínico y la sesión informativa con las autoridades de las instituciones, generalmente se identifica a más de un profesional de la salud involucrado en la atención del usuario de servicios que interpone la queja, de tal forma que se convoca a todos ellos, iniciando con los de menor relación, hasta llegar al directamente identificado como motivo de la queja.

- * *Sesiones de conciliación.* Esta es la forma de resolución alternativa de controversias, identificada como la más conveniente, por el hecho de que representa la esencia misma de la amigable composición al decidir la conclusión del conflicto por acuerdo de las dos partes. Estas sesiones requieren de tres a cuatro horas de duración.
- * *Sesiones de firma del convenio arbitral.* En aquellos casos en que no se logra la conciliación de intereses entre usuarios y prestadores de servicios de salud, se les propone la firma de un convenio arbitral, que implica la responsabilidad de la CAMEJAL de integrar un grupo de expertos en el área de la salud motivo de la queja, a fin de integrar una opinión técnica, que funciona como la base del arbitraje, complementada con las pruebas que en calidad y cantidad se incluyen en el acuerdo arbitral. Estas sesiones se desarrollan con una duración de dos o tres horas.
- * *Sesión de arbitraje.* Una vez agotados los tiempos que se acuerdan en el convenio arbitral, se convoca a las partes en conflicto para la presentación del laudo arbitral, es decir, la conclusión del trabajo de arbitro que hace la CAMEJAL, integrando la opinión técnica de los expertos relacionados con el área de la salud involucrada, más la interpretación de las pruebas que ambas partes aportaron. Estas sesiones tienen una duración de tres a cuatro horas.

II. ATENCIÓN DE SOLICITUD DE LA AGENCIA

DEL MINISTERIO PÚBLICO, COMO DICTAMEN PERICIAL

- * *Solicitud de dictamen pericial.* La agencia del ministerio público solicita la intervención de la CAMEJAL, a fin de que aporte su opinión técnica para la integración de averiguaciones previas.
- * *Sesión con los consejeros directivos de los colegios involucrados.* Sesiones que tienen la finalidad de solicitar formalmente la participación

de los colegios de profesionistas, explicando los procesos metodológicos que deberán caracterizar su intervención.

- * *Sesiones con los colegiados.* Una vez designados los colegiados, se programan sesiones de trabajo para la entrega de la documentación del expediente en cuestión, así como la explicación de las condiciones de participación, particularmente el carácter de servicio social profesional, su reconocimiento y la forma de integrar la respuesta de cada uno de los expertos en forma individual.
- * *Sesión de discusión colegiada.* Para cada caso se solicita la participación de un mínimo de tres colegiados expertos en el área del conocimiento involucrado; una vez que cada una de ellos entrega su reporte se programa una sesión de discusión colegiada coordinada metodológicamente por un médico y un abogado de la CAMEJAL, a fin de que se integre, como conclusión, la opinión técnica colegiada que se entrega como respuesta a la agencia del ministerio público.

VII. ESTADÍSTICAS COMENTADAS DEL PRIMER AÑO DE LA CAMEJAL

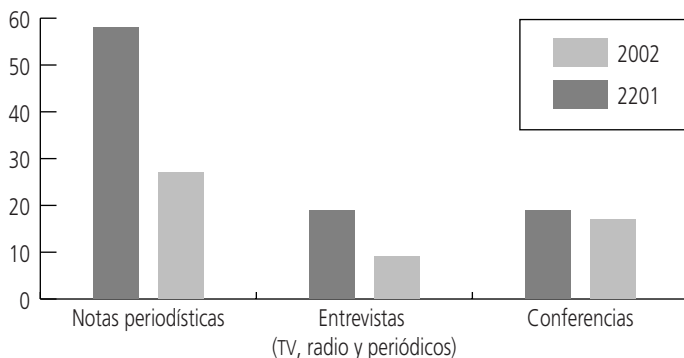
a) Actividades de difusión y asesoría, con el principio de confidencialidad

La Ley Estatal de Salud, en el artículo 91 B, establece como objeto de la CAMEJAL, «.....la difusión, asesoría, protección y defensa de los derechos de usuarios y prestadores de servicios de atención médica...», por lo que en cumplimiento de este mandato legal hemos desarrollado varias actividades que podemos clasificar en acciones de difusión y acciones de asesoría:

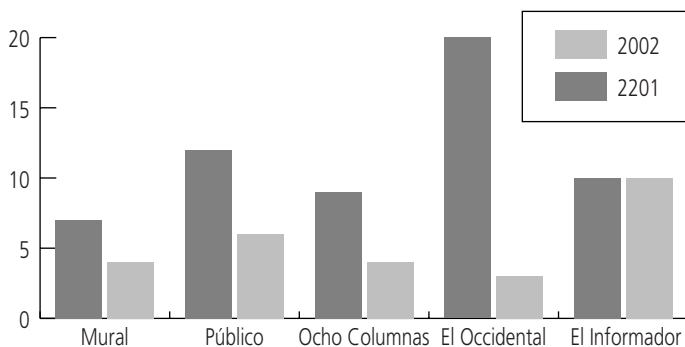
Actividades de difusión. Desde el momento mismo de la toma de protesta del comisionado y el Consejo, la confidencialidad fue expuesta como política básica de funcionamiento, misma que se ha seguido rigurosamente, sin embargo, con el propósito de aclarar dudas y, principalmente, eliminar la confusión sobre las funciones y atribuciones de la CAMEJAL hemos aceptado veintinueve entrevistas para los diferentes medios de comunicación masiva; nueve entrevistas en la televisión; quince en diferentes estaciones de radio, así como cinco entrevistas para la elaboración de reportajes y ochenta y cinco notas periodísticas publicadas de los diarios 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 estadísticas, por la posibilidad de generar conclusiones equivocadas. Es de reconocer la receptividad de los representantes de los me-

dios de comunicación hacia esta perspectiva de respeto y manejo confidencial de los datos específicos de los conflictos.

Gráfica 1
Participación en los medios de comunicación



Gráfica 2
Notas publicitarias



Actividades de asesoría. Como parte de esta función se han desarrollado treinta y seis sesiones con diferentes grupos organizados, como asociaciones civiles 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 el conocimiento y trascendencia de la norma oficial mexicana referente al manejo del expediente clínico, planteando como principio explícito el de promover la mejora continua de la calidad de la atención médica.

El mensaje de 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 resaltar en este apartado que, a fin de lograr una cobertura mayor, se editó en colaboración con la Asociación Médica de Jalisco, 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 de la salud, las reflexiones de un grupo de académicos desde la perspectiva de las disciplinas de la medicina, la odontología, la enfermería y la psicología, sobre los riesgos de incurrir en un conflicto de responsabilidad profesional, expresando los puntos más delicados de la práctica médica y la conveniencia de mantener una comunicación constante con los pacientes, así como el respeto y seguimiento de la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998, «Del manejo del expediente clínico.»

b) Estadísticas iniciales de la CAMEJAL y su prospectiva

Sin abandonar nuestro compromiso de confidencialidad, es necesario el planteamiento técnico de los resultados obtenidos en este periodo, es por ello que hemos seleccionado la perspectiva más general de los datos, para evidenciar que el personal de la CAMEJAL cumple con las funciones a que se encuentra obligado según lo indica la Ley Estatal de Salud y su Reglamento Interior, pero sobre todo, el manejo de esta información tiene como finalidad, el desarrollo de una

prospectiva realista que prevea las bases para la planeación y programación de las acciones a futuro.

Un referente natural para las comisiones de arbitraje médico de los estados es la experiencia acumulada en cinco años de trabajo de la CONAMED, por lo que seleccionamos los datos más sobresalientes de su último informe y los utilizamos como marco referencial para el trabajo de la CAMEJAL en sus once primeros meses de actividades con atención a la población.

La atención de 317 casos atendidos por la Comisión en los primeros once meses de funciones con atención al público son una evidencia de la evolución lógica de un organismo naciente, y el comportamiento de sus estadísticas es indicador del impacto que a futuro tendrá en la mejora continua de la calidad de los servicios de salud.

Asuntos atendidos CONAMED y CAMEJAL

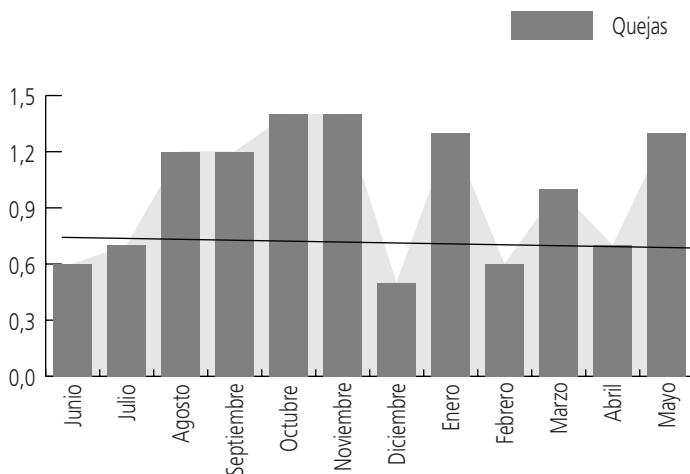
Año	Promedio por día	Año 2001 - 2002	Promedio por día
1996*	1.9	junio*-septiembre	1.6
1997	1.4		
1998	1.8	octubre-diciembre	1.3
1999	1.8		
2000	1.9	enero-marzo	1.3
2001*	1.6	abril-mayo**	1.4
Total	17	Total	1.4

* Junio 18 de 2001

** a Mayo 17 de 2002

Implicaciones de magnitud en el número de casos. Es importante hacer notar el incremento que se ha registrado en los meses que ahora comentamos, con una curva evidentemente ascendente, pasando 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 siguiente gráfica), que en cuanto a las

Gráfica 3
Asuntos atendidos por CAMEJAL
Junio 18 de 2001 - Marzo 18 de 2002



quejas, se presentó una diaria en promedio para éste periodo. Debemos aclarar que estos promedios se refieren a los días laborables.

Naturalmente que este comportamiento debe ser entendido como indicador de la prospectiva cuantitativa para el futuro, puesto que con un programa de difusión planeado y profesionalmente desarrollado, se estima la existencia de entre 3 y 5 casos por día, promedio que aumentará cuando se instalen oficinas regionales que permitan desconcentrar los servicios de la CAMEJAL.

Estadística general de CAMEJAL y su correlativa en el contexto nacional.

Una de las preguntas que reiterativamente se presenta ante esta Comisión es la que se refiere a la magnitud de las inconformidades en Jalisco, situación que difícilmente puede responderse con la información propia del estado, por lo tanto, basados en los informes anuales de otras comisiones del país, hemos elaborado el cuadro que a continuación se presenta.

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	3.5	11.8	1,440
Tabasco	5	11.3	69.2	308
Colima	4	8.3	38.7	119
Jalisco	1	5.4	63.3	340
Veracruz	4	1.5	33.0	306
Puebla	3	2.0	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

* Se toman en cuenta las quejas de entidades sin comisiones estatales de arbitraje médico, sobre la población total de las mismas entidades, por 100,000
Fuente: Informes de actividades anuales.

En este cuadro se describen las estadísticas de los diferentes estados, pero considerando la población con que cuenta cada entidad federativa, con la finalidad de homogeneizar la observación mediante tasas de asuntos tratados por cada 100,000 habitantes.

Con esa estrategia de tasas, se puede observar que, tomando en cuenta los primeros 11 meses de actividades y estimando que la tendencia observada se mantenga igual en el doceavo mes, en el primer año de actividades de CAMEJAL se atenderán 340 inconformidades en general, de las cuales 193 son quejas por servicios ya otorgados, equivalentes a 5.4 por cada 100,000 jaliscienses, lo cual nos ubica cuantitativamente como la tercera comisión (de las que tenemos información), con una magnitud por debajo de las comisiones de Colima y Tabasco, pero con cifras superiores a otras comisiones estatales.

Esta descripción cuantitativa 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 cali-

dad de la atención del arbitraje médico; sin embargo, se incluye como un referente para informes futuros que permitan el análisis de los resultados y de donde se desprendan propuestas concretas de mejoras a la calidad en ambos casos: atención a la salud y arbitraje médico.

Tipo de atención requerida. Un aspecto que también debe ser analizado con detenimiento es el tipo de atenciones que requiere cada uno de los casos que acuden a solicitar los servicios del arbitraje en México, donde se observa un comportamiento similar en la población atendida por la CONAMED y la atendida en Jalisco por la CAMEJAL.

Del cuadro que a continuación presentamos, sobresale el rubro «orientación, asesoría y gestión», que se refieren generalmente a la negativa o diferimiento de los servicios de salud y que son los asuntos más frecuentemente planteados, junto con las quejas o inconformidades por los servicios ya recibidos, donde se percibe una diferencia importante entre CONAMED y CAMEJAL, la cual por el momento solo se consigna y se programa para observaciones futuras, conforme se fortalezca el número de casos en Jalisco que permitan la comparación con la experiencia nacional.

Tipo de atención CONAMED y CAMEJAL

Tipo de atención	CONAMED*	CAMEJAL**
	%	%
Orientación, asesoría y gestión	43.8	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

En el número de «dictámenes periciales» y su proporción con respecto al total de cada una de las comisiones que aquí comentamos, se acentúa la diferencia, dado que para la CONAMED esta solicitud re-

presenta a 9 de cada 100 solicitudes de servicios, mientras que para la CAMEJAL este tipo de casos es apenas de 3.5 de cada 100.

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 demandas de servicios.

Tipo de institución de los prestadores de servicios de salud. El argumento que se ha esgrimido anteriormente con respecto al número de casos atendidos en un año y la inconveniencia de considerar esta cantidad como una muestra representativa de los eventos de la atención en Jalisco, cobra mayor relevancia al comentar la información relacionada con el sistema de salud en el estado, donde con el propósito de evitar conclusiones espurias o sesgadas por lo insuficiente de la muestra hemos decidido presentar la información por categorías y no por instituciones, sin perder la opción del análisis elemental que forme la base de los futuros reportes anuales.

Sobresalen en este cuadro las diferencias entre los datos de CONAMED y los de la CAMEJAL, situación que aun cuando de manera incipiente ya demuestra que los comportamientos de la población no son homogéneos, particularmente en las inconformidades recibidas de instituciones de atención privada, presentándose una proporción dos veces mayor para la CAMEJAL que lo reportado por la CONAMED, así como una diferencia de 24 % entre los datos de la seguridad social de Jalisco y la que se reporta a nivel nacional.

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 un 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 atendi-

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

* 4° Informe de Actividades

** junio 2001 - mayo 17 de 2002

Tasa de eventos de atención a la salud en jalisco,
durante 11 meses de 2001, por grupos de institución

Tipo de institución	Total de eventos*	Total de casos CAMEJAL**	Tasa por 1'000,000 eventos
Seguridad social	9'026,507	155	17.2
Asistencia social	6'219,836	22	3.5
Medicina privada	667,685	140	209.7
Total	15'914,028	317	19.9

* 11 meses de 2001

** junio 18 de 2001 - mayo 17 de 2002

dos es importante, lo verdaderamente trascendente es la observación de las cantidades, tomando en consideración la base poblacional atendida por cada grupo de instituciones prestadoras de servicios de salud.

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 anterior se presenta el número de inconformidades presentadas a CAMEJAL en once meses de actividades, respecto al número de eventos reportados por las instituciones en un periodo de

tiempo similar, de tal forma que la información se ofrezca con una perspectiva de la metodología científica aplicada a la epidemiología: tasa de inconformidades por los servicios prestados.

Cuando al número de inconformidades presentadas lo dividimos entre el número de eventos realizados por las instituciones de salud, en un periodo similar (11 meses) y al resultado lo multiplicamos por una constante que facilite la observación (1'000,000), encontramos tasas que permiten cuantificar el riesgo que tienen los usuarios de los servicios de cada una de las instituciones del Estado.

En este cuadro de tasas encontramos que la diferencia entre las frecuencias de inconformidades presentadas respecto a las instituciones de seguridad social, respecto a las frecuencias de las Instituciones de medicina privada son evidentemente distintas y no se requiere ninguna formula estadística para afirmar que son resultados significativos cuantitativamente.

La misma situación sucede con las cifras de la asistencia social respecto a la Medicina Privada y a las Instituciones de seguridad social, aunque en éste último caso en un grado mínimo, pero diferencias igualmente significativas.

Por lo anterior, consideramos pertinente que la observación de esta estadística esté basada en la población que tiene como responsabilidad y particularmente entre el número de eventos que se atienden por año en cada una de las categorías institucionales, aunque reiteramos lo afirmado al describir las frecuencias en el contexto nacional, los resultados que aquí presentamos, no pueden ser considerados como reflejo fiel de las diferenciales de la calidad de la atención entre los grupos de instituciones del estado, puesto que carecemos de otras variables de la atención que permitan correlacionar los números con los procedimientos; sin embargo, esta información debe analizarse dentro de cada institución y en consecuencia buscar las explicaciones que permitan el planteamiento de las acciones correctivas correspondientes.

Tipo de atención motivo de la inconformidad. Este indicador tiene particular importancia para la dirección que debe seguirse en la programación de las actividades de desarrollo institucional, especialmente en lo que se refiere a las acciones de prevención de conflictos entre los prestadores de servicios de salud y los usuarios de los mismos.

Tipo de atención motivo de inconformidad CONAMED y CAMEJAL		
Motivo de inconformidad	CONAMED* %	CAMEJAL** %
Tratamiento quirúrgico	33.0	47.6
Tratamiento médico	56.0	45.5
Otros	11.0	6.9
Total	100.0	100.0

* 11 meses del 2001

** Junio 18 de 2001 - mayo 17 de 2002

Es importante resaltar que, de los 317 casos atendidos por la CAMEJAL en 11 meses, el tratamiento quirúrgico es el motivo más frecuente de inconformidad, quedando en segundo término el tratamiento médico, situación que se encuentra invertida en su comparativo con la CONAMED.

Este dato es importante para informarle al personal de salud que las quejas por el servicio médico recibido no son exclusivamente relacionadas con la práctica médica quirúrgica, como pareciera ser la perspectiva dominante, sino que éstas se presentan prácticamente en igual magnitud para los servicios médicos no quirúrgicos.

Un aspecto más que debe rescatarse de este cuadro, es el hecho de que 7 de cada 100 quejas están relacionadas con otros profesionales de la salud, por lo tanto es necesario que todo el equipo de salud revise sus procedimientos y cuide la calidad de sus servicios, por la calidad misma y como la mejor forma de evitar conflictos.

Número de sesiones por tipo de asunto. Independientemente de la comparación que estemos haciendo constantemente como referencia a nuestro funcionamiento, es necesario establecer una política de desarrollo que mantenga nuestros propios resultados como parámetro para la búsqueda de la mejora continua, de tal manera que en este primer recuento de acciones de la CAMEJAL es imprescindible que se enfoquen las estadísticas desde el punto de vista de la eficiencia de los procesos, entendiendo que para la atención de conflictos entre médicos y pacientes hay dos primeras vertientes: la atención de quejas directamente planteadas a la CAMEJAL y las denuncias planteadas a la Agencia del Ministerio Público como primer contacto y de ésta a la CAMEJAL en solicitud de dictamen pericial.

Cada una de estas vertientes implica un procedimiento diferente y del cual depende el tipo de sesiones a realizar, según se explicó previamente.

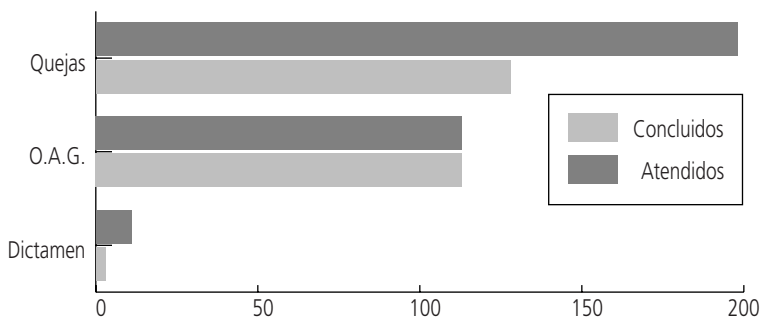
Esta explicación del tipo de sesiones es imprescindible para ponderar la trascendencia del cuadro que presentamos a continuación:

Casos concluidos por tipo de atención Junio 18 de 2001 - Mayo 17 de 2002			
Tipo de atención	Casos atendidos	Casos concluidos	%
Quejas	193	128	66.3
Orientación, asesoría y gestión	113	111	98.2
Dictamen	11	3	27.3
Total	317	242	76.3

Como ya se explicó en los párrafos anteriores, cada uno de los datos mostrados en la tabla de resultados tienen comportamientos diferentes que requieren reflexiones particulares, puesto que entre las quejas y dictámenes y un asunto de orientación, asesoría o gestión

existe una gran diferencia por su grado de dificultad en la resolución, esta situación se hace evidente cuando observamos como hasta el momento se han concluido dos de cada tres quejas de las 193 que se recibieron, mientras que de las solicitudes de dictamen se han dado por concluidos tres de ellos, dado que declinamos nuestra participación por el hecho de que se encontraban ya en conocimiento de la CONAMED.

Gráfica 4
Casos concluidos por tipo de atención
18 de junio de 2001 a 17 de mayo de 2002



Número de sesiones requeridas por cada caso, según el tipo de atención.

La eficiencia de los procesos de la atención deberá convertirse en un parámetro de la calidad de los servicios que ofrece la CAMEJAL, por lo que se presentan los siguientes indicadores que corresponden al número de sesiones por cada caso que se ha trabajado en este periodo, así como el promedio de sesiones requeridas por cada uno de los casos atendidos, según se presenta en el cuadro de la página siguiente.

Es evidente que el mayor grado de dificultad se encuentra en la integración de las opiniones técnicas requeridas para dar respuesta a las solicitudes de las autoridades jurisdiccionales, como dictámenes

Número de sesiones por tipo de atención
junio 18 de 2001 - mayo 17 de 2002

Tipo de atención	Casos atendidos	Número de sesiones	Promedio
Quejas	193	713	3.7
Orientación, asesoría y gestión	113	135	1.2
Dictamen	11	37	3.4
Total	317	885	2.8

periciales. Se encuentran actualmente trabajando once solicitudes del ministerio público estatal y el militar, lo cual ha implicado la participación de catorce colegios médicos, a través de veintiseis colegiados, dado que es necesario que participen cuando menos tres expertos del área médica a la que corresponda el asunto motivo de la denuncia.

Se han requerido 3.4 sesiones de trabajo con los consejos directivos de los colegios y los colegiados asignados como expertos para cada uno de los expedientes enviados por el ministerio público en solicitud de dictamen. Hasta el momento no se ha concluido ninguno, por lo tanto el promedio de sesiones por caso aumentará sensiblemente.

En el otro extremo de dificultad se ubican los asuntos de orientación, asesoría y gestión, los cuales se resuelven prácticamente en cuanto son sometidos al conocimiento del Departamento de Orientación y Gestión de la CAMEJAL. Como se puede observar en el cuadro, prácticamente una sesión por caso es suficiente para resolver la solicitud de intervención, quedando en una situación intermedia los asuntos de quejas propiamente dichas, en donde la búsqueda de la conciliación es su principal característica. Como se puede apreciar, para este tipo de asuntos ha sido necesario un trabajo de mediación con un promedio 3.7 sesiones por queja.

Promedio de sesiones por tipo de atención de los casos terminados. Como ya se explicó en cuadros anteriores, para el periodo que se informa, se recibieron 317 asuntos, de los cuales 193 fueron quejas, más 11 solicitudes de dictámenes periciales, es decir 204 casos en donde se manifiesta una inconformidad en contra de los servicios médicos ya recibidos. Todos estos casos han sido motivo de los diferentes tipos de sesiones también ya explicadas, a fin de considerar concluidos 131, mediante la realización de 447 sesiones en todas las modalidades descritas.

Numero de sesiones por queja concluida,
Según su modalidad de conclusión
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 interés	34	70	2.1
Total	131	447	3.4

Una observación particular es en relación con el promedio de sesiones que se requiere para cada uno de los asuntos que han sido concluidos, donde llaman la atención aquellos conflictos en las que no se logró la firma de un acuerdo de conciliación por las posturas diametralmente opuestas de las partes.

Aquellos casos que decidieron no conciliar y tampoco aceptaron la firma del convenio para someterse al arbitraje son considerados como casos concluidos con la categoría de «no sometimiento». Estos casos, por su complejidad, son los que mayor número de sesiones han requerido, un promedio de 6.6 sesiones, lo cual significa una sesión más que las quejas conciliadas.

También es importante resaltar el promedio de 3.4 sesiones por caso «referido», categoría que reciben los asuntos que se radican en la CAMEJAL pero son referidos para su resolución a las instituciones de seguridad social.

Carácter desconcentrado de las inconformidades. Para quienes tenemos la responsabilidad directiva de la CAMEJAL, la concentración y la centralización 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 también convencidos de que es el efecto limitante de la concentración de servicios. 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, no solamente a la zona metropolitana.

De los 317 casos recibidos se han atendido 29 asuntos en municipios del interior del estado, lo cual debe ser considerado como un indicador de que la creación de oficinas regionales es una necesidad, a fin de que los conflictos entre los pacientes y los profesionales de la salud no queden sin resolverse.

Casos según municipio y tipo de atención
Junio 18 del 2001 - mayo 17 del 2002

Tipo de atención	Zona Metropolitana %	Otros municipios %	Total N
Orientación, asesoría y gestión	87.6	12.4	113
Quejas	92.2	8.8	193
Dictamen pericial	100.0	0.0	11
Total	90.8	9.2	317

El cuadro anterior demuestra la necesidad de atención a conflictos entre usuarios y prestadores de servicios de salud en los muni-

cipios del interior del estado y no solamente de la zona metropolitana de Guadalajara, aunque esta situación no se observa en forma variable para el tipo de atención, dado que los dictámenes periciales, hasta el momento, no han sido solicitadas en relación con municipios del interior del estado, mientras que de los casos de orientación, asesoría y gestión, más de uno de cada diez corresponden a otros municipios diferentes a la zona metropolitana.

c) Análisis de las quejas por grupos de instituciones.

Como ya en su oportunidad quedó establecido, hemos integrado las instituciones en tres grupos: seguridad social, asistencia social y medicina privada, de tal forma que presentamos un análisis particular sobre los asuntos recibidos en CAMEJAL, el número de casos concluidos, la modalidad de conclusión y el número de sesiones que se requirió para su conclusión.

LA SEGURIDAD SOCIAL

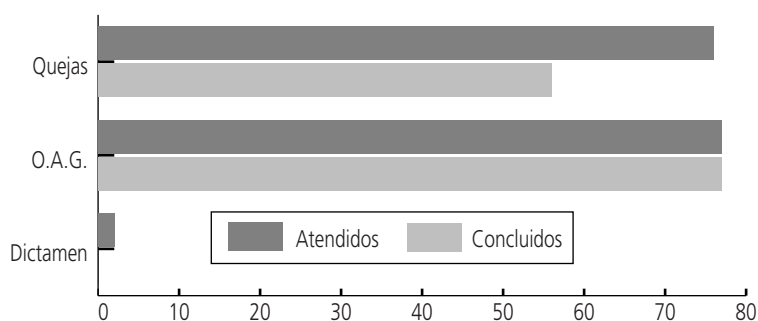
De los 317 asuntos atendidos en este periodo, 155 (48.9 %) corresponden a instituciones de la seguridad social, de los cuales se reportan concluidos 133, es decir el 85.8 % del total, sin embargo, es importante resaltar que en los casos de orientación, asesoría y gestión, la CAMEJAL y las instituciones que integran este grupo han demostrado su eficiencia, con el 100% de los casos resueltos satisfactoriamente, situación que solo ha sido posible por la adecuada vinculación de los esfuerzos institucionales y de la adecuación de los procedimientos acordados para tal fin.

Por lo que respecta a las quejas por actos médicos, como se puede observar en el cuadro siguiente, se han concluido prácticamente tres de cada cuatro, lo cual equivale a 56 quejas, sin embargo, lo verdaderamente trascendente se encuentra en la modalidad de conclusión, dado que del cuadro siguiente es de resaltar lo referente a la ausencia

Casos concluidos por tipo de atención,
en instituciones de seguridad social; junio 18 de 2001 - mayo 17 de 2002

Tipo de atención	Casos atendidos	Casos concluidos	%
Quejas	76	56	73.7
Orientación, asesoría y gestión Dictamen	77	77	100
	2	0	0.0
Total	155	133	85.8

Gráfica 4
Casos concluidos por tipo de atención
18 de junio de 2001 a 17 de mayo de 2002



de casos concluidos por conciliación, situación explicada por la controversia de ámbito de competencia entre CAMJAL y las instituciones de este grupo, dejando como único recurso la referencia de casos, que en Jalisco se realiza directamente a las delegaciones estatales.

Esta limitación de atribuciones de la CAMEJAL, seguramente influye de manera determinante para que de los 34 casos de quejas que han causado baja por «falta de interés» de los usuarios de servicios de salud, poco más de tres de cada cinco, correspondan a derechohabientes de este grupo de instituciones.

Modalidades de conclusión de quejas de instituciones
de seguridad social comparativamente con el total
Junio 18 De 2001 - Mayo 17 De 2002e 2002

Modalidad de conclusión	Total de quejas y modalidades de conclusión	Conclusión de quejas de la seguridad social	
		Núm.	Tasa x 100
Conciliación	34	0	0.0
No sometimiento	7	0	0.0
Incompetencia	16	3	18.8
Desistimiento	14	6	42.9
Referidos	26	26	100.0
Falta de interés	34	21	61.8
Total	131	56	42.7

En el capítulo de «Servicios de la CAMEJAL» informamos sobre el tiempo necesario para cada tipo de sesiones con los usuarios y prestadores de servicios de salud, de tal forma que este es otro elemento fundamental para sopesar el trabajo que se realiza con las instituciones de seguridad social, puesto que, considerando exclusivamente las 147 sesiones con un promedio de 120 minutos por sesión, se requirieron aproximadamente 294 horas de trabajo de un equipo de operación (un médico y un abogado), para concluir los 56 casos de quejas que se concluyeron en este periodo, por supuesto, sin contar el tiempo que se ha requerido para concluir el 100% de asuntos de orientación, asesoría y gestión de estas mismas instituciones.

Otro aspecto que es importante resaltar del cuadro anterior es el referente al número de asuntos que son dados de baja por «falta de interés», como puede observarse, se tiene un promedio de dos sesiones por cada uno de estos casos, lo cual implica que, además de la solicitud de servicios, se desarrolló la sesión de «radicación», en la que se le explicó al derechohabiente los procedimientos específicos de la CAMEJAL para este grupo de población, inclusive las limitantes

Sesiones por quejas concluidas de la seguridad social, según modalidad
Junio 18 de 2001 - Mayo 17 de 2002

Modalidad de conclusión	Quejas Concluidas	Número de sesiones	Promedio
Referidos	26	88	3.3
Falta de interés	21	40	1.9
Desistimiento	6	11	1.8
Incompetencia	3	7	2.3
Total	56	147	2.6

que se tienen por la controversia de ámbito de competencia federal y estatal, por lo cual nuestra labor termina con un servicio de referencia a la delegación estatal.

Esta limitación de atribuciones seguramente explica que por cada caso que se reporta como «referido» se tenga prácticamente uno dado de baja por «falta de interés». Se ignora si estos casos recurren a las instancias judiciales o si ante la frustración por las expectativas de respuesta que ofrecemos se quedan sin manifestar su inconformidad por los servicios recibidos en las instituciones de seguridad social. Esta última posibilidad sería la menos deseable por la pérdida de la oportunidad de retroalimentar la calidad de los servicios prestados a la población jalisciense.

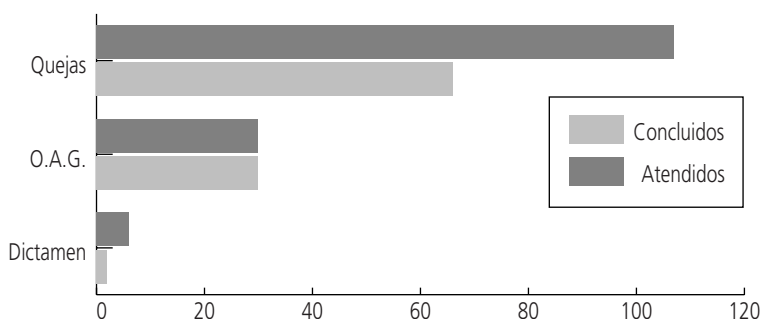
LA MEDICINA PRIVADA

En los 11 meses de trabajo de la CAMEJAL se presentaron 140 inconformidades que representan el 44.2 % del total de asuntos recibidos, lo cual merece un análisis especial, dado que representa más del doble que lo reportado por CONAMED en este rubro. Sin embargo, es importante resaltar que incluso en este grupo de instituciones, hemos logrado el 100% de eficiencia en los casos de orientación, asesoría y gestión, debido sin duda a la buena respuesta que las mismas instituciones han ofrecido a las solicitudes de la CAMEJAL.

Casos concluidos por tipo de atención,
en instituciones de medicina privada
Junio 18 de 2001 - Mayo 17 de 2002

Tipo de atención	Casos atendidos	Casos concluidos	%
Quejas	107	66	61.7
Orientación, asesoría y gestión	27	27	100.0
Dictamen	6	2	33.3
Total	140	95	67.9

Gráfica 6
Casos concluidos por tipo de atención en instituciones de medicina privada
18 de junio de 2001 a 17 de mayo de 2002



En cuanto a las quejas por actos médicos, de los 107 casos de la medicina privada que se recibieron de los usuarios de servicios de salud se han concluido prácticamente dos terceras partes (61.7 %).

Es necesario resaltar los dos casos que se reportan concluidos de los seis que se presentaron como solicitud de dictamen pericial, dado que la modalidad de conclusión que les corresponde es la de «incompetencia» y representa nuestra decisión de declinar la solicitud de realizar peritaje, dado que ambos casos se encuentran registrados en la CONAMED con la misma solicitud.

La CONAMED y la CAMEJAL han logrado un acuerdo de no duplicación de esfuerzos, al considerar que los procedimientos de intervención son homogéneos y que la duplicación de funciones solamente implicaría un dispendio de recursos. Este acuerdo entre las dos instituciones de arbitraje médico ha sido comunicado al ministerio público del estado, donde ha sido considerado como un acierto, por lo que en lo sucesivo no se duplicarán tampoco las solicitudes.

Por lo que respecta a otras modalidades de conclusión, es importante comentar las que se refieren a la conciliación, puesto que 32 de las 34 que se han concluido en esta modalidad corresponden a las instituciones de la medicina privada, situación que debe ponderarse, puesto que debemos recordar que en las instituciones de seguridad social, por las limitaciones de nuestras atribuciones, no es posible lograr se concluyan por conciliación.

Modalidades de conclusión de quejas
de instituciones de medicina privada comparativamente con el total
Junio 18 de 2001 - Mayo 17 de 2002

Modalidad de conclusión	Total de quejas y modalidades de conclusión	Quejas concluidas de instituciones privadas	
		Núm.	Tasa x 100
Conciliación	34	32	94.1
No sometimiento	7	7	100.0
Incompetencia	16	10	62.5
Desistimiento	14	8	57.1
Referidos	26	0	0.0
Falta de interés	34	11	32.3
Total	131	68	51.9

Otro aspecto que debe resaltarse es el hecho de que entre las instituciones de medicina privada se ubican los siete casos que no han aceptado la conciliación y que tampoco aceptaron el arbitraje, por tanto son concluidos por la CAMEJAL como «no sometimiento».

Con las dos modalidades comentadas se obtiene el índice de efectividad de la conciliación, puesto que de 39 casos que se prepararon y fueron motivo de sesiones de conciliación, se logró la firma de acuerdo de finiquito del conflicto por esta vía, en el 82.0 % para las quejas sobre actos médicos en la medicina privada.

Es pertinente hacer notar que los siete asuntos que se concluyen con la categoría de «no sometimiento», son los que en promedio han requerido el mayor número de sesiones en CAMEJAL y por tanto el mayor número de horas de trabajo, dado que la complejidad de sus controversias requirió 6.4 sesiones en promedio y si tomamos en cuenta que al incluir sesiones en busca de la conciliación, éstas regularmente se prolongan por 3 o 4 horas, por tanto, considerando solamente tres horas por sesión, se requirieron aproximadamente tres días completos de trabajo para el equipo de operación de la comisión (médico y abogado).

En el cuadro se puede apreciar como las quejas que concluyeron en acuerdos de conciliación requirieron un promedio de 5.2 sesiones, lo cual describe la dificultad que implica el logro de estos finiquitos de las controversias entre usuarios y prestadores de servicios de salud.

Sesiones por quejas concluidas de instituciones privadas, según modalidad
Junio 18 de 2001 - Mayo 17 de 2002

Modalidad de conclusión	Quejas concluidas	Número de sesiones	Promedio
Conciliación	32	166	5.2
No sometimiento	7	50	6.4
Incompetencia	10	11	1.5
Desistimiento	8	19	2.3
Referidos	0	0	0.0
Falta de interés	11	27	2.4
Total	68	273	4.0

LA ASISTENCIA SOCIAL

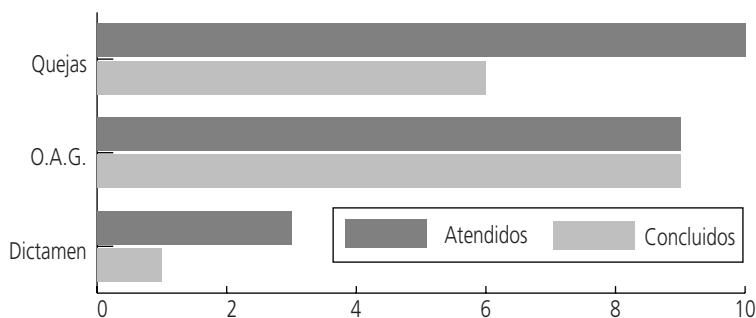
En el periodo que se incluye en este primer informe, se presentaron 22 inconformidades relacionadas con las instituciones de asistencia social, cantidad que representa el 6,9 % del total de asuntos recibidos por CAMEJAL en 11 meses de actividades, de los cuales se han concluido 16.

Casos concluidos por tipo de atención,
en instituciones de asistencia social
Junio 18 de 2001 - Mayo 17 de 2002

Tipo de atención	Casos atendidos	Casos concluidos	%
Quejas	10	6	60.0
Orientación, asesoría y gestión	9	9	100.0
Dictamen	3	1	33.3
Total	22	16	72.7

Gráfica 7

Casos concluidos por tipo de atención en instituciones de asistencia social
18 de junio de 2001 a 17 de mayo de 2002



Actualmente se encuentran cuatro quejas en proceso de conciliación, además de dos solicitudes de opiniones técnicas que le permita al ministerio público emitir su dictamen correspondiente.

Ubicando la observación en la modalidad de conclusión para este grupo de quejas trabajadas por la CAMEJAL, encontramos que lo reportado como «incompetencia», en un caso se trata de una solicitud de «dictamen» por la razón ya explicada anteriormente, es decir, se detectó que se trataba de un caso ya dictaminado por CONAMED, lo cual motivó nuestra declinación para no incurrir en la duplicación del estudio.

Modalidades de conclusión de quejas
de instituciones de asistencia social comparativamente con el total
junio 18 de 2001 - mayo 17 de 2002

Modalidad de conclusión	Total de quejas y modalidades de conclusión	Quejas concluidas de instituciones de asistencia social	
		Núm.	Tasa x 100
Conciliación	34	2	5.9
No sometimiento	7	0	0.0
Incompetencia	16	3	18.8
Desistimiento	14	0	0.0
Referidos	26	0	0.0
Falta de interés	34	2	5.9
Total	131	7	5.3

Igualmente importante es el comentar que los dos casos restantes de la misma categoría de «incompetencia» se refiere a casos en donde se detectó la participación de las autoridades jurisdiccionales en forma simultánea a nuestro conocimiento del asunto, situación que también imposibilita atender las solicitudes, toda vez que la función del arbitraje médico se sitúa en el ámbito de la «solución alternativa» a los procedimientos judiciales y, lógicamente, la resolución de un mismo caso no puede correr por la vía judicial y la vía alternativa en forma simultánea.

Aun cuando las cifras totales no son abundantes, es de resaltar que hasta el momento no se ha presentado ningún caso de las instituciones de asistencia social, en donde se termine por el «no sometimiento».

Sesiones por quejas concluidas de asistencia social, según modalidad
Junio 18 de 2001 - Mayo 17 de 2002

Modalidad de conclusión	Quejas concluidas	Número de sesiones	Promedio
Conciliación	2	21	10.5
No sometimiento	0	0	0.0
Incompetencia	3	3	1.0
Desistimiento	0	0	0.0
Referidos	0	0	0.0
Falta de interes	2	3	1.5
Total	7	27	3.9

miento», lo cual habla de la voluntad resolutive entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud que entraron en conflicto, aunque para la terminación de los casos por la vía de la conciliación, se requirió un promedio de 10.5 sesiones por caso, lo cual representa el promedio más alto de todas las resoluciones obtenidas por la CAMEJAL.

CONCLUSIÓN

En el transcurso de la presentación de resultados hemos afirmado de diferentes formas nuestra cautela al manejar la información que proporcionan los primeros 317 casos atendidos por la CAMEJAL, 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 de los jaliscienses.

El periodo que se informa debe ser interpretado como el nacimiento de una institución y la definición de sus procedimientos por la atención de la población del estado. En el mismo contexto debe recibirse la información cuantitativa que contiene este documento. Se trata de la estadística de iniciación de una perspectiva de evaluación de calidad.

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

Comentar 317 casos de inconformidades, de un universo de 15'914,028 eventos realizados por profesionales de la salud nos autorizan a proponer medidas de calidad de la atención a la salud, proyectadas a la prevención de conflictos. Sobre todo nos permite el planteamiento público de nuestro compromiso con la difusión y la asesoría sobre los derechos de los usuarios y los prestadores de servicios de salud, concretando las 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 complemento para la CAMEJAL.

ANEXOS

LEY ESTATAL DE SALUD

Reforma y adición de diversos artículos
Decreto del H. Congreso del Estado núm. 18936

SECCIÓN SEGUNDA

De la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco

ARTÍCULO 91 A. 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.

Para los efectos de esta sección, cuando se utilice el término Comisión se estará haciendo referencia a la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

ARTÍCULO 91 B. La Comisión tendrá 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.

ARTÍCULO 91 C. La Comisión tendrá las siguientes atribuciones:

I. Realizar labores de divulgación, orientación, apoyo y asesoría en materia de derechos y obligaciones de los usuarios y prestadores de servicios de salud, así como orientarles sobre las acciones civiles y penales que les puedan corresponder por responsabilidad profesio-

nal, por daño patrimonial o moral o cualesquiera otras que pudieran presentarse.

La presentación de quejas deja a salvo los derechos de los usuarios y prestadores de servicios de salud para ejercer las acciones respectivas. Para tal fin, la Comisión estará obligada a entregar copias de todo lo actuado, a costa del solicitante que sea parte en el procedimiento de arbitraje o conciliación.

II. Impulsar la formación y fortalecimiento de la cultura de respeto a los derechos de los usuarios.

III. 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.

IV. Investigar la veracidad de los actos y omisiones que sean materia de las quejas planteadas, para lo cual la Comisión podrá recibir toda la información y pruebas que aporten los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud directamente involucrados, los usuarios y las instituciones prestadoras de servicio, y requerir aquellas otras que sean necesarias para dilucidar tales quejas, así como practicar las diligencias que correspondan.

V. 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 atención médica, y

b) Probables casos de negligencia, imprudencia, impericia o in advertencia, con consecuencia sobre la salud del usuario.

Para tal fin la Comisión podrá formular propuestas de conciliación de manera que se busque la solución pronta del conflicto planteado en beneficio de las partes.

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

VII. Emitir sugerencias para el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud y opiniones técnicas cuando sean necesarias para la substanciación de las quejas a que atienda.

Para la emisión de las opiniones técnicas deberá auxiliarse en la consulta a los colegios de profesionistas en salud y los demás que se requieran según la naturaleza del caso.

VIII. Hacer del conocimiento del órgano de control competente la negativa expresa o tácita de un servidor público de proporcionar la información que le hubiere solicitado la Comisión, en ejercicio de sus atribuciones;

IX. Hacer del conocimiento de las autoridades competentes y de los colegios, academias, asociaciones y consejos de médicos, así como de los comités de ética u otros similares, la negativa expresa o tácita de los prestadores de servicios de proporcionar la información que le hubiere solicitado la Comisión.

X. Orientar a los usuarios y autoridades, respecto de los colegios de Profesionistas e instituciones de educación superior a los que podrán presentar sus solicitudes de dictámenes o peritajes médicos.

XI. Celebrar convenios, contratos y acuerdos con los sectores público, privado y social necesarios para su operación.

XII. Sugerir, a su coordinadora de sector, anteproyectos de reformas, modificaciones, actualizaciones o adecuaciones al marco normativo legal y reglamentario en materia de derechos y obligaciones de los usuarios y prestadores de servicios de atención médica.

XIII. Administrar sus recursos humanos, así como los materiales y financieros que conformen su patrimonio, con sujeción a las disposiciones legales aplicables.

XIV. Las demás que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables.

ARTÍCULO 91 D. Para el cumplimiento de sus funciones, la Comisión contará con:

- I. Un Consejo;
- II. Un comisionado;
- III. Dos subcomisionados, y
- IV. Las unidades administrativas que determine su reglamento interno.

ARTÍCULO 91 E. El Consejo se integrará por:

- I. El comisionado;
- II. Un representante de la Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico A.C.
- III. Un representante por la Federación Jalisciense de Colegios, Asociaciones y Academias de Profesionistas A. C.
- IV. Un representante de la Federación de Colegios de Profesionistas del Estado de Jalisco A.C.
- V. Un representante del Consejo Coordinador de Colegios de Profesionistas de Jalisco A.C.
- VI. Un representante de la Universidad de Guadalajara;
- VII. Un representante de la Universidad Autónoma de Guadalajara.
- VIII. Un representante de la Secretaría de Salud Jalisco.

La designación de consejeros deberá recaer en personas de reconocida solvencia moral y profesional. Los consejeros referidos en las fracciones III, IV, V, VI, VII y VIII, deberán además tener el carácter de profesionistas médicos. El cargo de consejero será honorífico y por tanto no remunerado, excepto en el caso del comisionado.

Podrán ser invitados con derecho a voz, un representante del Instituto Mexicano del Seguro Social y uno del Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado.

ARTÍCULO 91 F. El Consejo sesionará, ordinariamente, por lo menos una vez cada dos meses, extraordinariamente cada que se requiera por convocatoria del comisionado y celebrará una sesión especial anual para la aprobación del programa operativo anual. Las decisiones se tomarán por mayoría de votos, en caso de empate el comisionado tendrá voto de calidad.

El Consejo tendrá las siguientes funciones:

I. Definir, en congruencia con los planes y programas nacionales y estatales, las políticas de administración y de servicios a seguir por la Comisión;

II. Examinar, discutir y aprobar en su caso los programas y planes de trabajo y proyectos de presupuesto.

III. Recibir y aprobar los informes de actividades, ejercicio del presupuesto y estados financieros.

IV. Evaluar los resultados de los programas y planes de trabajo, con base en los informes recibidos, y trazar directrices para mejorar el desempeño de la Comisión.

V. Vigilar la correcta aplicación de los recursos asignados a la Comisión.

VI. Revisar la estructura orgánica básica de la Comisión, y proponer al titular del ejecutivo del estado, para su aprobación, las modificaciones que juzgue convenientes.

VII. Aprobar su reglamento interior de sesiones, y el manual de organización de la Comisión.

VIII. Proponer al ejecutivo estatal, por conducto de su coordinador de sector, modificaciones al reglamento interior de la Comisión;

IX. Autorizar la adquisición o la enajenación de sus bienes inmuebles, siempre y cuando exista justificación para ello, y otorgar poderes especiales para actos de dominio al comisionado.

X. Las demás que sean necesarias para el adecuado ejercicio de las señaladas en el presente artículo.

ARTÍCULO 91 G. El Comisionado será nombrado por el ejecutivo estatal de entre una terna propuesta por el Consejo, y tendrá las siguientes atribuciones:

I. Representar a la Comisión en los asuntos que se deriven de las funciones de la misma.

II. Ejecutar los acuerdos y resoluciones que emita el Consejo.

III. Nombrar y remover a los servidores públicos de la Comisión, así como expedir sus nombramientos, conforme a la Ley para los Servidores Públicos del Estado de Jalisco y sus Municipios.

IV. Nombrar apoderados para actos de administración y para pleitos y cobranzas, conforme a las disposiciones vigentes aplicables.

V. Delegar en subalternos cualesquiera de sus facultades, salvo aquellas que esta Ley y sus reglamentos dispongan que deberán ser ejercidas directamente por él.

VI. Proponer al Consejo las políticas de administración y de servicios de la Comisión.

VII. Vigilar el cumplimiento del objeto de la Comisión.

VIII. Presentar al Consejo para su aprobación, los planes de trabajo, informes de actividades y estados financieros anuales del organismo.

IX. Formular el anteproyecto de programa operativo anual y presupuesto de la Comisión, y someterlo a la consideración del Consejo.

X. Instrumentar los sistemas y procedimientos que permitan la mejor aplicación de los recursos.

XI. Realizar tareas de difusión relacionadas con el objeto de la Comisión.

XII. Suscribir los contratos necesarios para la operación de la comisión, una vez que se hubieren cumplido los procedimientos de adjudicación correspondiente, con estricto apego a la Ley de Adquisiciones y Enajenaciones del Estado, la Ley de Obras Públicas del Esta-

do, la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Estatal y demás ordenamientos jurídicos aplicables.

XIII. Suscribir los acuerdos o convenios de coordinación, concertación y colaboración, con dependencias y entidades del sector público y con organismos del sector privado y social.

XIV. Planear y dirigir técnica y administrativamente el funcionamiento de la Comisión.

XV. Presentar al ejecutivo estatal, un informe anual de las actividades realizadas y de los resultados obtenidos, acompañando los informes específicos que se le requieran.

XVI. Las demás que el Consejo, esta Ley y otras disposiciones legales le confieran.

ARTÍCULO 91 H. El Comisionado durará en su cargo un periodo de cuatro años y podrá reelegirse por una sola ocasión.

Para ser nombrado Comisionado se requiere:

I. Ser ciudadano mexicano en pleno ejercicio de sus derechos políticos y civiles y tener por lo menos cinco años de residencia en el estado.

II. Tener cuando menos treinta y cinco años cumplidos el día de la designación.

III. Tener título legalmente expedido y registrado de licenciatura en medicina o derecho, con por lo menos diez años de ejercicio profesional en el área de la salud, en activo al momento de su designación.

IV. Haberse distinguido por su probidad, competencia y antecedentes profesionales en el ejercicio de las actividades que se vinculen a las atribuciones de la Comisión.

V. No haber sido condenado por sentencia ejecutoriada por delito intencional.

VI. No desempeñar ningún cargo directivo de carácter público al momento de su designación.

A partir del momento de su designación, el Comisionado deberá abstenerse de ejercer cargo, comisión o empleo en los sectores público, privado o social, con excepción de la docencia.

ARTÍCULO 91 I. Para auxiliar al Comisionado en el ejercicio de las responsabilidades que le corresponden contará con el apoyo de dos subcomisionados de igual jerarquía:

- a) Un médico
- b) Un abogado.

Los subcomisionados deberán reunir los mismos requisitos de elegibilidad que el comisionado.

ARTÍCULO 91 J. Corresponde a los subcomisionados el ejercicio de las siguientes facultades:

I. Auxiliar al comisionado dentro del ámbito de su competencia, en el ejercicio de sus atribuciones.

II. Desempeñar los encargos que el comisionado les encomiende.

III. Representar a la Comisión en los actos que su titular determine por acuerdo expreso.

IV. Acordar con el Comisionado los asuntos de su unidad administrativa.

V. Planear, programar, organizar, dirigir y evaluar las actividades de su unidad administrativa, conforme a las instrucciones del comisionado.

VI. Proporcionar la información que solicite el comisionado.

VII. Coordinarse entre sí para el mejor despacho de los asuntos competencia de la Comisión.

VIII. Vigilar que se cumpla con las disposiciones aplicables en los asuntos de su competencia.

IX. Las demás que las disposiciones legales y reglamentarias le confieran de manera personal y directa.

ARTÍCULO 91 K. El procedimiento para la resolución de controversias será público, gratuito, inmediato, predominantemente oral y se iniciará a instancia de parte.

Los procedimientos de arbitraje y amigable composición se sujetarán al Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas que al efecto se expida.

El arbitraje, en lo conducente, se sujetará a los numerales 730, 732, 739, 740, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, y 757 del Código de Procedimientos Civiles del Estado de Jalisco.

ARTÍCULO 91 L La estructura orgánica interna de la Comisión será la que fije su Reglamento Interior.

Transitorios de la ley estatal de salud:

QUINTO. Al ejecutivo estatal le corresponderá hacer la primera convocatoria al Consejo de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco dentro de los treinta días siguientes a la publicación del presente decreto.

REGLAMENTO INTERIOR DE LA COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE JALISCO

Capítulo primero

De su competencia y estructura

ARTÍCULO 1. El presente ordenamiento tiene por objeto regular la estructura orgánica interna de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, organismo público descentralizado de la administración pública estatal, cuyo objeto es difundir, asesorar, proteger y defender los derechos de los usuarios y prestadores de servicios de atención médica de acuerdo al ejercicio de las atribuciones que establece la Ley Estatal de Salud.

ARTÍCULO 2. Para los efectos de este Reglamento, se entenderá por:

- I. Ley: Ley Estatal de Salud.
- II. Comisión: Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.
- III. Reglamento: Reglamento Interior de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.
- IV. Consejo: Consejo de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.
- V. Usuarios: personas que asisten a las unidades de atención médica a recibir atención médica.
- VI. Prestadores: persona físicas o jurídicas que presten servicios de atención médica.

ARTÍCULO 3. Son atribuciones de la Comisión las que expresamente señala la Ley Estatal de Salud.

ARTÍCULO 4. Para el desempeño y cumplimiento de las atribuciones que corresponden a la Comisión, su estructura se compone de las unidades administrativas siguientes:

- I.- Consejo.
- II.- Comisionado, quien presidirá el Consejo y la Comisión;
- III.- Subcomisionado Médico.
- IV.- Subcomisionado Jurídico.
- V.- Coordinación de Comunicación Social.
- VI.- Coordinación de Desarrollo Institucional.
- VII.- Departamento de Orientación y Quejas.
- VIII.- Departamento de Conciliación.
- IX.- Departamento de Arbitraje y Dictámenes Periciales.
- X.- Departamento Jurídico.
- XI.- Departamento de Administración.
- XII.- Departamento de Informática.
- XIII. Contraloría Interna.

En el Manual de Organización de la Comisión se determinan los niveles jerárquicos, la dependencia y las funciones de las unidades administrativas mencionadas.

Capítulo segundo

De los órganos de dirección

ARTÍCULO 5. El Consejo es el órgano supremo de autoridad de la Comisión, sus atribuciones e integración son los establecidos en la Ley; para el debido cumplimiento de sus atribuciones que establece el artículo 91 F de la Ley, corresponde al Consejo el ejercicio de las siguientes facultades:

- I. Establecer los lineamientos generales de actuación de la Comisión.
- II. Aprobar el Reglamento Interior de la Comisión, así como las reformas que le sean propuestas por el comisionado.

III. Aprobar o en su caso modificar, los proyectos de presupuestos de la Comisión.

IV. Dictar al comisionado lineamientos y todas aquellas acciones y medidas que sirvan para una mejor observancia y tutela de la responsabilidad profesional en salud en el estado.

V. Opinar sobre los proyectos de informes que presente el comisionado.

VI. Conocer los dictámenes que sobre cada caso emita el Comisionado.

ARTÍCULO 6. Para el adecuado desarrollo de las sesiones del Consejo, habrá una Secretaría Técnica que estará a cargo del subcomisionado jurídico, quien podrá auxiliarse de un prosecretario en las funciones propias de este encargo.

ARTÍCULO 7. Son facultades del presidente del Consejo:

I. Convocar a los consejeros a sesiones ordinarias y extraordinarias.

II. Conducir las sesiones del Consejo.

III. Informar al Consejo del avance en la resolución de los acuerdos adoptados.

IV. Presentar al Consejo los asuntos que deberán desahogarse en cada sesión, así como la información y documentación necesaria y suficiente para la adecuada toma de decisiones.

V. Suscribir las actuaciones del Consejo.

VI. Las demás que le confiera la Ley, el presente Reglamento y otras disposiciones aplicables.

ARTÍCULO 8. Los consejeros tendrán las siguientes facultades:

I. Asistir a las sesiones a que sean convocados.

II. Participar con voz y voto en las sesiones del Consejo.

III. Expresar su voto particular razonado cuando disientan de los acuerdos adoptados por la mayoría de los miembros del Consejo.

IV. Tener acceso a la información de los proyectos y programas desarrollados por la Comisión.

V. Suscribir las actuaciones del Consejo.

VI. Solicitar al presidente del Consejo información en casos especiales.

VII. Guardar la debida confidencialidad de los asuntos tratados en las sesiones de Consejo cuando así sea acordado.

VIII. Las demás que le confieran otras disposiciones aplicables.

ARTÍCULO 9. Corresponde al comisionado la representación de la Comisión, así como también el trámite y resolución de todos los asuntos que sean competencia de ésta. Para tales efectos, ejercerá todas las facultades que sean necesarias en los términos que expresa-mente señala la Ley, pudiendo delegar la representación en los servidores públicos que determine, sin detrimento de su ejercicio directo.

El comisionado será el único responsable de emitir los comunicados producto de los dictámenes y acuerdos del Consejo.

Para el despacho de los asuntos de responsabilidad del comisionado, éste contará con el apoyo de los Subcomisionados y las unidades administrativas que se señalan en este Reglamento.

ARTÍCULO 10. Para el debido cumplimiento de las atribuciones que la Ley le confiere, corresponde al comisionado el ejercicio de las siguientes facultades:

I. Ejercer la representación legal de la Comisión.

II. Determinar, dirigir y controlar la política de la Comisión, con sujeción a los lineamientos que emita el Consejo, de conformidad con la normatividad aplicable.

III. Presidir el Consejo y la Comisión.

IV. Dirigir, planear y coordinar las actividades de la Comisión distribuyendo y delegando funciones a los subcomisionados y a las unidades administrativas correspondientes.

V. Formular los lineamientos generales a los que se sujetarán las actividades administrativas de la Comisión, así como nombrar, dirigir y coordinar al personal técnico y administrativo de la misma.

VI. Enviar al ejecutivo del estado, durante el mes de febrero, un informe anual de las actividades realizadas por la Comisión.

VII. Presentar un informe semestral de las actividades realizadas y de los resultados obtenidos al Consejo de la Comisión.

VIII. Celebrar convenios de colaboración con autoridades y organismos públicos, sociales o privados, interesados en la defensa de los derechos de los usuarios y de los prestadores y profesionales de la salud, para el mejor cumplimiento de sus fines.

IX. Nombrar y remover a los servidores públicos de la Comisión.

X. Otorgar licencias y permisos al personal de la Comisión.

XI. Instaurar los procedimientos administrativos internos que correspondan, cuando alguno de los servidores públicos de la Comisión incurra en alguna falta, e imponer las sanciones que procedan, de conformidad con la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco y demás ordenamientos aplicables.

XII. Proponer al Consejo las modificaciones que se estimen necesarias al presente Reglamento.

XIII. Proponer al Consejo el proyecto de Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas así como las modificaciones que en su caso se estimen necesarias.

XIV. Las demás que le otorgue la Ley, el presente Reglamento y demás ordenamientos aplicables.

ARTÍCULO 11. Durante las ausencias temporales del comisionado, sus funciones serán cubiertas por el subcomisionado médico y en ausencia de ambos, por el subcomisionado jurídico.

ARTÍCULO 12. Son facultades del secretario técnico del Consejo:

I. Llevar el registro de los nombramientos de los consejeros.

II. Convocar, por instrucciones del presidente del Consejo, con cuando menos cinco días hábiles de anticipación, a las sesiones ordinarias, y a las extraordinarias, con cuando menos veinticuatro horas de antelación.

III. Remitir, junto con la convocatoria, a los consejeros y, en su caso, a los servidores públicos que habrán de asistir a las sesiones, la documentación necesaria para su buen desarrollo.

IV. Llevar el libro de actas del Consejo, en las que deberán asentarse las intervenciones de los presentes en cada sesión, así como los acuerdos que se hayan tomado.

V. Dar seguimiento a los acuerdos emanados del Consejo;

VI. Mantener el archivo del Consejo.

VII. Las demás que le confieran otras disposiciones aplicables.

Capítulo tercero

Atribuciones en general de las unidades administrativas

ARTÍCULO 13. Corresponde a las unidades administrativas por conducto de sus titulares el ejercicio de las atribuciones genéricas siguientes:

I. Dirigir, organizar y evaluar el desarrollo de las funciones del área a su cargo.

II. Proponer la actualización de la normatividad propia de los asuntos de su competencia y hacer la difusión de la misma.

III. Acordar con el superior jerárquico la resolución de los asuntos de su competencia.

IV. Desarrollar organizadamente las funciones encomendadas al área a su cargo.

V. Asesorar a sus superiores jerárquicos dentro de la esfera de su competencia, así como a las demás unidades administrativas.

VI. Coordinar sus actividades con los titulares de otras unidades administrativas, así como, cuando sea necesario, con dependencias o instituciones públicas o privadas que se relacione con la materia que le corresponda.

VII. Proponer a su superior jerárquico los proyectos de convenios de coordinación que se pretendan celebrar con las diferentes instancias de los sectores público, social o privado en la materia de su competencia.

VIII. Formular los dictámenes que les corresponda de acuerdo a sus atribuciones, así como efectuar las investigaciones que se consideren pertinentes para cumplir con su encargo.

IX. Auxiliar a sus superiores, dentro de la esfera de competencia de la dirección general o unidad administrativa a su cargo, en el ejercicio de sus atribuciones.

X. Acordar con su superior jerárquico, la resolución de los asuntos cuya tramitación se encuentre dentro de su competencia.

XI. Emitir los dictámenes, opiniones o informes que le sean solicitados por su superior jerárquico.

XII. Proponer a su superior jerárquico el ingreso, promociones, licencias y remociones del personal bajo su adscripción.

XIII. Formular, de conformidad con los lineamientos que al respecto dicte el Consejo, los proyectos de programas y presupuestos relativos a la dirección general o unidad administrativa a su cargo.

XIV. Autorizar los acuerdos de trámite, las resoluciones o acuerdos de las autoridades superiores y aquellos que se emitan con fundamento en las atribuciones que les son propias.

XV. Autorizar, conforme a las necesidades del servicio y de acuerdo con su superior jerárquico, a los servidores públicos subalternos para que, previo registro de dicha autorización, firmen documentación relacionada con los asuntos que competan a la unidad administrativa a su cargo.

XVI. Las demás análogas a las anteriores necesarias para el cumplimiento de sus atribuciones.

Capítulo cuarto

De las atribuciones de los subcomisionados

ARTÍCULO 14. Para el despacho de los asuntos propios de la responsabilidad del comisionado, éste contará con dos subcomisionados, quienes le auxiliarán en el ejercicio de sus atribuciones.

Los subcomisionados contarán para el cumplimiento de sus facultades con las unidades administrativas que se especifican en el presente Reglamento, correspondiéndoles, en el ámbito de su competencia, el ejercicio de las facultades que se especifican en la Ley y las propias de este ordenamiento.

Los subcomisionados se coordinarán entre sí para la realización de sus atribuciones, según corresponda, así como con las demás unidades administrativas y las áreas señaladas en el manual de organización de la Comisión.

ARTÍCULO 15. Serán atribuciones comunes para los subcomisionados:

I. Auxiliar al comisionado, dentro del ámbito de su competencia, en el ejercicio de sus atribuciones.

II. Desempeñar los encargos que el comisionado les encomiende y, por acuerdo expreso, representar a la Comisión en los actos que su titular determine.

III. Recibir las quejas presentadas por los usuarios de los servi-

cios médicos, respecto de la presunta irregularidad en la prestación o negativa de prestación de servicios.

IV. Asesorar e informar a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones.

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

VI. Investigar los hechos presumiblemente atribuidos a los prestadores de servicios médicos, en los términos de las quejas presentadas.

VII. Instar a las partes involucradas en la queja a llegar a la conciliación.

VIII. Realizar colegiadamente las investigaciones y estudios que requieran el análisis de la queja, a efecto de someter a consideración del comisionado el proyecto de laudo o resolución que corresponda.

IX. Proponer al comisionado y al Consejo, los lineamientos generales que en materia de responsabilidad profesional en salud habrá de seguir la Comisión.

X. Promover y fortalecer las relaciones de la Comisión con los ciudadanos, instituciones públicas, sociales o privadas, en materia de responsabilidad profesional en salud.

XI. Formular los anteproyectos de propuestas y consideraciones a los reglamentos que la Comisión haya de entregar a los órganos competentes.

XII. Colaborar en la elaboración de los informes anuales y semestrales, así como de los especiales que rinda la Comisión al Consejo y a las diversas dependencias de gobierno.

XIII. Acordar con el comisionado los asuntos de las unidades administrativas de su adscripción.

XIV. Planear, programar, organizar, dirigir y evaluar las actividades de las unidades administrativas de su adscripción, conforme a las instrucciones del comisionado.

XV. Proporcionar la información, datos y cooperación técnica que soliciten otras dependencias y entidades de la administración Pública, de conformidad con las instrucciones que al efecto gire el comisionado.

XVI. Representar a la Comisión en las actividades, consejos, órganos de gobierno, o cuerpos colegiados de cualquier naturaleza, en los que ésta participe y que el comisionado les indique.

XVII. Suscribir los documentos relativos al ejercicio de las facultades que les otorgue el presente ordenamiento y que les hayan sido delegadas o autorizadas.

XVIII. Establecer la coordinación entre sí y con los demás titulares de las unidades administrativas, para el mejor despacho de los asuntos competencia de la Comisión.

XIX. Adscribir al personal de las unidades administrativas de su responsabilidad y decidir sobre sus movimientos dentro de tales unidades.

XX. Proponer al comisionado la delegación o las autorizaciones para ejercer facultades en favor de servidores públicos subalternos, en asuntos de su competencia.

XXI. Acordar con los titulares de las unidades administrativas de su adscripción.

XXII. Formular los anteproyectos de programas y presupuestos que les correspondan, así como también verificar su correcta y oportuna ejecución por parte de las unidades administrativas de su adscripción.

XXIII. Vigilar que se cumpla con las disposiciones aplicables en los asuntos de su competencia.

XXIV. Las demás que las disposiciones legales confieran a la Comisión y que les encomiende el comisionado, siempre que correspondan a las unidades administrativas que se les adscriban, excepto en los casos en que por disposición legal, deban ser ejercidas por los titulares de ellas de manera directa.

*Capítulo quinto**Atribuciones específicas de los subcomisionados
y demás unidades administrativas*

ARTÍCULO 16. Corresponde al subcomisionado médico el ejercicio de las siguientes facultades y obligaciones:

I. Obtener la información del usuario y del prestador de servicios de salud, relacionados con los aspectos técnicos médicos motivo de la inconformidad.

II. Argumentar conclusiones sustentadas en el análisis la información técnico-médico correspondiente a cada caso que se someta a su consideración.

III. Aportar la perspectiva técnico-médica para resolución colegiada con el área jurídica en los casos que se requiera.

IV. Sustanciar con elementos clínico-médicos el procedimiento de arbitraje.

V. Coordinar las funciones de asesoría médico-administrativa a las distintas unidades administrativas de la Comisión;

VI. Establecer los medios de comunicación adecuados, con las instituciones públicas, sociales o privadas, prestadoras de servicios médicos, así como con academias, colegios y asociaciones de profesionales de la medicina y disciplinas vinculadas al objeto de la Comisión.

VII. Las demás que le señale el comisionado, necesarias para el mejor cumplimiento de sus funciones.

ARTÍCULO 17. Corresponde al subcomisionado jurídico el ejercicio de las siguientes facultades y obligaciones:

I. Obtener la información del usuario y del prestador de servicios de salud relacionados con los aspectos técnicos jurídicos motivo de la inconformidad.

II. Argumentar conclusiones sustentadas en el análisis la infor-

mación técnico-jurídico correspondiente a cada caso que se someta a su consideración.

III. Aportar la perspectiva técnico-jurídica para resolución colegiada con el área jurídica en los casos que se requiera.

IV. Sustanciar con elementos técnico-jurídicos el procedimiento de arbitraje.

V. Dar seguimiento a los acuerdos, laudos y opiniones que emita la Comisión, estableciendo para tales efectos los medios de comunicación adecuados con las instituciones prestadoras de servicios médicos así como con organizaciones de profesionales de la medicina y disciplinas vinculadas al objeto de la Comisión.

VI. Fungir como representante legal de la Comisión en los procedimientos judiciales y administrativos en que éste sea parte.

VII. Coordinar las funciones de asesoría jurídico-administrativa a las distintas unidades administrativas de la Comisión.

VIII. Fungir como secretario técnico del Consejo.

IX. Las demás que le señale el comisionado, necesarias para el mejor cumplimiento de sus funciones.

ARTÍCULO 18. La Coordinación de Comunicación Social tendrá las siguientes atribuciones:

I. Auxiliar al comisionado en la conducción de las políticas de comunicación social y divulgación de la Comisión y su relación con los medios de información.

II. Instrumentar y desarrollar programas de comunicación social para informar a la opinión pública los objetivos y programas de la Comisión y su avance.

III. Proponer y desarrollar programas y procedimientos de comunicación social para apoyar el funcionamiento de la Comisión.

IV. Fomentar, desarrollar y producir programas para difundir las actividades que lleve a cabo la Comisión.

V. Compilar, analizar y evaluar la información que sobre la Comisión difundan los medios masivos de comunicación.

VI. Coordinar el programa de difusión de la Comisión en materia de comunicación social.

VII. Integrar y mantener actualizada la filmoteca y videoteca y proporcionar a las unidades administrativas de la Comisión, el material que le soliciten para el desarrollo de programas o consulta.

VIII. Realizar las acciones que den respuesta a las necesidades de comunicación de la Comisión.

IX. Las demás que al efecto establezca el comisionado.

ARTÍCULO 19. La Coordinación de Desarrollo Institucional tendrá las siguiente atribuciones:

I. Auxiliar al comisionado en el establecimiento de relaciones con instituciones de salud publicas, sociales y privadas para la promoción y fortalecimiento de la cultura de los derechos humanos en salud

II. Establecer la relación con esas instituciones para fomentar la aplicación de las normas oficiales mexicanas y las propias, vigentes relativas a la atención médica.

III. Promover la cultura de los derechos humanos en salud como medida de prevención de inconformidades por la prestación de servicios médicos.

IV. Instrumentar, para médicos y abogados, cursos de formación de peritos en arbitraje médico.

V. Promocionar los cursos de peritos en arbitraje médico en los colegios y asociaciones médicas del estado.

VI. Coordinar las acciones para la elaboración del programa operativo anual;

VII. Conducir los mecanismos de evaluación de los procesos realizados por las diferentes unidades de la Comisión.

VIII. Presentar a la consideración del comisionado los resultados de las evaluaciones.

IX. Auxiliar a los funcionarios de la Comisión para la elaboración de alternativas de solución a las posibles desviaciones.

X. Las demás que al efecto establezca el comisionado.

ARTÍCULO 20. El Departamento de Orientación y Quejas tiene facultades para:

I. Asesorar e informar a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones.

II. Brindar información a los usuarios y prestadores respecto de las funciones de la Comisión y de sus derechos y obligaciones como tales.

III. Recibir las quejas presentadas por los usuarios de los servicios médicos, respecto de la presunta irregularidad en la prestación o negativa de prestación de servicios.

IV. Validar la información contenida en los expedientes médicos relacionados con las quejas presentadas por usuarios o prestadores de servicios médicos.

V. Instar a las partes involucradas en la queja a llegar a la conciliación.

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

VII. Elaborar los proyectos de procedimientos que deberán aplicarse en materia de orientación, recepción y valoración de quejas, conciliación y arbitraje, y someterlos a consideración del comisionado.

VIII. Las demás que le señale el comisionado, necesarias para el mejor cumplimiento de sus funciones.

ARTÍCULO 21. El Departamento de Conciliación tiene facultades para:

I. Asesorar e informar a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones.

II. Investigar los hechos presumiblemente atribuidos a los prestadores de servicios médicos, en los términos de las quejas presentadas.

III. Proponer a las partes el arbitraje de la Comisión, como medida para dirimir el conflicto materia de la queja.

IV. Las demás que le señale el comisionado, necesarias para el mejor cumplimiento de sus funciones.

ARTÍCULO 22. El Departamento de Arbitraje y Dictámenes Periciales tiene facultades para:

I. Substanciar el procedimiento de arbitraje.

II. Establecer, para los efectos de la fracción anterior, los medios de comunicación adecuados, con las instituciones públicas, sociales y privadas, prestadoras de servicios médicos, así como con colegios y asociaciones de profesionales de la medicina y disciplinas vinculadas al objeto de la Comisión.

III. Validar la información contenida en los expedientes médicos relacionados con las quejas presentadas.

IV. Realizar las investigaciones y estudios que requiera el análisis de la queja.

V. Elaborar los proyectos de laudo o resoluciones que procedan respecto de las quejas sustanciadas y presentarlos a la consideración del comisionado.

VI. Rendir los peritajes que sean necesarios a petición de los usuarios o prestadores de servicios médicos que se hayan sometido al arbitraje de la Comisión.

VII. Designar a los peritos que habrán de rendir los peritajes mé-

dicos que les sean solicitados a la Comisión por autoridades judiciales o administrativas en los procedimientos instaurados con motivos de presuntas responsabilidades en la prestación de servicios médicos.

VIII. Las demás que le señale el comisionado o e su caso los subcomisionados, necesarias para el mejor cumplimiento de sus funciones.

ARTÍCULO 23. El Departamento Jurídico tiene atribuciones para:

I. Dar seguimiento a los acuerdos, laudos y opiniones que emita la Comisión.

II. Representar legalmente a la Comisión en los procedimientos judiciales, administrativos o del trabajo de los que sea parte.

III. Coordinar las funciones de asesoría jurídico-administrativa a las distintas unidades administrativas de la Comisión.

IV. Supervisar el manejo del Registro de Instrumentos Jurídicos en que se de cuenta dé la participación de la Comisión.

V. Compilar la normatividad relacionada con el objeto de la Comisión.

VI. Asesorar jurídicamente a las unidades administrativas de la Comisión y establecer los criterios de interpretación de las disposiciones jurídico administrativas que normen su funcionamiento.

VII. Dictaminar los convenios, acuerdos o bases de coordinación y colaboración, que celebre la Comisión con cualesquier institución pública, social o privada.

VIII. Llevar el registro de los instrumentos jurídicos que celebre la comisión.

IX. Elaborar los proyectos de ordenamientos jurídico-administrativos que se relacionen con la competencia de la Comisión.

X. Expedir copias certificadas de las constancias que obren en los archivos de la Comisión, a petición debidamente fundada y motivada.

XI. Formular las bases y requisitos legales a que deban sujetarse los convenios opiniones y procedimientos arbitrales que desarrolle la Comisión,

XII. Coordinar el seguimiento de los acuerdos o convenios, opiniones y laudos.

XIII. Solicitar a los prestadores de servicios médicos la información adicional necesaria que permitan evaluar el grado de cumplimiento de los compromisos derivados de los convenios de conciliación o laudos que resulten de las quejas presentadas en su contra y, en su caso, practicar las diligencias que fueran necesarias para verificar la información recibida.

XIV. Informar a su superior jerárquico respecto del estado que guarda el cumplimiento de los compromisos derivados de los convenios de conciliación o laudos que resulten de las quejas.

XV. Compilar las distintas normas jurídicas inherentes a la actividad de la Comisión.

XVI. Administrar el archivo jurídico de la Comisión.

XVII. Las demás que le señalen el comisionado y el subcomisionado en su caso necesarios para el mejor cumplimiento de sus funciones.

ARTÍCULO 24. El Departamento de Administración tendrá atribuciones para:

I. Establecer, coordinar y supervisar las políticas, normas y procedimientos para la óptima administración de los recursos humanos, materiales y financieros de la Comisión.

II. Participar en el ámbito de su competencia en la formulación, instrumentación y seguimiento del presupuesto.

III. Coordinar e integrar las actividades relativas a los procesos de contabilidad, escenarios financieros y niveles de gasto de la Comisión.

IV. Establecer la normatividad y procedimientos para el trámite de pago de la documentación comprobatoria de operaciones realizadas, supervisar su aplicación y llevar a cabo el resguardo correspondiente de los bienes de la Comisión.

V. Suscribir conjuntamente con el comisionado los contratos relativos a sus atribuciones.

VI. Instrumentar el procedimiento de adquisiciones de bienes de acuerdo a la normatividad vigente para el gobierno del estado de Jalisco.

VII. Las demás que le señale el comisionado, necesarias para el mejor cumplimiento de sus funciones.

ARTÍCULO 25. El Departamento de Informática tendrá las siguientes atribuciones:

I. Diseñar, instrumentar, operar, dar seguimiento y evaluar el funcionamiento de los sistemas informáticos de los procesos de atención a las inconformidades y los de operación financiera.

II. Participar en el proceso de evaluación del programa operativo anual.

III. Proporcionar los reportes requeridos por las diferentes unidades administrativas de Comisión para el cumplimiento de sus responsabilidades.

IV. Dar mantenimiento a la red de la Comisión.

V. Participar con la vinculación con la red informática de la CONAMED.

VI. Las demás que le señale el comisionado, necesarias para el mejor cumplimiento de sus funciones.

ARTÍCULO 26. La Contraloría Interna tendrá las siguientes atribuciones:

I. Observar y vigilar el cumplimiento, por parte de las unidades

administrativas de la Comisión, de las normas de control, fiscalización y evaluación.

II. Realizar las auditorias y revisiones que se requieran así como proponer y vigilar la aplicación de las medidas correctivas y opiniones que correspondan.

III. Recibir y atender las quejas y denuncias respecto de los Servidores públicos de la Comisión.

IV. Practicar investigaciones sobre los actos de los servidores públicos que pudieran generar responsabilidades en términos de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos y vigilar su cumplimiento.

V. Instrumentar la aplicación de las normas de control y desarrollo administrativo, así como propiciar el establecimiento de autoevaluación y asesorar a las unidades administrativas de la Comisión en su establecimiento.

VI. Asesorar al Departamento de Administración sobre el contenido de las bases de licitación por concursos y contratos.

VII. Vigilar que la información y documentación que obra en los expedientes de auditoria y de responsabilidad administrativa de su competencia, sea manejado de manera confidencial y de uso reservado por el personal autorizado de acuerdo a las normas de auditoria pública.

VIII. Coordinar y vigilar las acciones para el control y registro de los servidores públicos de la Comisión que deban manifestar su situación patrimonial de conformidad con las disposiciones que emitan la Secretaría de la Contraloría.

IX. Las demás que le señale el comisionado, necesarias para el mejor cumplimiento de sus funciones.



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



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

El arbitraje médico en Jalisco
terminó de imprimirse en los talleres de
Editorial Pandora, S.A. de C.V.
Caña 3657, La Nogalera, Guadalajara, Jalisco, México
se tiraron 1 000 ejemplares más sobrantes para reposición

Composición tipográfica:
RAYUELA, DISEÑO EDITORIAL

Este documento tiene una doble finalidad: presentar al ejecutivo estatal un informe anual de las actividades realizadas y de los resultados obtenidos por la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (CAMEJAL); así como cumplir con el mandato de difundir, asesorar, proteger y defender los derechos de los usuarios y los prestadores de servicios de atención médica.

En el caso de esta primera rendición de cuentas, se presentan los datos empíricos de nuestra experiencia en once meses, más las propuestas de análisis que pretenden evaluar los procesos y plantear opciones que confluyan en el mensaje común de mejora de la calidad de la atención a la salud de los jaliscienses.

