



Evaluación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Noviembre de 2009



*Evaluación de la
Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), 2009*

D.R. © Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696 México, D.F.

La *Evaluación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)* estuvo a cargo de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, a través de la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud bajo la coordinación de Francisco J. Garrido Latorre, Blanca M. Villa Contreras y Esteban Puentes Rosas.

En el diseño inicial de la evaluación participaron Sergio López Moreno, Oliva López Arellano y José Alberto Rivera Márquez (de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la UAM-Xochimilco); Alejandra Moreno Altamirano y Juan Manuel Castro Albarrán (del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM), y Ricardo Alberto Ortega Soriano y Jorge Humberto Meza (del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM).

El texto completo y los anexos estadísticos de la *Evaluación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)* pueden consultarse en la dirección electrónica: www.dged.salud.gob.mx

Impreso y hecho en México/ *Printed and made in Mexico.*

ÍNDICE

Siglas	IV
Objetivos de la Evaluación	1
1. Estructura institucional	
Primera parte. Objetivos del diagnóstico institucional y resumen metodológico	
I. Objetivo.....	9
II. Resumen metodológico.....	9
Segunda parte. Diagnóstico de la situación institucional	10
I. Desarrollo y situación general de la CONAMED.....	11
II. Cumplimiento del propósito general de la CONAMED.....	11
Tercera parte. Perspectivas de desarrollo institucional	
Escenarios de desarrollo para la CONAMED.....	16
Cuarta parte. Conclusiones del diagnóstico institucional.....	23
2. Naturaleza jurídica	
Primera parte objetivos del diagnóstico y resumen metodológico	
I. Objetivos.....	27
II. Resumen metodológico.....	27
Segunda parte. Estructura jurídica de la CONAMED	
I. Modelo teórico utilizado para el diseño de la CONAMED.....	28
II. Naturaleza jurídica de la institución.....	31
III. Naturaleza jurídica de los procedimientos.....	32
IV. Fuerza jurídica de las resoluciones de la CONAMED.....	36
Tercera parte situación de la CONAMED en relación con las CEAMED	
I. Naturaleza jurídica y autonomía institucional.....	38
II. Características del patrimonio de las comisiones de arbitraje médico.....	39
III. Régimen laboral de los trabajadores de las comisiones de arbitraje.....	39
IV. Naturaleza de las disposiciones de las comisiones de arbitraje.....	40

V. Designación del titular de las comisiones de arbitraje médico.....	40
VI. Integración de los consejos de las comisiones de arbitraje médico.....	41
VII. Atribuciones de las comisiones de arbitraje médico.....	41
VIII. Objeto de las comisiones de arbitraje médico.....	43
IX. Algunos apuntes sobre el modelo mexicano de arbitraje médico.....	45
Cuarta parte. La CONAMED en el contexto de otros OEPDH	
I. Naturaleza jurídica de los OEPDH.....	46
II. Carácter de las disposiciones de los OEPDH.....	47
III. Objeto de la ley y principios que orientan a los OEPDH.....	49
IV. Ámbito de aplicación de las disposiciones de los OEPDH.....	50
V. Sujetos obligados ante los OEPDH.....	51
VI. Finalidad de los OEPDH.....	51
VII. Medidas generales de protección al usuario.....	52
VIII. Facultades conferidas por la ley a los OEPDH.....	53
IX. Análisis de los procedimientos vinculados con los MJA y los OEPDH.....	55
Quinta parte. Conclusiones del diagnóstico jurídico.....	58

3. Capacidad resolutive

Primera parte. Objetivos del diagnóstico sobre capacidad resolutive y resumen metodológico

I. Objetivos.....	67
II. Resumen metodológico.....	67

Segunda parte. Sistema de Atención a Quejas y Dictámenes Médicos

I. Desarrollo del SAGMED.....	68
-------------------------------	----

Tercera parte. Indicadores de atención de la CONAMED

Atenciones otorgadas por la CONAMED (2002-2008)

I. Características de los usuarios.....	73
II. Tipo de asuntos atendidos.....	73
III. Características de las gestiones inmediatas.....	76
IV. Características de las quejas.....	78
V. Duración de las resoluciones.....	84
VI. Perfil de los usuarios.....	86

Cuarta parte. Conclusiones sobre la capacidad resolutive.....	88
4. Satisfacción del usuario	
Primera parte. Objetivos del diagnóstico y resumen metodológico	
I. Objetivo.....	93
II. Resumen metodológico.....	93
Segunda parte. Satisfacción de los usuarios	
I. Satisfacción general con la atención y el resultado.....	96
II. Satisfacción con la atención.....	97
III. Satisfacción con el resultado.....	100
IV. Calificación otorgada a la CONAMED por los usuarios.....	104
V. Expectativas sobre el resultado.....	105
VI. Análisis cualitativo.....	108
Tercera parte. Conclusiones sobre la satisfacción.....	110
5. Conclusiones y recomendaciones.	
Conclusiones generales de la evaluación.....	115
Resumen de recomendaciones.....	117
Bibliografía.....	123

Siglas

CAAD	Comisión de Apelación y Arbitraje del Deporte
CEAMED	Comisiones Estatales de Arbitraje Médico
CMAM	Consejo Mexicano de Arbitraje Médico
CNDH	Comisión Nacional de Derechos Humanos
CONDUSEF	Comisión Nacional para la protección y defensa de los usuarios de servicios financieros
DC	Decreto de Creación
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño
DGCES	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
DOF	Diario Oficial de la Federación
DPS	Derecho a la Protección de la Salud
FODA	Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
IEE	Institución Evaluadora Externa
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LFPC	Ley Federal de Protección al Consumidor
LFPUSEF	Ley Federal de Protección al Usuario de Servicios Financieros
LGCFD	Ley General de Cultura Física y Deporte
LGS	Ley General de Salud
MJA	Mecanismo de Justicia Alternativa
OD	Órganos Desconcentrados de la Administración Pública Federal
OEPDH	Organismos Especializados de Carácter no Jurisdiccional de Protección de los Derechos Humanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPA	Organismo Público Autónomo
OPD	Organismo Público Descentralizado
OPD-NS	Organismo Público Descentralizado No Sectorizado
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PND	Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012
PROFECO	Procuraduría Federal del Consumidor
PROFEDET	Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo
PRONASA	Programa Nacional de Salud 2007-2012
RPAQM	Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial
SAQMED	Sistema de Atención a Quejas y Dictámenes Médicos
SESA	Servicios Estatales de Salud
SINAREQ	Sistema Nacional del Registro de la Queja Médica
SS	Secretaría de Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud

Objetivos de la Evaluación



OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

Presentación

El sistema público de salud es uno de los más importantes productos del desarrollo social en México. Constituye uno de los frutos del crecimiento económico, del progreso social y del perfeccionamiento democrático, y en pleno siglo XXI es uno de los bienes que los mexicanos más aprecian.

La importancia del sistema de salud mexicano puede calificarse tanto por su tamaño como por su grado de desempeño. En México conviven, al mismo tiempo y en los mismos espacios, grandes instituciones de seguridad social —señaladamente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE)— con instituciones públicas que atienden a población no derechohabiente (la Secretaría de Salud, los Sistemas Estatales de Salud y el IMSS-opportunidades) y una amplia y diversa red de servicios privados a los que se tiene acceso a través del mercado. Este sistema proporciona una enorme variedad de acciones de salud, que sería imposible enumerar aquí. Baste mencionar que el sistema proporciona un enorme volumen de atenciones personales, que fácilmente rebasa los 250 millones de acciones de salud por año. Estas acciones incluyen casi 190 millones de consultas generales, más de 40 millones de consultas de especialidad, 27 millones de consultas de urgencia, 1.5 millones de partos y 3 millones de intervenciones quirúrgicas.

El IMSS atiende alrededor de 40 millones de personas, seguido del ISSSTE con 8 millones. Los Sistemas Estatales de Seguridad Social son responsables de la atención de 1.4 millones, mientras que la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEMAR) y Petróleos Mexicanos (PEMEX) tienen en conjunto una cobertura de

1.5 millones. Entre las instituciones que atienden a población sin seguridad social destacan la Secretaría de Salud (SSA) y los Sistemas Estatales de Salud (SESA), responsables de la atención de 52 millones de personas, y el IMSS-Oportunidades, con una cobertura de 6.2 millones.¹

Los servicios privados de salud, por su parte, presentan gran heterogeneidad y un acceso diferenciado por la capacidad de pago de sus clientes. Incluyen desde consultorios pequeños hasta grandes corporativos médicos, algunos de ellos transnacionales. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, del total de la población que utilizó los servicios de salud en los 15 días previos a la encuesta, 37 por ciento usó un servicio privado.²

No obstante, como sucede con otros sistemas sociales, su desarrollo ha determinado que sea un sistema que contiene riquezas y virtudes, pero también defectos y contradicciones.

Así, aunque en la actualidad más del 90 por ciento de los mexicanos tiene acceso regular a los servicios de salud —y aunque que estos servicios se presten en general con un aceptable nivel de eficiencia y a un costo económico accesible— existen grupos sociales y regiones geográficas que todavía no cuentan con los servicios considerados esenciales, haciendo que para millones de mexicanos el acceso a la atención de salud sea difícil, o francamente imposible, y que los servicios obtenidos, cuando se logran obtener, sea insuficientes y de calidad cuestionable. De manera que es imposible negar la existencia de severas desigualdades regionales en términos de distribución de unidades, equipamiento, personal de salud y recursos para operar.³

Con el incremento de la pobreza que se observado en el país en los tres últimos años

¹ Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano. Construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud, 2007, México.

² Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano. Construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud, 2007, México.

³ Observatorio de política social y derechos humanos (2009). Indicadores de salud. México, Incide Social (<http://incidesocial/observatorio/>).

—el Banco Mundial señaló en agosto de 2009 que en México la cifra de pobres había llegado a 54.8 millones de personas, es decir, 51 por ciento de la población⁴— así como el aumento del desempleo, es de esperar que el acceso a los servicios de salud y la capacidad de las personas para enfrentar los problemas de salud se vean significativamente afectados.⁵

En resumen, la infraestructura pública sanitaria en México es amplia, diversa y de aceptable calidad, pero también es desigual, fragmentada e insuficiente. Adicionalmente, el contexto social en el que el sistema de salud desarrolla sus acciones es económicamente complejo.

En este heterogéneo, fragmentado y diverso cuadro de múltiples espacios institucionales es donde se producen los conflictos entre los usuarios y los prestadores de servicios. Tales conflictos pueden gestarse en el proceso de atención, en sus resultados o en la relación entre las expectativas del usuario y los servicios recibidos.⁶

Este también es el contexto donde se respeta o transgrede el Derecho a la Protección de la Salud, consagrado en México desde 1984 y reiterado permanentemente por los principales organismos internacionales de salud.

Las responsabilidades de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se inscriben en este complicado panorama.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico

La CONAMED fue creada el 3 de junio de 1996, con el propósito explícito de contribuir con el Sistema Nacional de Salud (SNS) a la solución no judicial de los conflictos que pudieran suscitarse entre los usuarios y los prestadores de servicios de atención a la salud en México.

Las actividades actuales de la CONAMED están enfocadas a resolver, mediante la asesoría, la orientación, la gestión inmediata, la conciliación y el arbitraje, las controversias surgidas en el ámbito médico. Goza de autonomía técnica y administrativa para recibir quejas, investigar presuntas irregularidades o negativas en la prestación de servicios médicos y emitir opiniones técnicas, acuerdos, laudos y dictámenes. Su actuación se sustenta en los principios de imparcialidad, equidad y buena fe. Se propone privilegiar las vías alternas de solución de conflictos, contener la práctica médica defensiva y contribuir a prevenir el conflicto médico-paciente. Actualmente, el rasgo más característico de la Comisión es fungir como mecanismo alternativo (es decir, no jurisdiccional) en la resolución de conflictos suscitados entre usuarios y prestadores de servicios en el ámbito de la salud.

Secundariamente, le compete desarrollar acciones para mejorar la calidad de la atención.

Además de ser una institución de arbitraje, el surgimiento de la CONAMED se inscribe en el marco de las instituciones no jurisdiccionales de protección de los derechos humanos, pues al objetivo de atender los conflictos surgidos entre los usuarios y los prestadores de servicios médicos se agrega el de contribuir a tutelar el Derecho a la Protección de la Salud, establecido en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y reglamentado en el artículo 2º de la Ley General de Salud.

La vigencia del DPS ha sido refrendada permanentemente tanto por los organismos internacionales de salud —especialmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)— como por las instancias internacionales de protección y defensa de los derechos humanos. El Programa Nacional de Salud 2007-2012 también establece entre sus propósitos fortalecer la “protección de los derechos de los usuarios de los servicios de

⁴ La Jornada. “Existen en México 54.8 millones de pobres: 51% de la población: BM”. 20 de agosto de 2009. <http://www.jornada.unam.mx/2009/08/20/index.php?section=economia&article=024n1eco>

⁵ Observatorio de política social y derechos humanos (2009). Incide Social <http://www.observatoriopoliticasocial.org>

⁶ Aguirre GH, Campos CE, Carrillo JA, Zavala SE y Fajardo DG. Análisis crítico de quejas CONAMED 1996-2007. Revista CONAMED, 13:5-16, 2008.

salud”, y encomienda una parte sustantiva de esta responsabilidad a la CONAMED.⁷

La existencia de este doble carácter le concede a la CONAMED una cualidad que no posee ninguna otra institución en México, al otorgarle responsabilidades como mecanismo de justicia alternativa y como organismo especializado en la protección del derecho a la salud.

Desde el primer punto de vista, la CONAMED ha desarrollado un modelo de resolución de controversias que recupera las mejores experiencias en el campo del arbitraje médico, adaptándolas a las condiciones sociales y culturales del país y la región. Este modelo se encuentra en proceso de consolidación en el país a través del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico. La naturaleza de sus procedimientos actuales —la mayoría de ellos informales, breves y sencillos— hace que el modelo sea eficiente y altamente reproducible. Su propósito último es evitar que los usuarios de los servicios que se inconforman con la atención ingresen en una larga cadena de trámites que generalmente derivan en un alto costo económico y el desgaste de la relación entre el paciente y las instituciones de salud. Desde su creación ha apoyado el desarrollo de comisiones estatales de arbitraje médico.

Desde el segundo punto de vista, la CONAMED se ha propuesto contribuir a la protección del derecho a la salud mediante la realización de acciones predominantemente preventivas, buscando transformar las estructuras institucionales donde se quebranta este derecho fundamental de las personas.

Esta postura es coherente con la ubicación institucional de la Comisión, que forma parte del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y tiene como campo específico de responsabilidad la protección del usuario. Las acciones que le permiten a la Comisión alcanzar este segundo propósito están diseñadas para realizarse en el ámbito de la

promoción de la calidad de la atención y la seguridad del paciente.⁸

Diseño de la evaluación de la CONAMED

La CONAMED, como todas las unidades que integran la Secretaría de Salud, está sujeta a los lineamientos establecidos para la evaluación de los programas de la Administración Pública Federal. El propósito que se persigue con estas evaluaciones es coadyuvar a definir la pertinencia y logro de los objetivos y metas de las instituciones, y valorar su eficiencia, eficacia, calidad, resultados, impacto y sostenibilidad.

La presente evaluación —la primera que se hace formalmente a la CONAMED— tiene un marcado enfoque en los aspectos de diseño, y ha buscado examinar la congruencia existente entre los propósitos planteados por sus creadores y las atribuciones, objetivos y líneas operativas de la Comisión. Lo anterior se ha realizado sin demérito de otros elementos incluidos en la evaluación, tales como la medición de las acciones que ha realizado desde su creación, la satisfacción actual de sus usuarios, la cobertura real y potencial de sus servicios y la coordinación con otras dependencias.

El fin último de la evaluación es que la información que ha generado sea útil para mejorar la operación del organismo, contribuyendo al fortalecimiento de las instituciones públicas de salud.

Objetivo general de la evaluación

Evaluar la operación de la CONAMED mediante el análisis del diseño del Modelo de Atención de Inconformidades y la valoración de los principales logros obtenidos por la Comisión.

Objetivos específicos

- Evaluar el diseño del Modelo de Atención de Inconformidades de la CONAMED, valorando la congruencia entre el modelo, los recursos

⁷ Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud. México, 2007.

⁸ CONAMED. Programa de Acción Específico 2007-2012. Fortalecimiento e Innovación de la CONAMED. Introducción. Ed. CONAMED, México, 2007. p. 13.

disponibles, las atribuciones legales y los objetivos operativos de la Comisión.

- Valorar la juridicidad de las resoluciones emitidas por la CONAMED.
- Medir la capacidad resolutive de la CONAMED.
- Evaluar la satisfacción de los usuarios de los servicios que brinda la CONAMED.

Conforme a los objetivos planteados, la evaluación de la CONAMED tuvo cuatro componentes, denominados, respectivamente: i) evaluación de la estructura institucional; ii) evaluación de la naturaleza jurídica; iii) evaluación de la capacidad resolutive, y iv) evaluación de la satisfacción de los usuarios.

Los objetivos, metodología y resultados de cada uno de dichos componentes se presentan enseguida. En el último capítulo se presenta una síntesis de las principales propuestas, agrupadas también por componente.

1. Estructura Institucional



PRIMERA PARTE

OBJETIVOS DEL DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL Y RESUMEN METODOLÓGICO

I. Objetivo

Evaluar la congruencia entre el *Modelo de atención de inconformidades* desarrollado por la CONAMED y sus recursos, atribuciones legales y objetivos operativos.

Para cumplir este propósito se analizó la correspondencia entre las acciones que forman el *quehacer* cotidiano de la Comisión⁹ y su *deber ser*, expresado en los documentos que fundamentan su misión y dan sentido a sus objetivos esenciales.

II. Resumen metodológico

El *deber ser* de la Comisión fue construido mediante el análisis del Decreto de Creación (DC) de la CONAMED del 3 de junio de 1996; el PRONASA; La LGS; el *Programa de Acción Específico 2007-2012 para el fortalecimiento e innovación de la CONAMED* y los informes anuales de labores.

Los resultados de la revisión sobre el *deber ser* de la Comisión se contrastaron con el *quehacer* actual, construido mediante la consulta directa a dos tipos de actores: i) expertos que no forman ni han formado parte de la Comisión (denominados expertos externos), y ii) funcionarios que actualmente forman parte del personal de la Comisión (denominados actores internos).

El grupo de expertos externos incluyó: profesionales de la salud; abogados; expertos en protección de la salud; en evaluación de servicios de salud, en calidad de la atención y seguridad del paciente, en antropología médica y en sociología de las organizaciones. Este grupo, reunido en forma de panel de expertos, emitió un conjunto de recomendaciones en

torno a la Comisión que se concretaron en un la propuesta de dos escenarios de desarrollo posibles.

El grupo de actores internos incluyó tanto a mandos superiores —entrevistados directamente y en forma estructurada— como a diversos mandos medios representativos de las áreas operativas de la Comisión; con estos últimos se desarrolló un ejercicio de *análisis estratégico* en forma de taller. Ambos grupos fueron consultados respecto del quehacer institucional y sus expectativas futuras, obteniendo detalles de la operación y del funcionamiento interno actual de la Comisión, así como en las necesidades de modificación y fortalecimiento del quehacer institucional.¹⁰

A partir de estos acercamientos se elaboró una serie de matrices de resumen, así como diversas tablas de recomendaciones específicas. En este apartado se presentan los resultados generales de este ejercicio.

⁹ Considerando los recursos que pone en marcha, las atribuciones que ejerce y los alcances de dichas acciones.

¹⁰ En los Anexos se precisan con todo detalle cada uno de estos procedimientos metodológicos.

SEGUNDA PARTE

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN INSTITUCIONAL

I. Desarrollo y situación general de la CONAMED

La CONAMED ha transitado por tres etapas, que corresponden a los sexenios que ha atravesado.¹¹

De 1996 a 2000 la CONAMED se enfrentó a problemas relativos a su reciente creación, por ejemplo, la preparación de sus instalaciones, la incorporación de personal especializado y la aceptación por el gremio médico. Durante este periodo sus objetivos se enfocaron principalmente a la resolución de conflictos y al desarrollo de capacidades institucionales. En esta fase inició la organización de lo que más tarde sería el Modelo Mexicano de Arbitraje Médico, la publicación de una revista especializada en arbitraje médico y se creó el primer sistema de información.

En la segunda etapa, que corre de 2001 a 2006, la Comisión se orientó a mejorar la calidad técnica de sus servicios, certificándose como institución pública bajo la norma ISO 9001:2000 y puso en operación un sistema automatizado de captura y almacenamiento de actividades mejorando los procedimientos de reporte periódico. Esta fase puede considerarse como la etapa de consolidación del Modelo Mexicano de Arbitraje, y coincide con la creación de la mayor parte de las comisiones estatales de arbitraje médico que existen actualmente en el país.

Durante la etapa actual, que inició en el año 2007, la Comisión rediseñó sus sistemas informáticos a fin de que la información disponible pueda utilizarse para mejorar los procesos sustantivos; encabeza las acciones de fortalecimiento del proceso arbitral en el país participando en el Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, y se ha propuesto mejorar la

calidad de sus servicios superando la perspectiva centrada en los procesos para centrarla en los usuarios. En los años recientes ha promovido la creación de un Sistema Nacional del Registro de la Queja Médica, en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística e Informática y las distintas comisiones estatales de arbitraje médico (CEAMED).

Su participación en eventos académicos, científicos y profesionales es relevante y ha comenzado a jugar un papel relevante en la evaluación y adecuación de los servicios de salud. Durante la actual pandemia de Influenza A (H1N1) fue la institución encargada de la certificación de la calidad de la atención otorgada en los casos de muerte ocurridos por esta causa en el país.

Actualmente, el rasgo más característico de la Comisión es fungir como mecanismo alternativo (es decir, no jurisdiccional) en la resolución de conflictos suscitados entre usuarios y prestadores de servicios en el ámbito de la salud.

Ahora bien, el proceso arbitral que desarrolla la Comisión opera bajo el principio de voluntad de las partes, debido a que la CONAMED no cuenta con las facultades suficientes para obligar al prestador de servicios médicos a comparecer ante ella cuando se presenta una queja en su contra. En este sentido, a diferencia de otras instituciones que también se encargan de la resolución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios —como la PROFECO o la CONDUSEF— la CONAMED es una instancia de buena fe.¹²

Según los considerandos contenidos en el DC de la CONAMED, la conciliación y el arbitraje son actividades que contribuyen a la tutela del Derecho a la Protección de la Salud (DPS). La Comisión, desde este ámbito, coadyuva con

¹¹ Comisionado Nacional de Arbitraje Médico. Entrevista realizada el 26 de agosto de 2009.

¹² Subcomisionado Médico. Entrevista realizada el 26 de agosto de 2009.

otras instituciones en la tutela de este derecho social.¹³

Sin embargo, es notable que distintos miembros de la CONAMED señalen que la Comisión no es una instancia defensora ni del usuario ni del prestador de los servicios médicos y que su principal característica es, precisamente, su imparcialidad.¹⁴ Según esta perspectiva, el DPS no exige que la Comisión se incline por el paciente, y nunca debería “romperse la imparcialidad de la institución” inclinándose por los usuarios.¹⁵

Al ubicar a la conciliación y al arbitraje como procesos imparciales, en realidad la CONAMED contribuye a mejorar el acceso a la justicia por parte de quienes tienen dificultades para hacerlo, pero asumiendo plenamente el papel de *mecanismo de justicia alternativa* como instrumento característico del derecho privado.

Además de la conciliación y el arbitraje, la Comisión realiza acciones de orientación, asesoría y gestión. Mediante estas funciones los usuarios solicitan información, consejo especializado y la realización de gestiones, de manera que la Comisión puede inclusive intervenir para que un paciente obtenga atención médica inmediata. En el ejercicio de estas actividades la CONAMED tutela con mayor efectividad el DPS, al resguardar los derechos del paciente y procurar que los

usuarios obtengan la atención médica que requieren de manera pronta y oportuna.¹⁶

Mediante el análisis de las quejas que recibe y atiende, la CONAMED es capaz de identificar muchas de las deficiencias del sistema nacional de salud.¹⁷ Frente a ello emite recomendaciones informativas que buscan influir en la mejora de la atención de los pacientes. No obstante, como se detallará más adelante, estas recomendaciones tienen un impacto limitado, al carecer de fuerza legal y no ser de cumplimiento obligatorio.

II. Cumplimiento del propósito general de la CONAMED

El DC de la CONAMED señala, en su artículo segundo, lo que será el objeto, o propósito principal de la CONAMED. Dicho artículo dice, a la letra:

Artículo 2o. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico tendrá por objeto contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios.

Para favorecer el cumplimiento de estos objetivos, la CONAMED fue creada, según se indica en el primer artículo del Decreto, como un “órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con plena autonomía técnica para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos.”

Por su parte, el *Programa de Acción Específico de la CONAMED 2007-2012* (PAE) hace explícito que la CONAMED contribuye con el Sistema Nacional de Salud:

...a crear un espacio social donde se pueden dirimir las controversias que surgen de los procesos de atención a la salud y resarcir, cuando ello es necesario, los efectos adversos de los procesos de atención a la salud. Para ello, señala como objetivos institucionales: 1) Privilegiar las vías alternas para la solución de conflictos, 2) Mejorar la

¹³ Director General de Arbitraje. Entrevista realizada el 2 de septiembre de 2009.

¹⁴ Director General de Arbitraje. Entrevista realizada el 2 de septiembre de 2009.

¹⁵ Al respecto, es conveniente señalar que cuando un Organismo Especializado en la Defensa de los Derechos Humanos se coloca en favor del quejoso, en estricto sentido no rompe con la imparcialidad, sino que reconoce la desigualdad que *de facto* existe entre la población y quienes deben protegerla, equilibrando la situación en la que se encuentran. En este sentido puede señalarse la relación entre los conceptos de “imparcialidad” y “equidad”. El primero califica un acto de administración de justicia, mientras que el segundo describe una situación fáctica de una sociedad o grupo. La justicia como tal es un concepto que admite diversas definiciones, pero se puede coincidir en que contempla los dos conceptos anteriores. Ahora bien, es necesario preguntarse qué tan justo es un acto totalmente imparcial que sanciona una situación inequitativa y, de esa manera la perpetúa. Una institución cuya finalidad sea la impartición de justicia, antes de llevar a cabo actos de poder imparciales debe propiciar situaciones equitativas en las que pueda actuar con imparcialidad total. La equidad es necesaria como condición *sine qua non* de la imparcialidad, pues de otra manera ésta no puede desarrollarse y la justicia no se consigue.

¹⁶ Comisionado Nacional de Arbitraje Médico. Entrevista realizada el 26 de agosto de 2009.

¹⁷ Director General de Arbitraje. Entrevista realizada el 2 de septiembre de 2009.

relación médico-paciente, 3) Promover la calidad y la seguridad en los servicios de salud del país, 4) Contener la práctica de la medicina defensiva, y 5) Contribuir a prevenir el conflicto médico-paciente.¹⁸

Según el mismo PAE, el organismo orienta sus actividades de acuerdo con una Misión y busca la realización de una Visión futura de la institución:

Misión

“Somos una Institución Pública que ofrece medios alternos para la solución de controversias entre usuarios y proveedores de servicios de salud, y promueve la prestación de servicios de calidad, para garantizar la seguridad de los pacientes, utilizando procedimientos que operan bajo estándares de calidad nacionales e internacionales.

Visión

Ser generadores de políticas y lineamientos relativos a la solución de controversias, a la mejora de la calidad de atención de la salud, seguridad del paciente y la protección del usuario del Sistema de Salud; asimismo ser reconocidos como un centro de referencia altamente especializado y legitimado socialmente en el ámbito nacional e internacional.¹⁹

Tomando en cuenta su propósito original, objetivos institucionales, misión y visión, la CONAMED debe entonces enfocar sus acciones a la atención de las controversias surgidas en el ámbito de la prestación de los servicios médicos en el país, buscando mejorar paulatinamente la calidad de la atención y la seguridad del paciente haciendo uso de procedimientos estandarizados.

El análisis de la documentación disponible sobre el *quehacer* de la Comisión en sus trece años de existencia —en especial sobre su

estructura organizativa, mecanismos de funcionamiento, actividades realizadas, metas propuestas y logros alcanzados— indica que, en general, sí existe congruencia entre el objetivo estratégico señalado antes [*contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios*] y dicho *quehacer*. De hecho, la estructura organizativa de la Comisión está encaminada al cumplimiento de este objetivo, y sus funciones sustantivas actuales son la gestión inmediata, la conciliación y el arbitraje, al grado que sólo estas funciones cuentan con direcciones generales dentro de su estructura. Los reportes de actividad, como muestra el diagnóstico de la capacidad resolutoria de la Comisión, indican que las acciones fundamentales de la Comisión se encuentran en el campo de la resolución de conflictos entre usuarios y prestadores de servicios médicos.

De manera que puede afirmarse que la CONAMED cumple con el objeto que explícitamente le indica su DC, y que su estructura orgánica y operación son congruentes con la necesidad de alcanzar dicho propósito.

Aunque es imposible medir el impacto de esta actividad en el abatimiento de los conflictos médicos atendidos por las vías jurisdiccionales, la judicialización de las controversias entre médicos y pacientes en las últimas décadas muestra un crecimiento menor que el esperado en comparación con el mismo proceso observado en los Estados Unidos de América, por lo menos aparentemente. Además de constituir una vía mucho más rápida, expedita y sencilla para la solución de este tipo de problemas, los costos económicos de la resolución alternativa de conflictos son mucho menores que los de la vía judicial. En la CONAMED la atención es gratuita. En este sentido, la relevancia social de la Comisión parece incuestionable.

Lo anterior, sin embargo, no necesariamente significa que la Comisión responda cabalmente al espíritu contenido en su DC o a las

¹⁸ Programa de Acción Específico 2007-2012. Fortalecimiento e Innovación de la CONAMED. *Introducción*. Ed. CONAMED, México, 2007. p. 13.

¹⁹ *Op. cit.*, p. 36.

necesidades actuales del país en materia de calidad de la atención y seguridad del paciente, según puede mostrar un análisis de mayor profundidad.

En efecto, el tercer apartado considerativo del Decreto indica que entre los propósitos originales de la CONAMED se encuentra el de contribuir a “tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos”.²⁰

De ser este un propósito de cumplimiento obligado por parte de la CONAMED, el juicio señalado antes se modifica sustancialmente, pues tal propósito no encuentra correspondencia con las actividades que en este momento desarrolla la Comisión. En los párrafos siguientes se ofrecen cuatro argumentos acerca de esta posible falta de congruencia entre el *quehacer* de la Comisión y el espíritu que se percibe en su DC.

- A. El considerando original establece que la CONAMED debe contribuir a tutelar el DPS. La frase “contribuir a tutelar”, indica que la acción se comparte con otras instituciones; sin embargo, *de facto* el tutelaje del DPS como tal no es una labor sustantiva de ninguna institución en el país. Más claramente, el DPS en México carece, en la actualidad (independientemente de lo establecido en el DC de la CONAMED) de una institución específica encargada de procurarlo y tutelarlos.
- B. En segundo lugar, entre los objetivos y la misión manifestados en el PAE no figura ninguna alusión relativa al propósito de la CONAMED en materia de tutela del DPS. Atendiendo a la definición de “misión” que la propia CONAMED ofrece en su glosario de términos de planeación estratégica, en ella se describe el propósito fundamental y

la razón de existir de la dependencia.²¹ La misión actual de la CONAMED no contempla la tutela del derecho a la protección de la salud y privilegia en cambio, su papel como medio alternativo de solución de conflictos. Esta situación es evidente, no sólo a la letra, sino también en la práctica, ya que en la Comisión no existe un área encargada de la tutela del DPS, ni programas o líneas de acción potencialmente encargados de ella.

- C. En tercer lugar el propósito, objetivos, misión y visión contienen elementos señalando que la CONAMED debe mejorar y promover la calidad en la prestación de los servicios de salud con el fin de garantizar la seguridad del paciente. Sin embargo, el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud faculta con las atribuciones adecuadas para esta materia a otra dependencia: la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES). De acuerdo con ello, la Comisión no es un organismo con atribuciones legales para generar políticas y lineamientos en materia de calidad que deban ser observados por las instituciones de salud. La Comisión, en relación con la calidad de la atención médica, emite en cambio “recomendaciones”, semejantes a textos monográficos escritos con fines de divulgación acerca de la correcta atención de algunos padecimientos y de la manera adecuada de llevar a cabo ciertos procedimientos del área médica o de enfermería.²² Estas publicaciones no son determinantes para mejorar la calidad en la prestación de los servicios, pues no tienen carácter normativo, ni son de

²⁰ Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Diario Oficial de la Federación*. Primera sección. 3 de junio de 1996. Tercer “considerando”.

²¹ Programa de Acción Específico 2007-2012. Fortalecimiento e Innovación de la CONAMED. Introducción. Ed. CONAMED, México, 2007. p. 65.

²² Entre estas recomendaciones se encuentran las Recomendaciones Específicas para Mejorar la Atención Médica en Pacientes con Miomatosis Uterina; las Recomendaciones Dirigidas a los Pacientes que Requieren Cirugía para Mejorar la Relación con su Médico; las Recomendaciones Específicas para la Atención del Paciente con Esguinces en Extremidades, y algunas más especializadas, como la del Acto Médico o sobre la *Lex Artis Ad Hoc*, por ejemplo.

observancia obligatoria para los prestadores de servicios médicos.

- D. En cuarto y último lugar, como integrante del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) a la CONAMED le corresponde la protección del usuario.²³ La Visión propuesta para la Comisión refuerza esta idea al señalar que ella debe ser generadora de políticas al respecto. El mecanismo con el que la Comisión puede desempeñar esta tarea es el Modelo de Atención de Inconformidades, es decir, mediante la orientación, la gestión inmediata, la asesoría especializada, la conciliación, el arbitraje y la gestión pericial.²⁴ Sin embargo, las limitaciones jurídicas de estos procesos —de manera especial el hecho de que en ellos no existan sujetos obligados, ni físicos ni morales²⁵— impiden que la CONAMED pueda cumplir con esta tarea.²⁶ De hecho, los prestadores de servicios médicos acuden a dirimir las quejas interpuestas de manera voluntaria y no porque exista una obligación de por medio.²⁷ Bajo las condiciones actuales, es claro que la CONAMED no puede influir significativamente en la definición de las políticas del país en materia de calidad de la atención.

Por otro lado, durante el taller de Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas realizado con personal de la CONAMED, se diagnosticaron problemas de naturaleza muy semejante a la de los planteados por los expertos externos.

²³ Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Diario Oficial de la Federación*. Primera sección. 3 de junio de 1996. p. 23.

²⁴ Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Diario Oficial de la Federación*. Primera sección. 3 de junio de 1996. p. 27.

²⁵ Naturaleza Jurídica de la CONAMED, de esta misma evaluación, específicamente “Naturaleza jurídica de sus procedimientos”.

²⁶ En este sentido, la CONAMED no cuenta con un marco normativo para la protección del usuario.

²⁷ Naturaleza Jurídica de la CONAMED, de esta misma evaluación, específicamente “Naturaleza de las disposiciones que rigen a las instituciones de los órganos de tutela de los derechos humanos”.

Entre estos problemas destacan la limitada capacidad jurídica de la Comisión, especialmente en materia de obligatoriedad de comparecencia de las instituciones que enfrentan quejas en la Comisión; la limitada difusión del Modelo Mexicano de Arbitraje Médico, cuyo impacto es limitado en las comisiones estatales de arbitraje; la falta de reconocimiento de la Comisión como perito especializado en materia de controversias médicas por los órganos de impartición y procuración de justicia; el escaso conocimiento de la existencia y funciones de la CONAMED por las instituciones de salud y la población general; así como la necesidad de mejorar el funcionamiento de algunas áreas internas de la Comisión, como la de informática y la de difusión. Para atender estas limitaciones se propuso evaluar las siguientes tareas:

1. Evaluar la conveniencia de cambiar el estatus jurídico de la CONAMED, dotándola de mayor autonomía.
2. Fortalecer el Modelo Mexicano de Arbitraje Médico para constituirlo como órgano rector del arbitraje médico en México y a escala internacional.
3. Buscar el reconocimiento de la competencia de CONAMED por los órganos de impartición y procuración de justicia nacionales.
4. Fortalecer las bases de coordinación con las diversas instituciones de salud.
5. Fortalecer y mejorar la difusión de los servicios ofrecidos por la CONAMED.
6. Garantizar la continuidad de los proyectos institucionales a pesar de los cambios administrativos y las restricciones financieras y normativas.
7. Estimular al personal para mantener la especialización y el compromiso.
8. Fortalecer los canales de comunicación interna institucional.

La relación de dependencia que guarda la Comisión con la Secretaría de Salud —que es una consecuencia natural de su estatus jurídico como Órgano Desconcentrado (OD) de la Secretaría de Salud— influye decisivamente en su desempeño, en especial en la falta de

continuidad de los trabajos y proyectos que emprende.²⁸ De igual forma, podría parecer que la Comisión funge como juez y parte en los procesos de resolución de quejas, haciendo que su credibilidad e imagen pública se vean afectadas y se desdibuje su figura como un organismo imparcial.

Por otra parte, aunque la Comisión tiene plena autonomía técnica, su estatus jurídico no le permite destinar sus recursos económicos como mejor le conviene, de suerte que áreas que necesitan mayores recursos se ven limitadas en su funcionamiento. Por ejemplo, la Comisión requiere fortalecer sus labores de difusión para que la población en general tenga conocimiento de que existe un organismo que recibe y atiende las quejas de los usuarios de servicios médicos. La falta de recursos económicos limita las labores de difusión y la Comisión tiene graves problemas para derivar a este campo recursos de otras áreas. Un ejemplo semejante se encuentra en el área de informática.

Otro problema que presenta la Comisión en detrimento de su función como medio alternativo de resolución de controversias es el tiempo de duración del proceso de arbitraje en su etapa resolutoria, que parece extremadamente largo.

En lo que respecta a la presencia de obstáculos que podrían considerarse externos, destaca que, aunque más del 60 por ciento de los casos que atiende la Comisión provengan del IMSS, esta institución no admite que un órgano externo resuelva las controversias suscitadas entre sus médicos y pacientes, y no se someta al arbitraje de la CONAMED. Esta situación entorpece enormemente la labor de la Comisión, en la medida en que los casos del IMSS no siempre completan el proceso arbitral en detrimento de los usuarios de esta institución de seguridad social.

Otro problema se refiere a la confidencialidad de la información de los usuarios de la

CONAMED. Esta puede verse afectada debido a que la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental señala que la información de instituciones como la CONAMED debe ser pública. Aunque de ello no se deriva que la información personal de los usuarios pueda ser tratada de ese modo, se han presentado dificultades cuando el IFAI ha solicitado este tipo de datos. Ante ello es necesario que exista un sistema de manejo de los expedientes para clasificarlos, reservarlos o liberarlos, según los propios lineamientos del IFAI, resguardando de esa forma la confidencialidad de la información de los usuarios.

²⁸ Resultados del Taller FODA realizado con mandos medios de la CONAMED. 27-28 de agosto de 2009.

TERCERA PARTE

PERSPECTIVAS DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Es posible prefigurar escenarios futuros en los que las inconsistencias señaladas en el apartado anterior se subsanen. Estos escenarios se desarrollados en forma de opciones contrapuestas.

La primera opción buscaría acotar los propósitos y funciones de la CONAMED, reduciendo su ámbito de actuación a la resolución de controversias, dotándole de los medios necesarios y mejorando los instrumentos que requiere para realizar con eficacia y efectividad esta tarea. Con esta decisión se buscaría fortalecer las actividades que actualmente lleva a cabo la Comisión, llevándolas al grado de excelencia, aún sin ganar autonomía.

La segunda opción gravitaría en torno a incorporar la tutela del DPS entre las funciones sustantivas de la Comisión. Para ello requeriría hacer modificaciones jurídicas y estructurales que le permitan mayor autonomía y facultades de actuación. A continuación se desarrollan los argumentos y características específicas de ambos escenarios.

Escenarios de desarrollo para la CONAMED

Circunscribir a la CONAMED a la resolución alternativa de conflictos

La vocación de la Comisión hacia la solución alternativa de controversias entre prestadores y usuarios de los servicios médicos constituye su principal fortaleza. Aprovechando esta propensión, y dada la dificultad que con su estructura y atribuciones actuales tendría para tutelar efectivamente el DPS, la Comisión podría ocuparse única y exclusivamente a resolver los conflictos suscitados entre usuarios y prestadores de servicios, dejando para otra institución —tentativamente a la Comisión Nacional de Derechos Humanos

(CNDH)— las tareas en torno a la tutela del DPS.

Al concentrar sus esfuerzos en la resolución alternativa de conflictos médicos la CONAMED podría detener con mayor eficacia la judicialización de este tipo de problemas, aportando al país un beneficio todavía mayor al que ya ofrece.

Esta opción no requiere transformar la naturaleza jurídica de la Comisión, pues es posible alcanzarla robusteciendo sus facultades actuales. Lograr este escenario solamente requiere realizar reformas menores al DC.

No obstante, esta decisión implicaría dejar de lado el impulso de políticas concernientes a la calidad de los servicios médicos y la seguridad del paciente. Aunque la CONAMED podría diagnosticar, mediante el análisis de las quejas médicas, las principales deficiencias e irregularidades en la prestación de los servicios de salud, únicamente informaría sobre su distribución y frecuencia a la DGCE, para que ésta fuera quien adoptara las medidas pertinentes para prevenirlas.

Por otra parte, aunque la Comisión limitara sus funciones a la resolución de controversias, requiere fortalecer sus procedimientos para lograr un óptimo desempeño. En primer lugar, la Comisión debe actualizar y aumentar los convenios de colaboración con las instituciones de servicios médicos a fin de que la atención de sus usuarios sea efectiva. En particular es necesario incorporar al Instituto Mexicano del Seguro Social a los procesos de arbitraje, a los que esta institución no se somete argumentando la prelación de la Ley del IMSS sobre el DC de la CONAMED.

En segundo lugar parece necesario fortalecer el proceso de resolución de controversias mediante la creación de facultades coercitivas, pues la conciliación y el arbitraje requieren que los prestadores de servicios comparezcan necesariamente ante la Comisión cuando se haya interpuesto una queja.

En resumen, aun dedicándose exclusivamente a la solución alternativa de controversias entre

usuarios y prestadores de servicios de salud, la CONAMED requiere ampliar sus atribuciones y fortalecer sus instrumentos jurídicos actuales, pues para cumplir plenamente con este propósito todas las instituciones del sector salud deben aceptar el papel de la Comisión como árbitro legítimo, convirtiendo a los participantes del proceso arbitral en sujetos jurídicamente obligados.

Es necesario terminar señalando que este primer escenario parece bastante limitado para las necesidades actuales de la Comisión y sus usuarios. La Comisión requiere modificarse para ser capaz de tener mayor incidencia en la calidad de los servicios de salud y para que las funciones que lleva a cabo puedan contribuir con este objetivo.

Conferir a la CONAMED mayor autonomía

Con motivo de la ausencia de un organismo encargado de la defensa del DPS, la CONAMED podría intentar convertirse en el organismo dedicado a tutelar este derecho en México. Esta decisión, empero, requeriría de modificaciones significativas por parte de la Comisión, a fin de obtener mayor autonomía y adecuar su estructura orgánica para responder a este nuevo propósito.

Si decidiera asumir explícitamente la tutela del DPS como una de sus actividades fundamentales, la Comisión tendría que transformar su naturaleza jurídica buscando convertirse en alguno de dos posibles tipos de organismos públicos: el primero sería un *Organismo Público Descentralizado* (OPD), y el segundo un *Organismo Público Autónomo* (OPA).

La CONAMED como OPA

Inicialmente, los expertos consideraron factible la transformación de la CONAMED en un organismo público del segundo tipo, es decir, un OPA, ampliando al máximo sus facultades y atribuciones en materia de autonomía jurídica. No obstante, un análisis de mayor profundidad muestra que para alcanzar la autonomía y

atribuciones jurídicas que la Comisión requiere no es indispensable transformarla en un organismo tipo OPA. De hecho, conseguir al paso a este tipo de organismo es un proceso muy complicado, que requiere de una reforma constitucional, con la aprobación de dos terceras partes del Congreso de la Unión y la ratificación de dos terceras partes de los congresos estatales. Un escenario de autonomía máxima implica, además, una redistribución del presupuesto que es difícil de efectuar. La dificultad para transitar de OD dependiente de la Secretaría de Salud a un OPA es de tal magnitud que esta propuesta debe ser planteada con mucha cautela.²⁹

La CONAMED como OPD

Frente a la posibilidad de transformar a la Comisión en un OPA, la descentralización aparece como un proceso mucho más factible, que requiere de la emisión de una ley que puede ser emitida por el Ejecutivo Federal o el H. Congreso de la Unión.

Los OPD poseen autonomía técnica y orgánica. El reconocimiento de la primera implica el no sometimiento del organismo a las reglas de gestión administrativa y financiera aplicables a los servicios centralizados del Estado, mientras que la autonomía orgánica se traduce en la especial organización interna del organismo, que puede permitirle incluso, en el caso extremo, el autogobierno.³⁰

Por estas razones, para el segundo escenario se propone la transformación de la CONAMED en un OPD.

Las facultades, atribuciones y constitución de un OPD se comentan en el diagnóstico de la *Naturaleza Jurídica* de la CONAMED y se detallan en un anexo especial. En este lugar se

²⁹ A pesar de ello debe señalarse que, como Organismo Público Autónomo, la CONAMED tendría muchas ventajas: i) plena autonomía jurídica, convirtiéndola en un ente totalmente imparcial; ii) posibilidad de que su Comisionado Nacional sea de profesión diferente a la médica, colocándola como un organismo con visión social, y iii) posibilidad no sólo de influir sobre las políticas de salud, sino de determinarlas. En este escenario, los casos de índole médica que actualmente atiende la CNDH tendrían que pasar a la jurisdicción de la CONAMED.

³⁰ José de Jesús Gudiño Pelayo, *Introducción al amparo mexicano*, 3ª edición, Noriega Editores, México, 1999. p. 503.

expondrán únicamente las ventajas y limitaciones que tendría la CONAMED si se desarrollara dentro del marco jurídico de un OPD.

En primer término es necesario señalar que, como OPD, la Comisión guardaría una relación de subordinación con el Poder Ejecutivo Federal. Entre los aspectos más relevantes destaca el hecho de que su Comisionado sería nombrado por el Presidente de la República, de quien dependería en forma directa y quien tendría la atribución de removerlo libremente.

Entre las principales ventajas de los OPD se encuentra su reconocimiento como instituciones que tutelan el interés general, que realizan actividades que competen al Estado (y no necesariamente al gobierno), que poseen personalidad jurídica, patrimonio propio y ley orgánica específica, la que regula su personalidad, patrimonio, denominación, objeto y actividad. Naturalmente, poseen plena autonomía técnica, administrativa y financiera. Como se ha señalado, jerárquicamente dependen del Ejecutivo Federal y son parte de la Administración Pública.

Es evidente que como OPD la Comisión realizaría sus actividades dentro de los límites impuestos por su dependencia del Ejecutivo Federal, pero ganando suficiente autonomía jurídica y administrativa para atender con mayor efectividad los conflictos en la prestación de servicios de salud y, eventualmente, asumir la tutela del DPS.

Naturalmente, si la CONAMED decidiera asumir la responsabilidad de tutelar el DPS, tendría que modificar sus estrategias de acción orientando sus esfuerzos a modificar el contexto en el que se generan las quejas, a saber:

- i) la estructura de los servicios;
- ii) el funcionamiento de las instituciones de salud, y
- iii) las políticas en materia de acceso, calidad y seguridad de los usuarios.

Con mayores atribuciones legales la Comisión tendría un papel preventivo más efectivo, anticipándose a la aparición de conflictos entre

los usuarios de los servicios de salud y sus prestadores, mediante acciones capaces de lograr amplio impacto sobre las políticas públicas en materia de servicios de salud.

En este mismo sentido, las recomendaciones de la Comisión deberían adquirir un carácter semejante a las que emiten las Comisiones de Derechos Humanos, las cuales, una vez aceptadas, son de cumplimiento obligatorio. Con ello las instituciones de salud tendrían la obligación de observar los lineamientos en materia de procedimientos médicos seguros,³¹ atender las recomendaciones en materia de acceso y seguridad de los pacientes, y mejorar paulatinamente la calidad de los servicios que prestan.³²

Para aumentar el impacto de las recomendaciones e influir decisivamente en la calidad de los servicios de salud, también sería deseable que la Comisión tuviera la facultad de auditar y sancionar a aquellos hospitales y centros de salud que incumplan con las normas establecidas en las recomendaciones.³³

Como medida de resguardo de los derechos del usuario, durante el proceso arbitral sería necesario que la comparecencia del prestador de servicios médicos frente a la CONAMED sea obligatoria, en los casos en los que la inconformidad cumpla con los criterios para ser catalogada como queja.³⁴

Las resoluciones del proceso arbitral también deberían ser de cumplimiento obligatorio; es decir, los prestadores de servicios médicos tendrían que asumir su responsabilidad en todos aquellos casos en los que la Comisión documentare mala práctica.³⁵

Por las razones anteriores es probable que, a estas alturas de su desarrollo, sea necesario

³¹ Director General de Difusión. Entrevista realizada el 31 de agosto de 2009.

³² Subcomisionado Médico. Entrevista realizada el 26 de agosto de 2009.

³³ Director General de Difusión. Entrevista realizada el 31 de agosto de 2009.

³⁴ Director General de Arbitraje y Directora General de Conciliación. Entrevistas del 26 de agosto de 2009.

³⁵ Subcomisionado Médico. Entrevista realizada el 26 de agosto de 2009.

evaluar la necesidad de ampliar la autonomía orgánica de la CONAMED.

Las facultades que la CONAMED ganaría con una ampliación de su autonomía orgánica podrían ser las siguientes:

1. Podría contar con su propia ley, que podría denominarse *Ley para la Atención de la Queja Médica*, o *Ley de la Comisión de Arbitraje Médico*, por ejemplo.
2. Contaría con personalidad jurídica y patrimonio propios.
3. Decidiría soberanamente la distribución más conveniente de sus recursos.
4. Podría hacer recomendaciones de mayor impacto, semejantes a las que emiten los organismos de tutela de derechos humanos.
5. Podría influir significativamente en las políticas de salud, mediante recomendaciones y auditorías.
6. Podría obligar a todos los prestadores de servicios médicos a comparecer en los procesos arbitrales.
7. Podría realizar procesos de gestión inmediata de cumplimiento obligatorio.
8. Podría convertirse en organismo rector del arbitraje médico y la tutela del DPS en México, en especial frente a las comisiones estatales de arbitraje médico y las de derechos humanos.

Por su preeminencia jurídica, es probable que entonces el primer objetivo de la Comisión deba ser la tutela del DPS y, de manera complementaria, la solución de controversias entre los prestadores y usuarios de los servicios de salud. Es necesario definir claramente esta situación pues la priorización de objetivos determinaría las estrategias y estructura final que la Comisión tendría que adoptar. Debe reconocerse que actualmente la CONAMED contribuye a tutelar el DPS en forma secundaria y la modificación de sus objetivos implica una transformación profunda de la lógica institucional con la que ahora funciona.

Los objetivos estratégicos que permitirían contribuir a tutelar el DPS y paralelamente contribuir a solucionar las controversias suscitadas en el ámbito de la prestación de servicios podrían ser los siguientes:

1. Fortalecer la participación de la CONAMED en la resolución no jurisdiccional de controversias suscitadas entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios.
2. Garantizar a mediano plazo el cumplimiento del DPS mediante la emisión de dictámenes y recomendaciones en materia de políticas referidas al acceso y calidad de los servicios de salud, así como a la seguridad del paciente, y
3. Posicionar a la CONAMED, en el largo plazo, como la institución de la sociedad encargada de la tutela del DPS en México.

Las estrategias y programas correspondientes a cada uno de estos propósitos están planteados en los cuadros de resumen que se presentan enseguida.

Tabla 1.1. Estrategias y programas propuestos para garantizar el cumplimiento efectivo del DPS mediante la emisión de resoluciones y recomendaciones en materia de políticas de salud referidas al acceso y calidad de los servicios, así como a la seguridad del paciente

Estrategias	Programas y acciones estratégicas
1.1. Reformar el marco jurídico de la CONAMED para fortalecer su autonomía y la eficacia de sus resoluciones y recomendaciones.	1.1.1. Alcance de autonomía. 1.1.2. Alcance de fuerza normativa. 1.1.3. Fortalecimiento de las figuras procesales, con eliminación de los procesos discrecionales. Capacidad y obligatoriedad de emitir opiniones técnicas en caso de negativa de los prestadores de servicios médicos a suscribir el compromiso arbitral. 1.1.4. Fortalecimiento de las recomendaciones de interés público. 1.1.5. Emisión de medidas precautorias frente a daños irreparables.
1.2. Desarrollar investigaciones que fortalezcan la capacidad resolutoria de la CONAMED.	1.2.1. Investigación para retroalimentar los procesos sustantivos.
1.3. Fortalecer la gestión pericial como medio de apoyo a las instancias judiciales.	1.3.1. Establecer convenios con autoridades de procuración de justicia. 1.3.2. Establecer convenios con las instituciones de salud, públicas y privadas.
1.4. Fortalecer la capacidad de investigación de oficio de hechos probablemente constitutivos de violaciones al derecho de protección a la salud.	1.4.1. Identificación de hechos presuntivos de violación del derecho a la protección de la salud. 1.4.2. Monitorización de hechos públicos.

Tabla 1.2. Estrategias y programas planteados para contribuir a la resolución no jurisdiccional de controversias suscitadas entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios. Fortalecer los procesos institucionales relacionados con el arbitraje médico

Estrategias	Programas y acciones estratégicas
2.1. Fortalecer los mecanismos y disposiciones reglamentarias que favorezcan el arbitraje y salvaguarden los derechos de las personas a la protección de su salud.	2.1.1. Fortalecimiento de los procedimientos de conciliación y arbitraje.
2.2. Consolidar la coordinación con las instituciones prestadoras de servicios de salud.	2.2.1. Establecimiento de convenios de colaboración para la atención y resolución oportuna, expedita y sencilla de controversias. 2.2.2. Coordinación de vínculos entre los sistemas de información institucionales a fin de identificar los universos de atención correspondientes a cada instancia.
2.3. Mejorar el proceso de atención y resolución de controversias.	2.3.1. Formación y capacitación continua del personal para la atención de controversias. 2.3.2. Intercambio de experiencias especializadas en el proceso arbitral. 2.3.3. Creación de sistemas de mejora continua del proceso arbitral.
2.4. Colaborar en el desarrollo y fortalecimiento de las comisiones estatales.	2.4.1. Fortalecimiento de los programas de automatización de los sistemas informáticos y de los procesos sustantivos en las comisiones estatales.

Tabla 1.3. Estrategias y programas planteados para posicionar a la CONAMED como la institución de la sociedad encargada de la tutela el DPS

Estrategias	Programas o acciones estratégicos
3.1. Fortalecer la imagen pública de la CONAMED y dar a conocer la trascendencia política y el efecto de consolidación del Estado mexicano con su nuevo papel.	3.1.1. Fortalecimiento de la mejora de la imagen pública de la CONAMED mediante el programa de encuestas de opinión e indicadores. 3.1.2. Fortalecimiento del programa de Comunicación Social.
3.2. Desarrollar el Modelo Nacional para la Tutela del derecho a la protección de la salud.	3.2.1. Elaboración de una estrategia orientada a incorporar a la CONAMED como vocal titular del Consejo de Salubridad General. 3.2.2. Elaboración de una estrategia orientada a incorporar a la CONAMED como invitado permanente en el Consejo Nacional de Salud. 3.2.3. Elaboración de un programa de reuniones nacionales y regionales de evaluación del Modelo Nacional para la Tutela del Derecho a la Protección de la Salud.
3.3. Fortalecer el conocimiento sobre el Derecho a la Protección de la Salud entre las poblaciones más vulnerables del país.	3.3.1. Elaboración de un programa de comunicación mediante estrategias comunicacionales (mensajes visuales, acústicos y conceptuales) apropiadas a las principales situaciones sociales, culturales y económicas del país.
3.4. Ciudadanizar los órganos consultivos de la CONAMED.	3.4.1. Incorporación explícita de organizaciones civiles y personas destacadas en la defensa del derecho a la protección de la salud.

Finalmente se presentan las propuestas de mejora surgidas del taller de análisis FODA, que fortalecen los objetivos estratégicos planteados

como medio para cumplir los propósitos originales del Decreto de Creación de la Comisión.

Tabla 1.4. Propuestas de mejora surgidas del taller de Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas sobre la CONAMED

TEMA	PROPUESTA DE MEJORA
1. Estatuto de la CONAMED .como un organismo público	✓.Evaluar la conveniencia de dotar a la CONAMED de mayor autonomía y personalidad jurídica propia. ✓En su caso, diseñar, proponer y gestionar una iniciativa ante el H. Congreso de la Unión.
2. .Fortalecer el Modelo Mexicano de Arbitraje Médico para constituirlo como guía rectora del arbitraje médico en México.	✓Partiendo del Modelo Mexicano de Arbitraje Médico y del personal experto y comprometido con el que se cuenta, diseñar, proponer y gestionar nuevas atribuciones para la CONAMED ante el Consejo Mexicano de Arbitraje Médico.
3. Reconocimiento de la competencia de CONAMED por los órganos de impartición de justicia.	✓Diseñar, proponer y gestionar la inclusión de un prerrequisito procesal o requisito procedimental para que la CONAMED conozca de todas las quejas médicas, con base en la autoridad moral y técnica y la gratuidad de los servicios.. Esta estrategia requeriría la ampliación y fortalecimiento de la plantilla técnica y administrativa de la CONAMED.
4. Papel de la Comisión como legítimo árbitro en materia de controversias médicas	Establecer un acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social a fin de que acepte someter sus casos al arbitraje de la Comisión.

5. Difusión de la CONAMED	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ampliar la difusión de los servicios de la CONAMED en los medios de comunicación. ✓ Gestionar recursos para anuncios publicitarios en prensa, radio y televisión. ✓ Diseñar y distribuir una mayor cantidad de materiales de difusión. ✓ Establecer acuerdos y convenios interinstitucionales para desarrollar estrategias de difusión dirigidas a instituciones y profesionales de la salud, instituciones formadoras de recursos humanos en salud y derecho, y a la sociedad en general.
6. Continuidad de los proyectos institucionales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Integrar un programa rector de mediano plazo en el que intervengan tanto personal directivo como operativo. ✓ Establecer un mecanismo de toma de decisiones colegiadas para mejorar los procesos y fortalecer el Modelo de Arbitraje Médico. ✓ Flexibilizar la toma de decisiones rápidas e interactivas.
7. Fortalecer las bases de coordinación con las diversas instituciones de salud.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Actualizar las bases de colaboración con las instituciones prestadoras de servicios de salud a fin de disminuir los plazos de atención de inconformidades y ampliar la efectividad de las gestiones de la Comisión.
8. Personal de CONAMED	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estructuración de un programa de incentivos, fundamentado en la disposición y compromiso de los trabajadores de la CONAMED y con académicos y económicos y en la distribución de actividades y funciones.
9. Canales de comunicación interna institucional.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fortalecer los canales de comunicación vinculados a los procesos para hacerlos flexibles, ágiles y expeditos. ✓ Programar reuniones periódicas para comentar y resolver casos específicos y establecer mejoras a los procedimientos de atención de queja.

CUARTA PARTE

CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL

La evaluación del modelo de atención de inconformidades que actualmente desarrolla la Comisión muestra que, en general, éste es bastante congruente con sus objetivos institucionales. Las líneas de acción, los programas y metas de la Comisión se derivan claramente de sus objetivos estratégicos, y su estructura orgánica responde a sus responsabilidades en materia de atención de controversias en el ámbito de la prestación de servicios médicos.

Sin embargo, el análisis situacional indica que en la Comisión existen espacios de debilidad jurídica que impiden cumplir cabalmente con los propósitos planteados en su DC.

Las condiciones de debilidad jurídica bajo las que opera la Comisión hacen indispensable plantear ajustes de distinta magnitud. Destacan la falta de obligatoriedad de comparecencia de las instituciones que enfrentan quejas en la Comisión; la negativa de algunas para someterse al proceso arbitral (destacando el IMSS como la institución que más quejas recibe sin someterse a este proceso); y la falta de reconocimiento de la Comisión como perito especializado en materia de controversias médicas por los órganos de impartición y procuración de justicia.

Desde el punto de vista estrictamente operativo destacan la limitada difusión del Modelo Mexicano de Arbitraje Médico; la casi nula difusión de la CONAMED entre la población general; y la necesidad de estandarizar en el corto plazo el sistema de información en todas las áreas.

A fin de fortalecer a la institución, se plantean algunos posibles escenarios de desarrollo para la Comisión que corresponden, respectivamente: i) a su fortalecimiento como entidad dedicada centralmente a la resolución

de controversias, o ii) a su transformación en un organismo que incorpore plenamente en sus objetivos la tutela del DPS, lo que implica mayor autonomía e independencia.

El examen de los argumentos expuestos en ambos sentidos no admite duda acerca de que una mayor autonomía permitiría a la Comisión tutelar con mayor efectividad el DPS, pero existen divergencias en la interpretación de lo que sería la función tutelar. Para algunos expertos la tutela del DPS significa asumir el papel de *Ombudsman* de la salud, desplegando acciones encaminadas a garantizar que las políticas de salud procuren el acceso a la salud de todos los mexicanos; a investigar las presuntas violaciones a este derecho, y a promover la presencia de servicios médicos con altos niveles de calidad y seguridad para el paciente. Estas funciones no se contraponen a la resolución paralela de controversias médicas.

Otra postura considera que la tutela del DPS no puede ser responsabilidad de una sola institución, y que el papel de la CONAMED es contribuir a esta tutela desde el ámbito de su propia especialidad, es decir, a partir de la resolución efectiva de conflictos suscitados en el ámbito de la atención médica, en donde no hay otra entidad que conjunte las perspectivas médica y jurídica. En este sentido, la autonomía podría mejorar las funciones actuales de la CONAMED, al permitir que sus resoluciones tuvieran mayor fuerza y fueran ejecutadas a cabalidad.

Una posición consecuente con ambas posturas tendría que considerar que las transformaciones institucionales son parte de procesos estratégicos que pueden alcanzar metas parciales en distintos plazos, diseñando funciones crecientemente complejas para la CONAMED hasta convertirla, si fuese el caso, en un organismo con plenas atribuciones de *Ombudsman* de la salud.

La etapa que podría alcanzarse en este momento es la de Organismo Público

Descentralizado de la Administración Pública Federal, con atribuciones y funciones que combinen la resolución efectiva de controversias entre usuarios y prestadores de servicios de salud y la creciente tutela del DPS, específicamente en el ámbito de la evaluación y el monitoreo de las políticas públicas que conciernen al acceso y calidad de los servicios y la seguridad de los pacientes.

En una etapa posterior la CONAMED podría transformarse en un OPA. Un proceso semejante tiene precedentes en la administración pública federal, pues ha sido el camino seguido por la CNDH. No obstante, el examen de las condiciones políticas del país indica que por ahora el alcance de esta etapa no es factible en los próximos años.

Finalmente, aunque no existe una evaluación rigurosa del desarrollo de las comisiones estatales de arbitraje médico y las comisiones correspondientes de derechos humanos, debe contemplarse que si éstas llegaran a adquirir mayores recursos, autonomía y capacidad operativa, el mantenimiento de la situación actual de la Comisión podría traducirse a mediano plazo en una reducción real de su margen de acción, convirtiéndose en una instancia dedicada a la atención de quejas de usuarios de los servicios de salud de la zona metropolitana del Valle de México.

2. Naturaleza Jurídica



PRIMERA PARTE

OBJETIVOS DEL DIAGNÓSTICO JURÍDICO y RESUMEN METODOLÓGICO

I. Objetivos

General

Examinar la situación en la que se desenvuelven las funciones de la CONAMED, identificando sus fortalezas y debilidades estructurales desde el punto de vista jurídico. Esta situación jurídica se analiza a la luz de la experiencia comparada de instituciones similares tanto de carácter médico como de aquellas que tutelan los derechos humanos en México.

Específicos

- a) Identificar los principales objetivos planteados en diseño jurídico tanto de la CONAMED como de sus procedimientos.
- b) Identificar las fortalezas y debilidades jurídicas que se desprenden del diseño estructural vigente, como naturaleza jurídica, autonomía y diseño de procedimientos.
- c) Identificar, con base en el derecho comparado, la situación de la CONAMED en el contexto de instituciones similares en el ámbito médico que funcionan en México.
- d) Identificar a la luz de la experiencia del derecho comparado, la situación de la CONAMED en el contexto de otras instituciones de tutela de derechos humanos en México.

II. Resumen metodológico

Para identificar los elementos jurídico-estructurales presentes en el diseño y funcionamiento actual de la CONAMED se llevaron a cabo:

- i) un análisis de dogmática jurídica (es decir, del marco jurídico nacional vigente);
- ii) un análisis del cuerpo doctrinal en el que se sustentan los modelos presentes en el marco jurídico de la CONAMED (*mecanismos de*

justicia alternativa [MJA], por un lado, y *organismos especializados de carácter no jurisdiccional de protección de los derechos humanos* [OEPDH], por el otro); y

iii) un análisis comparado con otras instituciones mexicanas cuyos propósitos son semejantes a los de la CONAMED, tanto en el campo de la salud como en el de 31a protección de los derechos humanos.

Para la realización de los dos primeros análisis se propusieron algunas hipótesis a demostrar.

1. La primera se refiere a la naturaleza teórica de la Comisión: sostenemos que la CONAMED fue posee características propias de los denominados MJA y sólo algunos rasgos secundarios propios de los OEPDH.

2. En la segunda hipótesis afirmamos que la naturaleza jurídica de la CONAMED (su carácter de órgano desconcentrado dependiente de la Secretaría de Salud) limita considerablemente su autonomía.

3. La tercera sostiene que no son claras las figuras de “usuario-prestador” y “médico-paciente”, lo que impide determinar la naturaleza jurídica de los sujetos como *sujetos obligados*.

4. La cuarta hipótesis se refiere a la naturaleza de los procedimientos utilizados por la Comisión. Ésta utiliza dos categorías de procedimientos: la primera responde a la lógica del derecho privado (conciliación y arbitraje), y la segunda a la lógica del interés común (emisión de opiniones técnicas, orientación, asesoría y gestión).

5. Finalmente, la última hipótesis sostiene que la tutela del Derecho a la Protección de la Salud (DPS) por la CONAMED es limitada, y que sus atribuciones legales y la fuerza de sus resoluciones no son el marco óptimo para la protección de este derecho.

SEGUNDA PARTE

ESTRUCTURA JURÍDICA DE LA CONAMED

La CONAMED fue establecida mediante decreto del titular del Poder Ejecutivo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 3 de junio de 1996.³⁶

Esta institución originalmente fue creada como un “órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con plena autonomía técnica para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos”. Además, se determinó como su objeto principal el “contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios.”³⁷

El apartado considerativo del DC de la CONAMED identificó, de manera adicional, las siguientes razones para el establecimiento de este organismo:

- a) Mejorar la calidad de los servicios médicos a través de la reestructuración de las instituciones.
- b) La protección, promoción y restauración de la salud de los habitantes del país.
- c) Establecer mecanismos, que sin perjuicio de aquellos de carácter jurisdiccional contribuyan a tutelar el DPS.
- d) Proporcionar tanto a usuarios como a prestadores de servicios médicos un instrumento para dilucidar de buena fe y en forma amigable aquellos conflictos derivados de la prestación de tales servicios.
- e) Aliviar la carga de los órganos jurisdiccionales.
- f) Establecer una instancia especializada que garantice a prestadores y usuarios de los servicios médicos imparcialidad en el

análisis, dictamen y resolución de las controversias que se susciten.

- g) Establecer una entidad administrativa (con autonomía técnica) que pueda recibir quejas, e investigar irregularidades tanto en la prestación como en la negativa de prestación de los servicios médicos.³⁸

En este sentido, y con el propósito de analizar tanto la naturaleza jurídica de dicho organismo como el planteamiento teórico del que se desprende su construcción normativa —y una vez descritas las características generales de dicho instituto y los principales objetivos buscados en su creación— se procederá al análisis particular de sus elementos constitutivos fundamentales.

I. Modelo teórico utilizado para el diseño de la CONAMED

A partir de un análisis integral tanto del apartado considerativo como del cuerpo de los artículos que integran el DC de la Comisión es posible identificar al menos dos vertientes teóricas en las que esta institución se puede inscribir: los MJA y los OEPDH.

Mecanismos de justicia alternativa

El primero de los modelos teóricos utilizados en el diseño de la CONAMED corresponde al de los MJA, establecidos en el contexto de la denominada “justicia alternativa”.³⁹

³⁶ Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Primera Sección, Poder Ejecutivo. Secretaría de Salud. 3 de junio de 1996. p. 78.

³⁷ Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Primera Sección, Poder Ejecutivo. Secretaría de Salud. 3 de junio de 1996. Artículos 2º y 3º.

³⁸ Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Primera Sección, Poder Ejecutivo. Secretaría de Salud. 3 de junio de 1996. p. 78.

³⁹ La incorporación de los *mecanismos alternativos de resolución de conflictos* dentro de los sistemas de justicia responde a un esfuerzo de modernización de la justicia. Las principales justificaciones han sido la descongestión de los tribunales, la mayor celeridad en el conocimiento y resolución de las contiendas y el mejoramiento del acceso a la justicia para las poblaciones. “ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS. *Métodos Alternativos de Resolución de Conflictos en los Sistemas de Justicia de los Países Americanos*. Estudio del abogado especialista Sebastián Cox Urrejola. Oficina del Subsecretario de Asuntos Jurídicos. Subsecretaría de Asuntos Jurídicos. Secretaría General de la Organización de Estados Americanos. Cuarta Reunión de Ministros de Justicia o de Ministros o Procuradores Generales de las Américas. 10 a 13 de marzo de 2002. OEA/Ser. K/XXXIV.4. REMJA-IV/doc.13/02. 21 febrero 2002.

Como puede apreciarse en el apartado considerativo del DC, esta visión fue justificada a través de las siguientes afirmaciones:

- Que es necesario establecer mecanismos que contribuyan a tutelar el DPS, sin perjuicio de aquellos de carácter jurisdiccional.
- Que es pertinente proporcionar tanto a usuarios como a prestadores de servicios médicos un instrumento para dilucidar de buena fe y en forma amigable aquellos conflictos derivados de la prestación de tales servicios, y
- Que es conveniente aliviar la carga de los órganos jurisdiccionales estableciendo una instancia especializada que resuelva de manera imparcial las controversias que se le presenten.

De acuerdo con Salgado Ledesma, la incorporación de los MJA ha sido de gran utilidad ya que “la demora en la resolución de asuntos a cargo de los tribunales, la especificidad y las dificultades técnicas de los juicios y su alto costo, limitan enormemente la posibilidad de los gobernados de ejercitar plenamente sus derechos”.⁴⁰

Según Carlos Tena Tamayo, otro elemento que debe tomarse en consideración como ventaja de los MJA es que “la vía judicial provoca un mayor deterioro en la relación médico-paciente, un médico demandado por esta vía se involucra en una controversia con su paciente, por lo mismo no va a tratar de resolver ésta para llegar a la verdad, aunque no la tenga, ya se encuentra inmiscuido en un litigio y ahora quiere ganar.”⁴¹ En este mismo sentido el autor señala que la judicialización de las controversias médicas motiva una elevación en los costos de la atención médica y que los

profesionales médicos utilicen la denominada “medicina defensiva”.⁴²

En este sentido, los denominados medios, métodos, vías o procedimientos alternativos de solución de conflictos o controversias constituyen una herramienta de enorme utilidad para resolver aquellos problemas cuya solución desea extraerse del ámbito jurisdiccional.⁴³

Organismos especializados de carácter no jurisdiccional de protección de los derechos humanos

El segundo modelo que inspira el diseño institucional de la CONAMED es el que se vincula con los denominados OEPDH.⁴⁴

En este rubro, el Juez de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, Dr. Sergio García Ramírez, ha señalado que la CONAMED funge como una especie de “ombudsman especializado” que milita a favor de la buena prestación de los servicios médicos así como en la protección de los diversos derechos humanos que se vinculan con ellos.⁴⁵

Es importante señalar que aquellas funciones que se vinculan con la tutela efectiva de los derechos humanos se encuentran en el ámbito del interés público, y que no pueden ser limitadas en virtud de la autonomía de la voluntad, que es propia del interés privado.

⁴⁰ Eréndira Salgado Ledesma, *Medios alternos de resolución de controversias, una opción para modernizar la administración de justicia*, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, p. 5.

⁴¹ Carlos Tena Tamayo, “Contexto del Modelo Mexicano de Arbitraje Médico”, *Revista CONAMED*, vol. 7, núm. 2, abril-junio 2002, p. 8 y s.

⁴² Carlos Tena Tamayo, “Contexto del Modelo Mexicano de Arbitraje Médico”, *Revista CONAMED*, vol. 7, núm. 2, abril-junio 2002, p. 8.

⁴³ Estos conceptos son regularmente entendidos como sinónimos. Celia Blanco Escandón, *Nuevas tendencias en el ámbito de la justicia de menores: La mediación víctima-infractor*. III. Congreso Nacional de Mediación y II Congreso Internacional “Encuentro de las Américas” celebrado en Monterrey, Nuevo León, 23 a 27 de septiembre de 2003.

⁴⁴ De acuerdo con la Dra. Eréndira Salgado Ledesma, en virtud de la necesidad de garantizar los derechos de una sociedad cada vez más activa en los reclamos de sus derechos: “fueron creadas algunas instituciones especializadas en la protección y defensa ciudadana, como las procuradurías federales del Consumidor, Agraria, de Protección al Ambiente y de la Defensa del Trabajo; las procuradurías Social del Distrito Federal y de la Defensa del Menor, así como otras más de resolución de controversias sin facultades coercitivas, caso de las comisiones nacionales de Derechos Humanos, de Arbitraje Médico y para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. *Op. cit.*, pp. 5 y 6.

⁴⁵ Sergio, García Ramírez. “La relación médico-paciente: Consenso y conflicto”, *Revista CONAMED*, Vol. 7, núm. 2, abril- junio, 2002. p. 46.

Nadie puede, por ejemplo, renunciar a su libertad y ofrecerse como esclavo argumentando que es su voluntad hacerlo.

La incorporación de instituciones públicas para la tutela de los derechos humanos, en el marco de las relaciones entre contratantes que *de facto* se encuentran en condiciones de desigualdad, ha planteado la necesidad de garantizar un papel de tutela que rectifique tales desigualdades.

En efecto, el profesor Jorge Mosset Iturraspe ha sostenido, siguiendo la obra de Jacques Ghestin, la distinción entre el ámbito del *orden público de protección*, encaminado a la tutela del sujeto débil —como es el caso de los consumidores y usuarios— frente al *orden público de dirección*, que se encamina más a la producción, cambio y distribución de la riqueza. Esta clasificación permite distinguir funciones de interés público a pesar de realizarse, aparentemente, en el ámbito de lo privado.^{46,47}

Es particularmente relevante observar, dentro del apartado considerativo del DC de la CONAMED, las siguientes afirmaciones sobre la importancia de la tutela de los derechos humanos que se pretendió encomendar a dicha institución:

- La importancia de la protección, promoción y restauración de la salud de los habitantes del país.
- La necesidad de establecer mecanismos, que sin perjuicio de aquellos de carácter jurisdiccional, contribuyan a tutelar el derecho a la protección de la Salud.

- La necesidad de establecer una entidad administrativa (con autonomía técnica) que pudiera recibir quejas, e investigar irregularidades tanto en la prestación como en la negativa de prestación de los servicios médicos.⁴⁸

Durante la presentación de la CONAMED, el entonces Secretario de Salud el Dr. Juan Ramón de la Fuente sostuvo que “la garantía del derecho a la protección de la salud consolida nuestro sistema de justicia social”.⁴⁹

De acuerdo con el entonces presidente de la CNDH, doctor José Luis Soberanes, “en los últimos años se han creado diversas instituciones que participan de la naturaleza propia del Ombudsman”, como “la Procuraduría Federal del Consumidor, aunque no referida a la función pública sino más bien a la prestación de los servicios, pero que participa de las características de un Ombudsman; la Defensoría de los Derechos Universitarios en la Universidad Nacional Autónoma de México y la creación, en 1990, de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y las correspondientes comisiones estatales en años posteriores”.⁵⁰

En virtud de las consideraciones anteriormente expuestas, es posible afirmar que el diseño teórico institucional plasmado en el DC de la Comisión respondió originalmente a establecer un MJA para la resolución de las controversias de carácter médico, por una parte, y a establecer un OEPPDH (u ombudsman especializado), por la otra.

Una vez identificados los componentes teóricos que sustentan la configuración institucional

⁴⁶ Jorge Mosset Iturraspe, “El orden público y la tutela del consumidor y usuario”. *Revista Latinoamericana de Derecho*, no. 9-10, enero-diciembre, México, 2008. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM. p. 225. disponible en: www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/revlad/cont/9/cnt/cnt7.pdf

⁴⁷ Una redefinición del concepto de orden público económico de protección utilizado por Jacques Ghestin establece como una de sus características la siguiente: Su finalidad es proteger categorías contratantes que se encuentran en una situación de inferioridad, de modo que el ejercicio de su autonomía no garantiza la justicia contractual. Un ejemplo serían los consumidores. Lorenzo Prats, (Coordinador), *Estudios en homenaje a la profesora Teresa Puente*. Volumen II, Departament de Dret Civil, Universidad de Valencia, 1996, p. 614.

⁴⁸ Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, p. 78.

⁴⁹ Juan Ramón de la Fuente, “Presentación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico”, *Revista CONAMED*, Año 1, Num 1., octubre-diciembre, México 1996. p. 6.

⁵⁰ De acuerdo con el Dr. José Luis Soberanes, la creación de la CONAMED es fundamentalmente una forma eficaz en que el Estado mexicano garantiza la protección de la salud; de igual manera responde a la necesidad de que las cuestiones de responsabilidad médica, antes de ser tratadas por tribunales y procuradurías generales de justicia, se intente su solución por los propios pares de los profesionales de la salud a través de la amigable composición. José Luis Soberanes Fernández, “La Comisión Nacional de Arbitraje Médico”, en Martínez Bulle-Goyri, Víctor (Coordinador), *El Médico y la Ley*. *Gaceta Médica de México*, vol. 135. No. 1, 1999.

originalmente planteada en el diseño de la CONAMED, se procederá a analizar el marco normativo en el que se han planteado los objetivos estructurales señalados.

II. Naturaleza Jurídica de la institución

De acuerdo con su DC, específicamente en su artículo 1º. “Se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con plena autonomía técnica para emitir sus opiniones, acuerdos, y laudos”.^{51,52}

Aunque en principio tanto las normas reglamentarias como las leyes del Congreso regulan aspectos generales, las primeras se encuentran subordinadas a las segundas. Las leyes del Congreso constituyen una expresión de la voluntad general mientras que las normas reglamentarias son aplicación de aquellas. De manera que si se considera que el DC no reglamenta disposición legislativa alguna, se deduce que constituye lo que se ha denominado un Decreto Administrativo.⁵³

El DC se fundamenta en diversos artículos de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal⁵⁴ y en varias disposiciones de la Ley General de Salud. Estas últimas se refieren, fundamentalmente, a: las finalidades del derecho a la protección de la salud (Art. 2); el concepto de servicios de salud (Art. 23); el funcionamiento de los establecimientos de salud así como las Normas Oficiales a que deban sujetarse (Art. 45); la vigilancia de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud por parte de la Secretaría de Salud (Art. 48); y la obligación de las autoridades sanitarias y las instituciones de salud de brindar orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los

servicios de salud, así como para atender quejas, reclamaciones y sugerencias (Art. 54). En virtud de lo referido, es posible delimitar el marco jurídico de la CONAMED como el propio de un Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud, creado en virtud de un decreto administrativo del Presidente de la República y constituido en el marco de las atribuciones propias de la administración pública centralizada con el propósito de desarrollar funciones técnicas originalmente encomendadas a la Secretaría de Salud dirigidas a contribuir al desarrollo del Derecho de Protección de la Salud reconocido expresamente a nivel constitucional.

Límites de la autonomía técnica de la Comisión

Asentada la naturaleza jurídica de la CONAMED como Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud, procede identificar los alcances de su autonomía técnica.

El Dr. Miguel Acosta Romero señala que los organismos desconcentrados tienen “cierta autonomía a la que se llama técnica, que significa el otorgamiento de facultades de decisión (limitadas) y cierta autonomía financiera presupuestaria” por lo que, “invariablemente, el organismo desconcentrado depende de un órgano central, de la Presidencia, de una Secretaría de Estado, tiene cierta autonomía; pero si no es con el acuerdo del órgano del que depende, no podrá llevar a cabo decisiones trascendentales.”⁵⁵

El Pleno de la Suprema Corte de Justicia se ha referido al tema de los órganos desconcentrados señalando que éstos tienen cierta autonomía técnica y financiera, pero que dependen de otros órganos centrales, quienes tienen sobre los primeros una relación de jerarquía, poder de nombramiento y mando disciplinario, ya que participan de su

⁵¹ Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, artículo 1º.

⁵² Las características de los Órganos Desconcentrados de la Administración Pública se detallan en un anexo especial de la Evaluación, por lo que en este apartado sólo se mencionarán los elementos que permiten identificar la influencia de la naturaleza jurídica de la Comisión sobre sus funciones sustantivas.

⁵³ Miguel Acosta Romero, *Op.cit.*, p. 824.

⁵⁴ Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, artículos 2, 17, 31, 37, 39.

⁵⁵ Miguel Acosta Romero, *Compendio de derecho administrativo. Parte General*, Editorial Porrúa, México, 1996, p. 196.

personalidad jurídica e incluso de su patrimonio.⁵⁶

El ejercicio de la autonomía técnica, sin embargo, permite la existencia de un catálogo de atribuciones y cierta libertad para ejercerlas, lo que releva al titular del órgano desconcentrado de consultar con su superior la totalidad de sus actos.⁵⁷ Esta autonomía también permite que los órganos desconcentrados eviten someterse invariablemente a las reglas administrativas y de gestión financiera aplicables al resto de servicios centralizados del Estado.^{58,59,60}

Como se puede apreciar, las referencias académicas y los precedentes judiciales provenientes del más alto tribunal del país indican que los alcances de un órgano desconcentrado se restringen a la autonomía técnica y son sumamente limitados.

En virtud de estos señalamientos puede afirmarse que la CONAMED cuenta con una limitada autonomía y que ésta es de naturaleza técnica.

⁵⁶ “La desconcentración, de acuerdo con la terminología francesa, que los autores italianos y argentinos llaman descentralización burocrática o jerárquica, se lleva a cabo dentro de un régimen de centralización administrativa y se distingue de ésta porque se atribuye a los órganos inferiores competencia propia para decidir, aun cuando estén siempre sometidos a los órganos centrales que nombran a los agentes y continúan ejerciendo sobre ellos su poder jerárquico”. Cf. ACCIÓN DE INCONSTITUCIONALIDAD 38/2006, promovida por el Procurador General de la República en contra de las cámaras de Diputados y de Senadores del Congreso de la Unión y del Presidente de los Estados Unidos Mexicanos. p. 353.

⁵⁷ SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA. SUS CARACTERÍSTICAS LE OTORGAN LA NATURALEZA JURÍDICA DE UN ÓRGANO DESCONCENTRADO DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO. Localización: Novena Época, Instancia: Pleno, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, XII, Septiembre de 2000, P: 44, Tesis: P. CXLIII/2000, Tesis Aislada, Materia(s): Administrativa.

⁵⁸ José de Jesús Gudiño Pelayo, *Introducción al amparo mexicano*, 3ª edición, Noriega Editores, México, 1999. p. 503.

⁵⁹ En la misma resolución el Pleno de la Suprema Corte de Justicia sostuvo que la desconcentración administrativa atiende a crear mayor eficacia administrativa e implica una distribución de facultades entre los órganos superiores y los órganos inferiores, a quienes se les delegan facultades orgánicas que corresponden originariamente a su superior. ACCIÓN DE INCONSTITUCIONALIDAD 33/2006. Promovida por el Procurador General de la República. 10 de mayo de 2007.

⁶⁰ ACCIÓN DE INCONSTITUCIONALIDAD 33/2006. Promovida por el Procurador General de la República. 10 de mayo de 2007.

III. Naturaleza jurídica de los procedimientos

De conformidad con las atribuciones reconocidas en su DC, la Comisión lleva a cabo procedimientos como MJA (conciliación y arbitraje) y como OEPDH de los usuarios de servicios (orientación, asesoría, gestión, opinión técnica y recomendaciones). Adicionalmente, la Comisión lleva a cabo un procedimiento que es típico de los *organismos auxiliares de la justicia* (gestión pericial).

Procedimientos realizados como MJA (Conciliación y Arbitraje)

De conformidad con el artículo 4º del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial (RPAQM) de la CONAMED, esta institución tiene encomendada en el marco de sus acciones aquella que establece que: “*IV. Actuará en calidad de árbitro, atendiendo a las cláusulas compromisorias y compromisos arbitrales*”.

El arbitraje esencialmente constituye un procedimiento de derecho privado, que de manera general se encuentra regido por la autonomía de la voluntad de las partes, es decir, parte de una lógica de carácter contractual que se manifiesta en un compromiso de las partes para sujetarse a un tercero que resuelve la controversia que se le plantea por éstas.⁶¹

Es menester resaltar que el arbitraje, a pesar de que suele desenvolverse en el ámbito del derecho privado, adquiere matices distintos cuando se desarrolla en el marco de la tutela de derechos que corresponden al derecho público.

En este sentido, el arbitraje que se desarrolla entre los usuarios y prestadores de servicios médicos, desde una perspectiva teórica,

⁶¹ De acuerdo con el Dr. Francisco González de Cossío y siguiendo la definición propuesta por el jurista francés Charles Jarroson, el arbitraje “es una institución por la cual un tercero resuelve una diferencia que divide a dos o más partes, en ejercicio de la misión jurisdiccional que le ha sido confiada por ellos”. Francisco González de Cossío, “La naturaleza jurídica del arbitraje, un ejercicio de balance químico”, *Anuario mexicano de derecho internacional*, vol. VII, 2008, pp. 512.

presenta rasgos que tendrían que imponer límites a la autonomía de la voluntad, en razón de la protección de normas de interés público.⁶²

Es particularmente significativo apreciar —como es evidente al analizar los procedimientos similares en otros órganos de tutela— que las herramientas tutelares orientadas a abatir la desigualdad entre usuarios y prestadores de servicios en los procedimientos arbitrales que sigue la CONAMED son escasas, y que la lógica de tales procedimientos se inscribe esencialmente en el ámbito del derecho privado.

Los siguientes aspectos confirman la naturaleza esencial de derecho privado del arbitraje seguido en la CONAMED:

- a) El carácter voluntario de la cláusula compromisoria del arbitraje. Esta situación se opone a los denominados arbitrajes obligatorios, como los que se desarrollan en el ámbito laboral en donde su vinculación no se subordina a la voluntad de las partes. (autonomía de la voluntad. Art. 35. Reglamento de Procedimientos)
- b) En caso de que una de las partes se encuentre asesorada y la otra no, la CONAMED celebrará la audiencia (de conciliación, pruebas y alegatos), procurando la mayor equidad e ilustrará a la parte que no se encuentre asesorada, sin que esto signifique la suplencia de la queja deficiente o patrocinio por parte de la CONAMED. (No existe suplencia de la deficiencia de la queja para la protección del usuario. Art. 41. Reglamento de Procedimientos)
- c) Si la queja fuese incompleta, imprecisa, oscura o ambigua, se requerirá por escrito al interesado para que aclare o complete los datos faltantes. (No existe suplencia de la deficiencia de la queja para

la protección del usuario. Art. 51 Reglamento de Procedimientos)

- d) Delimitación del litigio a la cláusula compromisoria (Art. 35 y Art. 37 Reglamento de Procedimientos)

Por otra parte, es posible identificar algunas normas de carácter tutelar que rompen con la naturaleza privada originaria del arbitraje:

- a) Desahogo de las pruebas sin formalidades especiales (Art. 48 9ª Reglamento de Procedimientos)
- b) En caso de que la queja no sea materia de arbitraje, se le proporcionará asistencia a efecto de que asista a la instancia correspondiente. (Art. 50. Último párrafo)
- c) Aun con la negativa del prestador o de la institución de servicios médicos para someterse al arbitraje, se le requerirá un informe o copia del expediente clínico según sea el caso. En caso de negativa, y de manera discrecional podrá emitirse opinión técnica cuando se estime necesario. (Art. 56. Segundo párrafo. Reglamento de Procedimientos)
- e) Cuando exista aceptación del arbitraje, si el prestador del servicio no presentara escrito de contestación, se continuará con la etapa decisoria, teniéndose por ciertos de manera presuntiva los hechos aducidos por el usuario. (Art. 59. Reglamento de Procedimientos)
- f) En el caso de la atención médica de menores o incapaces, la audiencia de conciliación sólo tendrá como propósito determinar las medidas de atención que deban proporcionarse a los usuarios. (Art. 62. Segundo párrafo. Reglamento de Procedimientos)
- g) En el caso de las transacciones entre usuarios y prestadores de servicios, el ámbito de la voluntad de las partes se encuentra restringido por disposiciones de orden público, entre las que se encuentran: i) buscar ante todo la protección de la salud de los usuarios; ii) en caso de conflicto de derechos, se

⁶² De acuerdo con el profesor Jorge Mosset Iturraspe, que “Desde una postura extrema se sostiene que la gran amplitud que ha llegado a tomar la noción de orden público, muy en particular relacionado con lo económico y social, ha puesto en peligro la subsistencia de la noción de “autonomía de la voluntad”, en relación con la libertad contractual., *Op. cit.*, p. 225.

protegerá ante todo a quien deban evitársele perjuicios en relación con quien pretenda obtener un lucro; iii) la voluntad de los particulares no puede eximir la observancia de la Ley, ni alterarla, ni modificarla y sólo son renunciables los derechos privados que no afecten directamente al interés público, cuando la renuncia no afecte derechos de terceros; iv) la autonomía de la voluntad de las partes para otorgar contratos y convenios no puede ir en contra de la ley, el orden público o las buenas costumbres; v) contra la observancia de la ley no puede alegarse uso, costumbre o práctica en contrario.

[Art. 68. Reglamento de Procedimientos]

h) Se admitirán pruebas para mejor proveer.

[Art. 73. 4ª. y Art. 76. Reglamento de Procedimientos]

Como puede observarse, aun y cuando existan algunas disposiciones de naturaleza tutelar en el marco del procedimiento arbitral, y aun cuando éstas protejan en alguna medida al usuario de servicios médicos, en lo general no entrañan una modificación sustancial en relación con la óptica de derecho privado del arbitraje.⁶³ Es claro que el arbitraje desarrollado por la Comisión corresponde a su carácter de *mecanismo de justicia alternativa* y, en tal sentido, pertenece a la lógica del derecho privado.

A pesar de que existan diversas disposiciones para la tutela de los derechos de los usuarios, éstas no afectan aspectos fundamentales de su protección, como serían: la eliminación de formalidades procesales en la presentación de la queja, su suplencia en favor del usuario del servicio médico, y la extensión de los mecanismos extracontractuales para el inicio del arbitraje, en aquellos casos en que existan

evidentes afectaciones a los derechos de los usuarios.

En el análisis de los apartados posteriores, dedicados a la comparación de los procedimientos de arbitraje en otras entidades de la república, se podrá apreciar con mayor claridad las posibilidades tutelares de este procedimiento.

Procedimientos realizados como OEPDH (Orientación, Asesoría, Gestión Inmediata, Opiniones Técnicas, y Recomendaciones)

Una vez precisada la naturaleza jurídica de los procedimientos de conciliación y arbitraje, se analizarán los procedimientos que la Comisión lleva a cabo en su carácter de OEPDH.

Desde el planteamiento de los objetivos de la CONAMED en su DC puede apreciarse una asimetría entre la importancia otorgada a la resolución alternativa de las controversias y la defensa del derecho a la protección de la salud.

En este contexto llama la atención que el Decreto haya incorporado un importante número de atribuciones destinadas a la tutela de los derechos de los usuarios de los servicios médicos (artículo 4º), pero que algunas apenas encuentren una breve descripción procedimental dentro del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión. Por ejemplo:

- a) Recibir, investigar y atender las quejas que presenten los usuarios de los servicios médicos.
- b) Emitir opiniones sobre las quejas de que conozca, así como intervenir de oficio en cualquier otra cuestión que considere de interés general en la esfera de su competencia.
- c) Hacer del conocimiento del órgano de control competente la negativa expresa o tácita de un servidor público de proporcionar la información que se le hubiera solicitado por la CONAMED.
- d) Hacer del conocimiento de las autoridades competentes y de los colegios, academias,

⁶³ De acuerdo con la Dra. Eréndira Salgado Ledesma: “Sin embargo, así como priva indefensión para los órganos estatales o particulares frente a ciertos actos arbitrarios de los agentes jurisdiccionales, del mismo modo los particulares pueden quedar en estado de indefensión por virtud de actuaciones o resoluciones arbitrales ilegales, contrarias a disposiciones de orden público”. *Op. cit.*, p. 9.

asociaciones y consejos médicos, así como de los comités de ética u otros similares, la negativa expresa o tácita de los prestadores de servicios de proporcionar información o sobre el incumplimiento de tales prestadores de las resoluciones de la CONAMED.

Orientación, Asesoría y Gestión Inmediata

En relación con lo anterior, el Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la CONAMED establece una serie de disposiciones relacionadas con las obligaciones de:

- Atender las quejas y brindar la orientación y la asesoría especializada que el usuario necesite, particularmente la que se refiere a los alcances y efectos legales del proceso arbitral y de otros procedimientos existentes. (Art. 5 y Art. 50. Último párrafo. Reglamento de Procedimientos)
- Gestionar la atención inmediata de los usuarios, cuando la queja se refiera a demora, negativa de servicios médicos, o cualquier otra que pueda ser resuelta por esta vía. (Art. 5. Reglamento de Procedimientos)

Una situación muy distinta se relaciona con las facultades para la emisión de opiniones técnicas y recomendaciones.

Opiniones Técnicas y Recomendaciones

En el caso de la emisión de opiniones técnicas, la fracción V del artículo 4º del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial establece que la CONAMED “podrá intervenir discrecionalmente y no a petición de parte en asuntos de interés general, propugnando por la mejoría de los servicios médicos, para cuyo efecto emitirá las opiniones técnicas y recomendaciones que estime necesarias”.

Es de enorme importancia resaltar el carácter eminentemente “discrecional” de la actuación de la CONAMED para intervenir en asuntos de interés general. Esta discrecionalidad no sólo se relaciona con el aspecto mismo de la decisión de intervenir o no en un asunto u otro,

sino que reside en la misma vaguedad y amplitud que puede atribuírsele a la noción “interés general”⁶⁴.

Esta situación se reafirma en el artículo 65 del referido Reglamento de Procedimientos, que señala: “La CONAMED podrá emitir discrecionalmente y no a petición de parte, según la naturaleza del asunto, opinión técnica, valiéndose de los elementos de que disponga. Esta opinión podrá ser enviada al prestador del servicio o a quien estime pertinente a efecto de plantear directrices para la mejoría de la atención médica.” De conformidad con lo anterior, la emisión de la “opinión técnica” se encuentra sujeta los siguientes lineamientos:

- a) Procede discrecionalmente y no a petición de parte, constituyéndose en una facultad de la CONAMED y no en un derecho del usuario.
- b) Depende de la naturaleza del asunto que se trate.
- c) Podrá enviarse (es una opción y no una obligación) al prestador del servicio médico o a quien estime pertinente a efecto de plantear directrices para la mejoría de la atención médica.

Como puede apreciarse a la luz del análisis de estas disposiciones, resulta patente la asimetría existente entre la importancia atribuida a la conciliación y al arbitraje y la concedida a tutelar el DPS.

La discrecionalidad del ejercicio de las facultades de queja, investigación y emisión de opiniones técnicas y recomendaciones —así como su carácter evidentemente informativo y

⁶⁴ De acuerdo con el Segundo Tribunal Colegiado del Duodécimo Circuito: “el concepto de orden público, más que gravitar en el hecho de que las leyes revistan tal carácter, ha de partir de la no afectación de los bienes de la colectividad tutelados por las leyes, y lo que debe valorarse es el eventual perjuicio que pudieran sufrir las metas de interés colectivo”. SUSPENSIÓN EN AMPARO. DEBE CONCEDERSE TRATÁNDOSE DEL COBRO DE CUOTAS OBRERO-PATRONALES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, CUANDO NO SE ACREDITA EL PERJUICIO EVENTUAL AL INTERÉS GENERAL PERSEGUIDO CON EL ACTO DE APLICACIÓN DE LA NORMA. Localización: Novena Época, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, XXI, Febrero de 2005, P: 1590, Tesis: XII. 2o. J/17, Jurisprudencia, Materia(s): Administrativa.

vinculado sólo a la idea de satisfacer condiciones de mejoría de la atención médica y no la protección inmediata de los derechos humanos de los usuarios— dan cuenta de una debilidad estructural en el diseño institucional de este órgano.⁶⁵

Procedimientos relacionados con su carácter de organismo auxiliar de la justicia (Gestión Pericial)

El DC de la CONAMED, le otorga también la facultad de elaborar los dictámenes médicos que le sean solicitados por las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia, así como por las instituciones con las cuales establezca convenio de colaboración.

En este sentido es importante distinguir el ámbito de actuación de esta institución en relación con las funciones que han sido analizadas con anterioridad.

Las funciones de gestión pericial señaladas en el cuarto capítulo del Reglamento de Procedimientos no corresponden a la naturaleza de los procedimientos descritos con anterioridad. Por el contrario, dicha atribución pretende reconocer el carácter de perito especializado en materia médica que tiene la Comisión a nivel institucional.

Dicha atribución sólo será ejercida por la CONAMED cuando sea solicitada por los órganos de la instrucción del procedimiento administrativo de responsabilidad; los agentes del Ministerio Público que instruyan averiguación previa; las autoridades sanitarias encargadas de regular la atención médica y los órganos judiciales que conozcan del proceso

⁶⁵ De acuerdo con el Consejo Internacional de Estudios de Derechos Humanos: “Las INDH [Instituciones Nacionales de Derechos Humanos] deberían vigilar en qué medida los distintos organismos gubernamentales cumplen sus recomendaciones y tienen en cuenta su asesoría. Las que atienden quejas deberían establecer un sistema para vigilar el avance de los casos sobre los cuales ya se ha dictado una decisión. La vigilancia de casos debería registrar el cumplimiento de las recomendaciones y las garantías de que se han cubierto las necesidades de los/as quejosos/as”. Evaluar la Eficacia de las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos. International Council on Human Rights (Consejo Internacional para Estudios de Derechos Humanos, Oficina de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Berna, Suiza, 2005. p. 26.

civil o penal. (Art. 94. 2^a. Reglamento de Procedimientos)

De acuerdo con las reglas generales para el proceso arbitral, la CONAMED no emitirá dictámenes periciales respecto de asuntos que se hubieren conocido en proceso arbitral en estricto derecho o en conciencia, como tampoco en los casos en que haya pronunciamiento institucional según las reglas precedentes, salvo que hubiere emitido opinión técnica. (Art. 48. 11^a. Reglamento de Procedimientos)

IV. Fuerza Jurídica de las resoluciones de la CONAMED

La asimetría identificada en las funciones de la Comisión es patente en la fuerza jurídica de sus resoluciones.

Fuerza Jurídica del Arbitraje

Según el Tercer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, los laudos emitidos por la CONAMED constituyen actos materialmente jurisdiccionales, en tanto que resuelven sobre el fondo de las cuestiones sometidas a la decisión de la Comisión que es irrevocable e inmutable por disposición de las normas jurídicas que le regulan. De igual modo, una vez que determina una condena tiene los efectos de un título ejecutivo que trae aparejada ejecución.⁶⁶

Es importante resaltar que de conformidad con el criterio sustentado por la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, los laudos son considerados como actos de autoridad en virtud de que:

- a) Establecen una relación de supra-subordinación con los particulares que se someten voluntariamente al procedimiento arbitral;

⁶⁶ COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO. COMPETENCIA EN AMPARO CONTRA SUS ACTOS CUANDO FUNGE COMO ÁRBITRO. CORRESPONDE AL JUEZ DE DISTRITO EN LA MATERIA PROPIA DE LAS NORMAS JURÍDICAS QUE REGULAN EL PROCEDIMIENTO ARBITRAL Y CONFORME A LA NATURALEZA DE LA ACCIÓN INTENTADA. Registro No. 176586 Localización: Novena Época, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, XXII, Diciembre de 2005, P: 2638, Tesis: I.3o.C.516 C, Tesis Aislada, Materia(s): Civil.

b) Al dirimir una controversia entre usuarios de servicios médicos y los prestadores de tales servicios, de manera unilateral crean, modifican o extinguen, por sí o ante sí, situaciones jurídicas que afectan la esfera legal de éstos, sin necesidad de acudir a órganos judiciales ni obtener el consenso de la voluntad del afectado.⁶⁷

Fuerza jurídica de las opiniones técnicas

La fuerza normativa de las opiniones técnicas, en cambio, se encuentra sumamente restringida, y puede decirse que esencialmente tienen efecto meramente informativo. Las opiniones, de conformidad con el artículo 65 del Reglamento de Procedimientos, “podrán ser enviadas al prestador del servicio o a quien estime pertinente a efecto de plantear directrices para la mejoría de la atención médica”.

Si bien es cierto que la naturaleza no jurisdiccional de los órganos de protección de derechos humanos impide que sus resoluciones tengan efectos vinculantes, también es cierto que éstas han permitido un importante avance en materia de derechos humanos cuando son aceptadas por las entidades a las que van dirigidas, modificando sustancialmente su sentido netamente informativo y mejorando su eficacia.

No obstante, para ello es necesario que la Comisión especifique con toda claridad quiénes son los *sujetos obligados* en materia de conciliación, arbitraje y opiniones técnicas.

Fuerza jurídica de los dictámenes periciales

De conformidad con lo dispuesto por el segundo párrafo del artículo 102 del Reglamento de Procedimientos para la Atención de quejas Médicas y Gestión pericial de la CONAMED, los dictámenes

...no tendrán por objeto resolver la responsabilidad de ninguno de los involucrados, ni entrañan acto de autoridad o pronunciamiento que resuelva una instancia o ponga fin a un juicio, como tampoco entrañan imputación alguna; en tanto informe pericial e institucional, elaborado con la documentación que el peticionario hubiere puesto a disposición de la CONAMED, contendrá el criterio institucional, pues no se trata de la mera apreciación de perito persona física.

En este sentido, resulta claro que los dictámenes periciales de la Comisión sólo pueden ser considerados opiniones institucionales desarrolladas con el objeto de ilustrar a alguna autoridad peticionaria y a las partes en relación con la interpretación médica interdisciplinaria de los hechos y evidencias sometidos a estudios por una autoridad solicitante.

⁶⁷ COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO. SUS LAUDOS ARBITRALES SON ACTOS DE AUTORIDAD PARA EFECTOS DEL JUICIO DE AMPARO. Registro No. 188434, Localización: Novena Época, Instancia: Segunda Sala, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, XIV, Noviembre de 2001, P: 31, Tesis: 2a./J. 56/2001, Jurisprudencia, Materia(s): Administrativa.

TERCERA PARTE

SITUACIÓN DE LA CONAMED EN RELACIÓN CON LAS CEAMED

Para identificar con precisión la situación que guarda la CONAMED, en este apartado se presenta una comparación con las distintas comisiones estatales de arbitraje médico que actualmente operan en el país. Este cotejo puede permitir exponer rasgos representativos de las fortalezas y debilidades de estas instituciones.

I. Naturaleza jurídica y autonomía institucional

Las distinta naturaleza jurídica de las comisiones de arbitraje médico en México se manifiesta, en primer término, en la modalidad institucional bajo la cual fueron creadas: 12 comisiones son órganos desconcentrados (OD); 12 más son organismos públicos descentralizados (OPD), y sólo una comisión fue creada como organismo público autónomo (OPA).

Las comisiones que desde su creación fueron establecidas como OD son Campeche, Guerrero, Nuevo León, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán; en tanto que como OPD se conformaron las comisiones de Aguascalientes, Baja California, Chiapas, Coahuila, Colima, Guanajuato, Estado de México, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit y Tabasco. Actualmente sólo Oaxaca funciona como un OPA.

Como se ha señalado, existen grandes diferencias entre los OD, los OPD y los OPA. Es característico de los OD ser inferiores y subordinados al poder central, carecer de personalidad jurídica y patrimonio propio, así como tener autonomía técnica pero no gozar de independencia para tomar decisiones de propia autoridad.⁶⁸

⁶⁸ ACCIÓN DE INCONSTITUCIONALIDAD 38/2006, promovida por el Procurador General de la República en contra

Esta situación es relevante tanto para la CONAMED como para el resto de comisiones estatales de arbitraje médico. De acuerdo con la propia CONAMED, es recomendable que éstas sean creadas adoptando una naturaleza jurídica descentralizada, a efecto de romper con la subordinación y garantizar una actuación más independiente e imparcial, ya que:

El órgano desconcentrado, por su parte, se encuentra sujeto a una relación jerárquica de subordinación respecto del órgano de autoridad al cual se adscribe, lo que en el caso de las comisiones de arbitraje médico que se lleguen a crear en una entidad federativa limita el ejercicio de la autonomía con que debe contar, inclusive, para hacer recomendaciones a la propia autoridad sanitaria.⁶⁹

La CONAMED afirma que esta situación, en cambio, "no es adversa en el ámbito federal pues la Secretaría de Salud no presta servicios de atención médica en forma directa y la CONAMED está en aptitud de atender las quejas de los prestadores de servicios sin que con ello se vulneren las facultades de la dependencia coordinadora de sector (Ssa) a la cual inclusive se le pueden emitir recomendaciones".⁷⁰

No obstante, el hecho de que la Secretaría de Salud Federal no preste servicios médicos de manera directa no justifica el carácter de OD de la Comisión. Las limitaciones jurídicas de la desconcentración no sólo afectan su potencial en materia de recomendaciones, sino su capacidad de presión en materia de gestión ante terceros, obligatoriedad de comparecencia y exigibilidad de cumplimiento por parte de quienes debieran ser *sujetos obligados* ante ella.

La realización de las tareas encomendadas a la CONAMED requiere de un nivel de autonomía que difícilmente puede tener un órgano

de las cámaras de Diputados y de Senadores del Congreso de la Unión y del Presidente de los Estados Unidos Mexicanos. José Ramón Cossío Díaz, *Op. cit.* p. 28.

⁶⁹ El Modelo Mexicano de Arbitraje Médico. Elementos recomendables que deben contener los instrumentos jurídicos de creación de las comisiones estatales de arbitraje médico. CONAMED, p. 50.

⁷⁰ El Modelo Mexicano de Arbitraje Médico. *Op. cit.* p. 50.

desconcentrado, porque: i) pertenece a la administración centralizada, ii) guarda una relación de subordinación con la administración central, iii) carece de autonomía orgánica, y iv) cuenta con un margen limitado de autonomía técnica.

II. Características del patrimonio de las comisiones de arbitraje médico

La determinación del patrimonio de una entidad se encuentra relacionada con su naturaleza jurídica. En el caso de los órganos desconcentrados se ha apuntado que carecen de patrimonio propio⁷¹ a menos que la ley les confiera de manera expresa este atributo. Los OPD, en cambio, tienen personalidad jurídica y patrimonio propios.

En México, las CEAMED que cuentan con patrimonio propio son: Aguascalientes, Baja California, Chiapas, Coahuila, Colima, Guanajuato, Estado de México, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Sonora y Tabasco. No poseen patrimonio las comisiones de los estados de Guerrero, Nuevo León, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán.

La regla que determina la atribución de patrimonio propio sólo a los OPD y (con mayor razón) a los OPA se convalida en las comisiones estatales e incluso en el caso de la Comisión Nacional.⁷²

La única comisión estatal que siendo un órgano desconcentrado de la administración pública estatal cuenta con patrimonio propio (según señala el artículo 3º de su Reglamento Interno) es la del Estado de Sonora.

⁷¹ ACCIÓN DE INCONSTITUCIONALIDAD 38/2006, promovida por el Procurador General de la República en contra de las cámaras de Diputados y de Senadores del Congreso de la Unión y del Presidente de los Estados Unidos Mexicanos. COSSÍO DIAZ, José Ramón, Voto Particular. Diario Oficial de la Federación. Primera Sección. Lunes 2 de marzo de 2009. p. 28.

⁷² De acuerdo con la recomendación general establecida por la CONAMED en relación con organismos descentralizados: "se debe reconocer explícitamente la atribución constitucional del Congreso del estado para aprobar el decreto de Presupuesto de Egresos y, consecuentemente, el presupuesto del organismo", Modelo Mexicano de Arbitraje Médico, CONAMED, México, p. 51.

III. Régimen laboral de los trabajadores de las comisiones de arbitraje

Uno de los aspectos que la CONAMED ha establecido como un parámetro de referencia en las recomendaciones a las entidades federativas para la creación de sus respectivas comisiones estatales, se refiere al Régimen Laboral de sus Trabajadores. La recomendación ha sido que los trabajadores se vinculen al Apartado B del artículo 123 Constitucional con el propósito, según la CONAMED, de evitar que se establezcan las condiciones que ordinariamente privan en las relaciones laborales de naturaleza privada.⁷³

No todas las comisiones estatales han seguido la sugerencia planteada por la CONAMED. En el caso de Oaxaca y Tabasco los trabajadores se encuentran adscritos al régimen general establecido por el artículo 123 de la Constitución. En cambio, las comisiones de Aguascalientes, Chiapas, Coahuila, Guanajuato, Morelos, Nayarit y Veracruz han seguido la indicación de la CONAMED incorporando a sus trabajadores en el Apartado B del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La situación jurídica de los trabajadores no se refleja en el marco normativo de las comisiones de Baja California, Colima, Guerrero, Estado de México, Jalisco, Michoacán, Nuevo León, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala y Yucatán.

Lo esperable es que los trabajadores de las comisiones establecidas como OD de la administración pública federal se encuentran adscritos al apartado B del artículo 123 constitucional. Los trabajadores de las comisiones establecidas como OPD, en cambio, estarán sujetos a dicho apartado siempre y cuando se considere que tales organismos descentralizados "tengan a su cargo función de servicios públicos".⁷⁴

⁷³ Modelo Mexicano de Arbitraje Médico, CONAMED, México, p. 51.

⁷⁴ De conformidad con el artículo 1º de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B del artículo 123 constitucional.

IV. Naturaleza de las disposiciones de las comisiones de arbitraje

Uno de los aspectos más relevantes de la evaluación se vincula con la naturaleza de las disposiciones que enmarcan las actividades de la Comisión. En este sentido, se ha insistido en la necesidad de identificar si las instituciones especializadas de protección de los derechos humanos —que además cumplen con una función subsidiaria en la solución alternativa de controversias— deben cumplir con sus atribuciones a partir de la lógica del interés público, colocando límites al interés privado.⁷⁵

Sólo 10 de las comisiones estatales establecen en sus estatutos normativos que las normas que rigen su desempeño son de orden público e interés social. Las CEAMED de Aguascalientes, Baja California, Chiapas, Coahuila, Colima, Estado de México, Michoacán, Nayarit, Sinaloa y Tabasco aceptan expresamente el carácter público de las disposiciones de sus ordenamientos, estableciendo un importante límite a la posibilidad de sujetar tales disposiciones a la lógica del derecho privado, en donde prevalece la autonomía de la voluntad de las partes sujetas a una controversia.

La CONAMED —al igual que las comisiones de los estados de Campeche, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán— no define en su legislación el

carácter público de sus disposiciones normativas.

Importa recordar que las disposiciones de interés público son aquellas que regulan aspectos en los que participa el Estado, “como puede ser su actuación pública o la regulación de alguna rama social de trascendencia en el desarrollo de la sociedad”. Las disposiciones de interés social son aquellas que se refieren a “aquellos aspectos relacionados con las necesidades generales de la sociedad”.⁷⁶

Como se analizará más adelante, en todo el mundo, incluyendo a nuestro país, existen instituciones de protección de derechos humanos que al mismo tiempo funcionan como *mecanismos de justicia alternativa* (MJA) y que, en consecuencia, realizan funciones de tutela de derechos al mismo tiempo que labores de conciliación y arbitraje. En todas ellas puede apreciarse un esfuerzo por transformar la visión propia del derecho privado (que supone la igualdad material de los contendientes) por una visión en la que, clara y abiertamente, se tutelan los derechos del sujeto que aparece como la parte más débil en la relación jurídica.⁷⁷

V. Designación del titular de las comisiones de arbitraje médico

Uno de los aspectos que puede tener una mayor incidencia en la consolidación de la autonomía de las comisiones de arbitraje médico, se refiere a los mecanismos para la designación de los titulares de cada una de éstas.

Llama la atención el hecho de que en prácticamente la totalidad de las comisiones,

⁷⁵ En relación con el orden público, el Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito, ha señalado respecto a las cuestiones que implican el orden público que: “para darle significado, el juzgador debe tener presentes las condiciones esenciales para el desarrollo armónico de la comunidad, es decir, las reglas mínimas de convivencia social; en la inteligencia de que la decisión que se tome en el caso específico no puede descansar en meras apreciaciones subjetivas, sino en elementos objetivos que traduzcan las preocupaciones fundamentales de la sociedad, siempre buscando no obstaculizar la eficacia de los derechos de tercero. ORDEN PÚBLICO. ES UN CONCEPTO JURÍDICO INDETERMINADO QUE SE ACTUALIZA EN CADA CASO CONCRETO, ATENDIENDO A LAS REGLAS MÍNIMAS DE CONVIVENCIA SOCIAL. Novena Época, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, XXII, Agosto de 2005, P. 1956, Tesis: I. 40. A. 63 K, Tesis Aislada, Materia(s): Común.

⁷⁶ SUSPENSIÓN DEFINITIVA. ES IMPROCEDENTE CONCEDERLA CONTRA LA ORDEN DE VISITA REGULADA EN LA LEY DE CONCURSOS MERCANTILES, POR TRATARSE DE UNA CUESTIÓN DE INTERÉS SOCIAL QUE CONTRAVIENE DISPOSICIONES DE ORDEN PÚBLICO. No. Registro: 182,292, Tesis aislada, Materia(s): Civil, Novena Época, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo: XIX, Enero de 2004, Tesis: I.140.C.24 C, Página: 1629.

⁷⁷ Jorge Mosset Iturraspe, “El orden público y la tutela del consumidor y usuario”. *Revista Latinoamericana de Derecho*, no. 9-10, enero-diciembre, México, 2008. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM. p. 223-233.

comenzando por la CONAMED, la designación del titular se realice mediante la designación unilateral del poder ejecutivo.

En algunos casos esta designación tiene como presupuesto el envío de una propuesta por parte del consejo directivo de la comisión estatal (Coahuila, Jalisco) o bien, el consejo directivo de la comisión estatal es quien ratifica la designación del gobernador del estado (Guanajuato).

Existen otros casos en donde el titular del ejecutivo designa al titular de la comisión a partir de una propuesta formulada por el colegio médico del estado como sucede en Nayarit; mientras que en Sinaloa y Tabasco, la designación se realiza escuchando las propuestas de instituciones, organizaciones académicas, profesionales o colegios o asociaciones gremiales.

Resulta interesante el Estado de Chiapas, cuya Ley de Creación en su artículo 19 establece que será la Legislatura del Estado quien designará al titular de la Comisión con base en una terna propuesta por su Consejo.

La forma de elección del Comisionado de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Oaxaca es la más llamativa, pues de conformidad con los artículos 9 y 15 de su Ley de Creación, son los propios integrantes del Consejo quienes designan quien será su presidente.

VI. Integración de los Consejos de las comisiones de arbitraje médico

La integración de los Consejos de dirección de las comisiones de arbitraje médico es uno de los aspectos de mayor contraste en los distintos estados de la República.

El artículo 6 del DC de la CONAMED establece que: "El Consejo se integrará por 10 consejeros y por el comisionado, quien lo presidirá".

Al igual que la CONAMED, sólo Campeche, Michoacán y Tamaulipas no contemplan ninguna disposición jurídica vinculada con la

pluralidad de sectores para la integración del Consejo. Por el contrario, la mayor parte de las entidades federativas ha establecido un sistema de selección que asegura una composición plural de los miembros que integrarán el Consejo.

Siete comisiones estatales tienen una composición bastante plural. La de Aguascalientes incluye a ocho miembros, entre los cuales debe haber miembros de los gremios médicos locales, el presidente de la Barra de Abogados del estado y un miembro de alguna institución de investigación o enseñanza. Integraciones semejantes tienen las comisiones de Guanajuato, Colima, Jalisco, Morelos y San Luis Potosí. En Nayarit es además muy significativo que en el Consejo se reserve un lugar para un representante de la comunidad indígena Marakame.

Otros estados incorporan consejeros provenientes de la sociedad civil, los colegios, asociaciones médicas o de profesionistas, pero en forma menos amplia que en los casos anteriores. Este es el caso de Chiapas, Coahuila, Guerrero, Estado de México, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

Además de la pluralidad de sectores para la integración de los consejos de las comisiones estatales, existe un rasgo particular que sólo se encuentra en la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Oaxaca. El artículo 9 de su Ley de Creación establece que de los nueve consejeros que integran el Consejo por lo menos cuatro deberán ser mujeres.

VII. Atribuciones de las comisiones de arbitraje médico

A continuación se presenta un análisis comparativo de las distintas facultades con las que cuentan la Comisión Nacional y algunas comisiones estatales, a fin de advertir las diferentes atribuciones conferidas. Las comisiones utilizadas para la comparación son Baja California (OD de reciente creación), Colima (OPD), Nayarit (OPD) y Oaxaca (OPA).

Tabla 2.1. Atribuciones contempladas para la CONAMED y algunas CEAMED seleccionadas

ATRIBUCIONES	CONAMED	BAJA CALIFORNIA	COLIMA	NAYARIT	OAXACA
Asesorar e informar a los usuarios y prestadores de servicios	✓	✓	✓	✓	✓
Recibir, investigar y tramitar quejas	✓	✓	✓	✓	✓
Recibir pruebas y realizar diligencias en relación con los trámites de quejas	✓	✓	✓	✓	✓
Ser amigable componedor	✓	✓	✓	✓	✓
Emitir recomendaciones por quejas relacionadas con la atención médica	✓	✓	✓	✓	✓
Fungir como perito institucional	✓		✓	✓	✓
Intervenir de oficio y emitir recomendaciones en cualquier cuestión que se considere de interés general	✓		✓	✓	✓
Informar al órgano de control la negativa del servidos público para proporcionar información relacionada con la queja	✓	✓	✓	✓	✓
Informar a Colegios, Academias, Comités de ética y autoridades la negativa del prestador a someterse a los procedimientos ante la Comisión	✓	✓	✓	✓	✓
Informar a las autoridades competentes, colegios, academias y otros similares el incumplimiento de las resoluciones dictadas por la Comisión	✓	✓	✓	✓	✓
Hacer del conocimiento de las autoridades competentes los hechos que pudiesen constituir un delito		✓	✓		✓
Celebrar convenios con instituciones públicas y privadas	✓	✓	✓	✓	✓
Organizar el archivo de quejas					✓
Orientar sobre las instancias para resolver conflictos derivados de servicios prestados por personas sin título o cédula profesional	✓	✓	✓	✓	✓
Fungir como árbitro	✓	✓	✓	✓	✓
Asesorar para constituir otras comisiones	✓				
Proponer reformas al ejecutivo que se estimen necesarias para salvaguardar el Derecho a la Protección de la Salud			✓		
Realizar visitas <i>in loco</i> para gestionar auxilio a pacientes en el caso de urgencia médica calificada			✓		✓
Tomar medidas cautelares para evitar la consumación irreparable ocasionada por las negligencias o irregularidades médicas reclamadas, así como exigir inmediatamente la prestación de los servicios médicos negados					✓

Prácticamente todas las comisiones examinadas comparten las facultades de:

- Asesorar e informar a los usuarios y prestadores de servicios médicos.
- Recibir, investigar y tramitar quejas.
- Recibir pruebas y realizar diligencias en relación con el trámite de las quejas.
- Ser amigable componedor.
- Emitir recomendaciones por quejas relacionadas con la atención médica.
- Fungir como perito institucional.
- Intervenir de oficio y emitir recomendaciones en cualquier cuestión que se considere de interés general en la esfera de su competencia.
- Hacer del conocimiento al órgano de control la negativa del servidor público para proporcionar información relacionada con la queja.
- Hacer del conocimiento a colegios, academias, comités de ética y autoridades la negativa por parte del prestador a someterse a los procedimientos ante la comisión.
- Hacer del conocimiento a las autoridades competentes, colegios, academias y otros similares el incumplimiento de las resoluciones dictadas por la comisión.
- Orientar sobre las instancias para resolver conflictos derivados de servicios prestados por personas que carecen de título o cédula profesional, y
- Fungir como árbitro.

Con excepción de la comisión de Baja California, que no cuenta con la facultad de intervenir de oficio y emitir recomendaciones en cualquier cuestión que se considere de interés general, el resto de las atribuciones antes señaladas son compartidas por todas las comisiones cotejadas.

Existen atribuciones que son exclusivas de alguna comisión en específico, por ejemplo la que se refiere a brindar asesoría para la constitución de otras comisiones. Esta es una atribución propia de la CONAMED.

Existen, sin embargo, ciertas atribuciones con las que no cuenta actualmente la CONAMED pero han sido conferidas a ciertas comisiones estatales. La implementación de estas atribuciones puede complementar el marco normativo de la CONAMED. Entre ellas se encuentran:

- Proponer reformas al ejecutivo que se estimen necesarias para salvaguardar el derecho a la protección de la salud. (Colima)
- Facultad de realizar visitas *in loco* para gestionar el auxilio para pacientes en el caso de urgencia médica calificada. (Colima y Oaxaca)
- Medidas cautelares para evitar la consumación irreparable ocasionada por las negligencias o irregularidades médicas reclamadas, así como la exigir inmediatamente la prestación de los servicios médicos negados. (Oaxaca)

Cada una de las facultades señaladas puede contribuir de manera relevante en la ampliación de las funciones de tutela del derecho a la protección de la salud.

VIII. Objeto de las comisiones de arbitraje médico

Se ha señalado en el presente estudio que resulta particularmente limitado el objeto de la CONAMED especificado en su DC. Dicho objeto se circunscribe a la función de “contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios”.

Con el propósito de hacer patente el enorme espectro de atribuciones que una institución de este carácter puede incluir en sus propósitos y diseño normativo, a continuación se presenta un análisis comparativo con siete CEAMED de diferente tipo y naturaleza.

Tabla 2.2. Objeto expreso por virtud de su instrumento de creación⁷⁸

	CONAMED (Art. 2)	Baja California (Art. 2)	Chiapas (Art. 10)	Colima (Art. 1)	Nayarit (Art. 2)	Oaxaca (Art. 5)	Sinaloa (Art. 111)	Yucatán (Art. 2)
Contribuir a resolver conflictos suscitados entre los usuarios y prestadores de servicios	✓	✓	✓	✓	✓			✓
Contribuir al cumplimiento del Derecho a la Protección de la Salud						✓		✓
Difundir, asesorar, proteger y defender los derechos de los usuarios y prestadores de servicios de atención médica							✓	✓
Promover buena práctica de la medicina				✓		✓		✓
Contribuir a mejorar la prestación de los servicios médicos		✓	✓	✓		✓		✓
Brindar orientación a usuarios, personal médico e instituciones médicas sobre derechos y obligaciones en prestación de servicios de atención médica						✓		✓
Ser representante social especializado en la prestación de servicios de atención médica						✓		
Resolver las quejas de la población por irregularidades en la atención médica						✓		✓

⁷⁸ Sin perjuicio de que puedan desprenderse estas mismas o algunas otras de los preceptos de su marco normativo.

Además del objeto relativo a contribuir a resolver conflictos suscitados entre los usuarios de servicios médicos y los prestadores —objetivos que comparten casi todas las comisiones objeto de la comparación—⁷⁹ existen otros establecidos de manera expresa en la legislación; entre ellos se encuentran:

- Contribuir al cumplimiento del derecho a la protección de la salud (Oaxaca y Yucatán)
- Difundir, asesorar, proteger y defender los derechos de los usuarios y prestadores de servicios de atención médica (Sinaloa)
- Promover buena práctica de la medicina (Colima, Oaxaca y Yucatán)
- Contribuir a la mejoría de la prestación de los servicios médicos (Baja California; Chiapas; Colima; Oaxaca y Yucatán)
- Brindar orientación a usuarios, personal médico, establecimientos e instituciones médicas sobre derechos y obligaciones en prestación de servicios de atención médica (Oaxaca y Yucatán)
- Ser representante social especializado en la prestación de servicios de atención médica (Oaxaca)
- Resolver las quejas de la población por irregularidades en la atención médica (Oaxaca y Yucatán)

Como se puede observar, es posible ampliar el objeto de las entidades de arbitraje médico con el fin de asegurar mayores herramientas para el adecuado cumplimiento de los propósitos teóricos que deben cumplir: la protección especializada de carácter no jurisdiccional de los derechos humanos y la solución alternativa de las controversias.

IX. Algunos apuntes sobre el Modelo Mexicano de Arbitraje Médico

Si bien las instituciones de arbitraje médico a nivel estatal comparten los rasgos esenciales trazados en el Modelo Mexicano de Arbitraje

Médico que ha difundido la CONAMED, existen ciertos aspectos que resultan especialmente significativos por las implicaciones que revisten. Sin embargo, en lo general no constituyen un alejamiento respecto del modelo de arbitraje planteado por la institución nacional.

En cuanto a la naturaleza del arbitraje, prácticamente todas las comisiones estatales —incluyendo a la CONAMED— han reconocido el carácter eminentemente civil del arbitraje médico.

Incluso la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Oaxaca establece, en el artículo 3º de su Reglamento de Procedimientos, que:

Dada la naturaleza civil del arbitraje médico, en el trámite del mismo se atenderá a la voluntad de las partes.

En virtud de lo anterior debe entenderse que el arbitraje médico en México es de naturaleza eminentemente civil, que descansa sobre el principio de autonomía de la voluntad de las partes y que sitúa a los sujetos que se someten a él en un plano de igualdad de trato, porque asume que entre ellos existe un estatus de igualdad material. No obstante, como se ha señalado, el examen del arbitraje desarrollado en otros ámbitos indica que existen instituciones mexicanas de protección de los derechos de los usuarios que actúan reconociendo la desigualdad material que existe entre ellos y los prestadores de servicios. La inclusión de una fase de mediación, antes de acudir a los procedimientos de conciliación y arbitraje, sólo se presenta en el caso de Colima y Querétaro.

Finalmente, es relevante establecer que la Comisión de Arbitraje del Estado de Yucatán no lleva a cabo arbitrajes, y remite a la CONAMED los casos que deban resolverse por esa vía. De manera que dicha Comisión no cuenta con la facultad de supervisión del cumplimiento de los fallos, en virtud de que los emite la Comisión Nacional.

⁷⁹ Curiosamente Oaxaca no incluye este objetivo en su normativa, aunque se infiere de las funciones que desempeña. Tampoco Sinaloa contempla expresamente esta facultad.

CUARTA PARTE

LA CONAMED EN EL CONTEXTO DE OTROS OEPDH

El análisis de las similitudes y diferencias que la CONAMED guarda con otros *organismos especializados de carácter no jurisdiccional de protección de los derechos humanos* (OEPDH) —particularmente de protección de los derechos de los usuarios de servicios— puede permitir reconocer el alcance real de las acciones de la Comisión.

En este apartado se presenta un resumen de los estatutos jurídicos vigentes de la Comisión Nacional para la protección y defensa de los usuarios de servicios financieros (CONDUSEF); la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO); la Comisión de Apelación y Arbitraje del Deporte (CAAD); y la Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo (PROFEDET). Esta información se contrasta con la correspondiente a la CONAMED.

Se utilizan algunos indicadores relevantes para la configuración estructural de las funciones de esta clase de entidades, dejándose de lado aquellos aspectos particulares de cada institución vinculados con los derechos y condiciones especiales que cada una de ellas tutela. El análisis busca encontrar elementos conceptuales y herramientas jurídicas que puedan ser útiles para el fortalecimiento de las atribuciones de la CONAMED.

La contrastación se realiza considerando que existen organismos con una experiencia alcanzada luego de un periodo prolongado de desarrollo (PROFECO y PROFEDET); otras que cuentan con un desarrollo de mediano plazo (CONDUSEF), y una de muy reciente creación (CAAD).

I. Naturaleza jurídica de los OEPDH

Tal y como se señaló antes, al contrastar a la CONAMED con las COEMED, la comparación de su naturaleza jurídicas permite comprender con mayor claridad el ámbito de sus facultades

y su capacidad para tomar determinaciones autónomas.

El artículo 4º de la Ley Federal de Protección al Usuario de Servicios Financieros (LFPUSEF) establece que:

La protección y defensa de los derechos e intereses de los Usuarios, estará a cargo de un organismo público descentralizado [CONDUSEF] con personalidad jurídica y patrimonio propios.

Por su parte, el artículo 20 de la Ley Federal de Protección al Consumidor (LFPC) señala que:

La Procuraduría Federal del Consumidor es un organismo descentralizado de servicio social con personalidad jurídica y patrimonio propio. Tiene funciones de autoridad administrativa y está encargada de promover y proteger los derechos e intereses del consumidor y procurar la equidad y seguridad jurídica en las relaciones entre proveedores y consumidores.

De esta manera, tanto la CONDUSEF como la PROFECO son OPD y cuentan con personalidad jurídica. La CONAMED, la CAAD y la PROFEDET, en cambio, son OD de la administración pública. Ya se han señalado ampliamente las características de ambos tipos de instituciones. Las limitaciones en materia de autonomía de las tres últimas instituciones son notables, como es de esperar en el caso de cualquier OD. No es infrecuente entonces que tales instituciones busquen obtener cada vez mayor independencia y autonomía orgánica.

Vale la pena señalar que las instituciones nacionales de derechos humanos (desde el Ombudsman tradicional hasta las entidades especializadas) han obtenido de manera paulatina una gradual autonomía, y que esto se ha reflejado en la eficacia de su labor.⁸⁰

⁸⁰ De acuerdo con el Consejo Internacional para Estudios de Derechos Humanos: "La independencia es el atributo que sostiene de manera más evidente la legitimidad y credibilidad de una institución nacional, y de ahí, su eficacia. La ley que establece una institución debería fijar sus mecanismos y plazos de nombramiento, su mandato, sus facultades, su financiamiento y las líneas de rendición de cuentas. Debería garantizar la independencia y las facultades de la institución, y dificultar que se socave su situación en el futuro. Los buenos mecanismos de nombramiento son esenciales para conseguir miembros independientes y diversos", en *International Council on Human Rights*. Evaluar la Eficacia de las Instituciones Nacionales de

Al respecto puede ejemplificarse claramente el proceso mediante el cual la CNDH fue desarrollando de manera paulatina su ámbito cada vez más consolidado de autonomía. Ésta se estableció en el año 1989 como una Dirección General de la Secretaría de Gobernación para después constituirse como un Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Gobernación por decreto presidencial de 6 de junio de 1990. Más tarde sería reconocida como Organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios mediante reforma constitucional de 28 de enero de 1992, y finalmente alcanzó su reconocimiento como Organismo Público Autónomo por virtud de la reforma constitucional de 13 de septiembre de 1999. Como se puede apreciar, el proceso gradual y paulatino de consolidación de la autonomía de la CNDH muestra una ruta que puede servir de orientación en el diseño y fortalecimiento de los OEPPDH.

II. Carácter de las disposiciones de los OEPPDH

A partir de un análisis comparativo entre diferentes OEPPDH mexicanas se advierte que por lo regular el marco regulatorio del que se derivan reconoce el carácter público de sus disposiciones.⁸¹

Por ejemplo, tanto la LFPUSEF, en su artículo 3º, como la LFPC, en su artículo 1º, señalan que dichos ordenamientos son “de orden público, interés social y de observancia en toda la República”.

De la misma manera, el artículo 1º de la Ley General de Cultura Física y Deporte (LGCFD)

señala que dicha ley es de “orden e interés público y observancia general en toda la República”.

En contraste con lo anterior, el artículo 3º del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la CONAMED señala que “Dada la naturaleza civil del arbitraje médico, en el trámite del mismo se atenderá a la voluntad de las partes.”

Es relevante identificar que ni en el DC ni en el Reglamento de Procedimientos existe disposición normativa alguna que refiera la naturaleza de orden público o interés social de las normas que regulan el funcionamiento de la CONAMED.

Sólo dentro del apartado relacionado con las “transacciones”,⁸² existen ciertos límites impuestos a la autonomía de la voluntad que, como se ha expresado ya, constituye el fundamento del arbitraje médico de acuerdo con la normativa de la CONAMED. En dicha normativa se señala que:

La voluntad de los particulares no puede eximir de la observancia de la ley ni alterarla ni modificarla y sólo son renunciables los derechos privados que no afecten directamente al interés público, cuando la renuncia no perjudique los derechos de tercero” [Art. 68 Fracción IV del Reglamento de Procedimientos]

Y que:

La autonomía de las partes para otorgar contratos y convenios no puede ir en contra de la ley, el orden público o las buenas costumbres” [Art. 68 Fracción V del Reglamento de Procedimientos]

Como se puede apreciar, a diferencia de la CONDUSEF, PROFECO y CAAD, la normativa que regula las atribuciones de la CONAMED se compone de procedimientos que en principio obedecen más a la lógica del derecho privado

Derechos Humanos. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Berna, 2005. p. 14.

⁸¹ Siguiendo a Lorenzetti, Jorge Mosset Iturraspe sostiene que “Lo que se pretende con este orden público es: proteger a una de las partes restableciendo el equilibrio contractual, habida cuenta de una ‘falla estructural en el mercado’, atendiendo a las situaciones de poder; se busca asegurar una ‘igualdad de oportunidades’.” “No es una intervención que distorsiona la autonomía, sino que la mejora permitiendo que los contratantes se expresen en un pie de igualdad”. Jorge Mosset Iturraspe, *Op. cit.*, pp. 223-233.

⁸² De acuerdo con el artículo 2º fracción XX del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la CONAMED, por transacción debe entenderse “un contrato o convenio otorgado ante la CONAMED por virtud del cual las partes, haciéndose recíprocas concesiones, terminan una controversia”.

que a la lógica de las disposiciones basadas en el derecho público.⁸³

A diferencia de la CONDUSEF, PROFECO y CAAD —que en su marco regulatorio determinan con claridad el carácter público de sus disposiciones normativas— en el caso de la CONAMED el marco regulatorio: i) sólo hace referencia al carácter privado de las disposiciones que rigen al arbitraje, y ii) sólo pone límites a la voluntad de las partes sujetas a una controversia en la barrera infranqueable de las cuestiones de orden público.

El artículo 23 del Reglamento de Procedimientos de la CONAMED sostiene que para la resolución de las controversias se aplicarán, en cuanto al fondo: “a) el Código Civil Federal en aspectos civiles, salvo disposición expresa de ambas partes de sujetarse a la legislación civil de carácter local; b) la Ley General de Salud (LGS) y sus disposiciones reglamentarias por cuanto hace a los aspectos médicos; y c) la Ley Reglamentaria del artículo 5º Constitucional en lo que hace al ejercicio de las profesiones.”

En este sentido, la LGS establece en su artículo 1º que:

Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Por su parte, el Código Civil Federal determina que:

Sólo pueden renunciarse los derechos privados que no afecten directamente al interés público, cuando la renuncia no perjudique derechos de tercero.

Atendiendo a las consideraciones expuestas en otros apartados, debe resaltarse la asimetría existente en la configuración normativa de la CONAMED, que otorga preponderancia al

ámbito del derecho privado por encima de las cuestiones de orden público, sin suministrar claramente la existencia de un criterio interpretativo circunscrito por la legislación que sea capaz de garantizar la protección de los derechos humanos por encima de consideraciones que atiendan a la autonomía de la voluntad de las partes.

Esta asimetría podría estar determinada por la enorme importancia que en términos de diseño institucional se ha otorgado al ámbito de los procedimientos de conciliación y arbitraje, en relación con los mecanismos de actuación en materia de investigación y emisión de recomendaciones ante actos que constituyan una afectación al *derecho a la protección de la salud* (DPS). Desde esta óptica resulta en cierta medida comprensible que el tratamiento de las controversias médicas esté orientado al ámbito del derecho privado.

En el ámbito del arbitraje médico es significativo que el enfoque sobre el compromiso arbitral se limite al acuerdo entre las partes, asumiendo la existencia de un plano de igualdad material entre usuarios y prestadores de servicios, lo que teórica y prácticamente resulta inconsistente.

La ausencia de una normativa general para los actos de la CONAMED que contundentemente afirme la necesidad de tutelar al sujeto más débil en la relación prestador-usuario constituye una importante restricción de las funciones de protección del usuario que teóricamente debe asumir esta institución: resguardar el derecho a la protección de su salud.⁸⁴

La incorporación de los elementos que resguarden la tutela del orden público y los

⁸³ “Según se mire la tendencia de equiparar el arbitraje con el procedimiento judicial o se destaque su origen convencional, se hablará de doctrinas publicistas o privatistas... “En lo tocante al arbitraje predomina la discusión sobre su carácter público o privado, según se destaquen las notas del interés público o del principio dispositivo”. Humberto Briseño Sierra, *El arbitraje en el derecho privado*, Instituto de Derecho Comparado, UNAM, México 1963. p. 34.

⁸⁴ Mauro Cappelletti ha señalado que es posible contribuir a la tutela de sujetos que se encuentran en un plano material de desigualdad a través de “la extensión de los poderes del juez [en una contienda]” permitiéndole “extender el ámbito de su providencia de modo de incluir daño globalmente producido por el demandado, y en general para dictar providencias eficaces” para las partes ausentes e incluso *erga omnes* (respecto a obligaciones que trascienden la voluntad de las partes) Cf. Mauro Cappelletti, “Formaciones sociales frente a la justicia civil”, *Congreso sobre el tema “Libertades fundamentales y formaciones sociales”*, Florencia 9-11 de mayo de 1975. p. 19.

derechos de los usuarios, lejos de constituir un debilitamiento del mecanismo de arbitraje, puede constituir una herramienta valiosa que reduzca el plano material de desigualdad en la que se ubican los usuarios frente a los prestadores de los servicios médicos.

III. Objeto de la ley y principios que orientan a los OEPPH

Un elemento fundamental que se inscribe en el ámbito de una adecuada técnica legislativa se refiere a la importancia de identificar con claridad el o los objetos de una ley.

La determinación del objeto de la ley contribuye a orientar los propósitos perseguidos por un ordenamiento y, a su vez, a delimitar las atribuciones de las entidades que de él emanan.⁸⁵ De la misma manera, al incorporación los principios y valores que protege se circunscriben los límites de la interpretación del ordenamiento para garantizar que, en todo momento, esta interpretación responda de manera efectiva al objeto, principios y valores en los que descansa la ley.⁸⁶

En relación con esta materia, la LFPC señala en su artículo 1º que:

El objeto de esta ley es promover y proteger los derechos y cultura del consumidor y procurar la

equidad, certeza y seguridad jurídica en las relaciones entre proveedores y consumidores.

En este caso, la delimitación del objeto del ordenamiento clarifica los propósitos que debe perseguir la institución a la que el ordenamiento da origen, y permite advertir, a la luz de sus atribuciones y naturaleza jurídica, si tales atribuciones y naturaleza son coherentes con el objeto fundamental de la ley. Es relativamente fácil advertir que el objeto de dicho ordenamiento es, primero, *promover y proteger los derechos y cultura del consumidor* y, segundo, *procurar la equidad, certeza y seguridad jurídica en las relaciones entre proveedores y consumidores*.

La interpretación de las disposiciones particulares del ordenamiento jurídico necesariamente debe concordar con sus propósitos generales.

En el caso del marco jurídico de la CONAMED, consideramos se presentan los objetivos de la institución en lo particular, pero no el objeto general del ordenamiento.

El artículo 2º del DC de la CONAMED señala que ésta:

...tendrá por objeto contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios.

Como queda claro, esta disposición se refiere al objeto de la institución, pero no menciona el propósito general del ordenamiento.

Tanto la CAAD como la PROFECO se encuentran en condiciones de utilizar como marco de interpretación los principios consagrados en sus respectivos órdenes normativos; esto les permite identificar con claridad el alcance de sus resoluciones.

En el caso de la PROFECO algunos de los principios básicos que regulan las relaciones de consumo se refieren, como informa el artículo 1º de la LFPC, a:

La protección de la vida, salud y seguridad del consumidor contra los riesgos provocados por productos, prácticas en el abastecimiento de

⁸⁵ Tal y como ha sugerido el profesor Miguel Alejandro López Olvera: "Para empezar a trabajar en el texto de la ley, es preciso determinar la materia que la misma regulará. Primero se tendrá que describir el tema principal en forma concisa, clara y genérica. A partir de la definición del nombre de la ley se puede estructurar con nitidez el contenido y organizar la disposición en las materias o temas que abarcará el ordenamiento. Escribir el nombre de la ley es abordar la esencia y la materia prima que se va a tratar." Miguel Alejandro López Olvera, "Técnica legislativa y proyectos de Ley", en Carbonell, Miguel y Pedroza de la Llave, Susana Talía (Coordinadores), *Elementos de técnica legislativa*, UNAM, Serie Doctrina Jurídica, Núm. 44, México, 2000, p. 126.

⁸⁶ De acuerdo con el Lic. Miguel Ángel Camposeco Cadena uno de los principales aspectos sobre los que opera la técnica legislativa se refiere a: "La observancia de los principios básicos del sistema constitucional que fundan la validez del orden jurídico dentro del cual se integrará la norma, se trate de norma nueva o de una norma reconstruida, incluyendo la supresión total o parcial de ordenamientos o de textos normativos vigentes. Miguel Ángel Camposeco Cadena, *Técnica Legislativa, Crónica Legislativa*, Órgano de Información de la LVIII Legislatura de la Cámara de Diputados, No. 15. 3ª Época, 1º julio al 28 de agosto del 2008. p. 127.

productos y servicios considerados peligrosos o nocivos.

O bien a garantizar:

La educación y divulgación sobre el consumo adecuado de los productos y servicios, que garanticen la libertad para escoger y la equidad en las contrataciones.

Por su parte, la LGCFD refiere en su artículo 2º como un principio consagrado en dicho ordenamiento, y al que se supedita la interpretación del conjunto de disposiciones de dicha ley, a:

Garantizar a todas las personas sin distinción de género, edad, capacidades diferentes, condición social, religión, opiniones, preferencias o estado civil la igualdad de oportunidades dentro de los programas de desarrollo que en materia de cultura física y deporte se implementen.

Como se puede observar, la inclusión dentro de un ordenamiento normativo de los principios y valores protegidos por una legislación determinada contribuye a la clarificación tanto de los propósitos de dicha legislación como a la interpretación de las disposiciones particulares del ordenamiento.

IV. Ámbito de aplicación de las disposiciones de los OEPPDH

El artículo 8º del RPAQM de la Comisión señala que:

Para la tramitación y resolución de los asuntos ante la CONAMED, se estará a lo dispuesto en el presente Reglamento, siempre que las partes no hubieren realizado alguna prevención especial en la cláusula compromisoria o en el compromiso arbitral.

De manera adicional, el artículo 50 del mismo Reglamento señala que no son materia de proceso arbitral aquellas controversias donde:

- a) No se reclamen pretensiones de carácter civil.
- b) Exista una controversia de carácter civil, pero la misma se encuentre sometida al conocimiento de tribunales, a menos que expresamente las partes renuncien a tal procedimiento.
- c) Cuando la materia sea de carácter laboral.

- d) Cuando el propósito del procedimiento ante al CONAMED sea la tramitación de medios preparatorios a juicio civil o mercantil o bien, el mero perfeccionamiento u obtención de pruebas preconstituidas para proceder al inicio de un procedimiento judicial o administrativo.
- e) Cuando la pretensión consista en sancionar a un prestador de servicios médicos.
- f) Cuando la controversia verse exclusivamente sobre el monto de servicios de atención médica.
- g) Cuando la queja no se refiera a la negativa o irregularidad en la prestación de servicios médicos.

Como puede observarse a la luz de los artículos enunciados, es patente la inclinación del Reglamento para reducir el ámbito del marco regulatorio de los procedimientos seguidos por la CONAMED, específicamente en el caso del arbitraje médico.

Como se ha señalado, la CONAMED desarrolla procedimientos relacionados con su carácter de MJA; procedimientos relacionados con su carácter de OEPPDH, y procedimientos relacionados con su carácter de organismo auxiliar de la justicia. Llama la atención entonces que su Reglamento de Procedimientos se incline prácticamente a la regulación del arbitraje como principal instrumento, sin incorporar disposiciones encaminadas a garantizar la prevalencia de las disposiciones del derecho público sobre las de derecho privado.⁸⁷

En contraposición a lo que acontece con la CONAMED, llama la atención el contenido del artículo 5º de la LFPC, que señala:

Quedan exceptuados de las disposiciones de esta ley los servicios que se presten en virtud de una relación o contrato de trabajo, los servicios profesionales que no sean de carácter mercantil

⁸⁷ De acuerdo con la Dra. Eréndira Salgado, "... los particulares pueden quedar en estado de indefensión por virtud de actuaciones o resoluciones arbitrales ilegales, contrarias a disposiciones de orden público. Lo anterior, atentos a que el laudo arbitral es título que motiva ejecución; es decir, una resolución con atributos de impugnabilidad, inmutabilidad y coercibilidad, cuya efectividad y realización quedan solamente al arbitrio del juez competente designado por las partes, quien no puede modificarlo." *Op. cit.*, p. 9.

y los servicios que presten las sociedades de información crediticia.

Con esto se delimita claramente el ámbito de aplicación del ordenamiento.

Es necesario establecer que el análisis de los instrumentos normativos de la CONAMED se circunscribe esencialmente a la competencia relacionada con el arbitraje médico, ya que no existe una delimitación del ámbito de actuación de la Comisión en contextos distintos al arbitraje.

V. Sujetos Obligados ante los OEPDH

En relación con la determinación de los sujetos obligados por virtud de una ley, la LFPC contempla un artículo destinado a clarificar a aquellos sujetos que se encuentran obligados, es decir, señala en su artículo 6º que:

Estarán obligados al cumplimiento de esta ley los proveedores y los consumidores. Las entidades de las administraciones públicas federal, estatal, municipal y del gobierno del Distrito Federal están obligadas en cuanto tengan el carácter de proveedores o consumidores.

Por el contrario, el artículo 3º del DC de la CONAMED señala que:

En términos del Título Tercero de la Ley General de Salud, se consideran prestadores de servicios médicos las instituciones de salud de carácter público, privado o social, así como los profesionales, técnicos y auxiliares que ejerzan libremente cualquier actividad relacionada con la práctica médica. Los usuarios de un servicio médico son las personas que solicitan, requieren y obtienen dicho servicio de los prestadores de servicios médicos para proteger, promover y restaurar su salud física o mental.

La interpretación de este artículo se relaciona con el contenido del 2º del mismo DC, que señala:

La CONAMED tendrá por objeto contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios.

En este sentido, el artículo 3º no cumple con el propósito de identificar a los sujetos obligados por dicho ordenamiento, sino que elabora una definición de aquellos sujetos (“prestadores de servicios médicos” y “usuarios de servicios médicos”) que podrían beneficiarse por la resolución de un conflicto médico.

De nueva cuenta, el enfoque basado en la autonomía de la voluntad de los sujetos se encuentra presente, dejando de lado la imposición de obligaciones a las entidades prestadoras de servicios médicos en materia de orden público, y sin que existan sujetos claramente vinculados por el propio ordenamiento normativo.^{88,89}

La inexistencia de una disposición en el marco normativo de la CONAMED que reconozca el carácter de sujetos obligados por la ley y contribuya a asegurar la naturaleza tutelar del DPS constituye un elemento que debe ser fortalecido bajo la óptica de la protección de los usuarios de servicios médicos.

VI. Finalidad de los OEPDH

La finalidad de la CONAMED, a la luz de lo establecido en el artículo 2º de su DC, tendría que circunscribirse a la que es propia de los MAJ, que se orientan centralmente a la resolución de controversias.

El artículo 5º de la LFPUSEF señala que la CONDUSEF:

⁸⁸ El investigador del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, José Manuel Lastra Lastra señala que “La autonomía privada es libertad individual que permite hacer o no hacer, otorgar al individuo una esfera de actuación; es un reconocimiento del valor jurídico de sus actos que serán vinculantes y preceptivos”. José Manuel Lastra Lastra, “Paradojas de la Autonomía de la Voluntad en las Relaciones de Trabajo”, *Revista de Derecho Privado*, Nueva época, año II, núm. 5, mayo- agosto de 2003. p. 125.

⁸⁹ El propio profesor Lastra señala que “La autonomía privada no es una regla de carácter absoluto. Otorgar carácter absoluto a la autonomía privada significaría reconocer el imperio sin límite del arbitrio individual. El problema de la autonomía privada es un problema de límites. El orden social precisa que ésta no sea absoluta, sino limitada, de tal manera que los límites no sean tan amplios para otorgar al individuo una libertad desmesurada que sólo ocasionaría la perturbación del orden, pero tampoco tan reducidos que lleguen a suprimir la propia autonomía.” *Ibidem*. p. 126.

...tendrá como finalidad promover, asesorar, proteger y defender los derechos e intereses de los Usuarios frente a las Instituciones Financieras, arbitrar sus diferencias de manera imparcial y proveer a la equidad en las relaciones entre éstos, así como supervisar y regular de conformidad con lo previsto en las leyes relativas al sistema financiero a las Instituciones Financieras, a fin de procurar la protección de los intereses de los Usuarios.

Como se puede observar, desde la identificación de las finalidades de la

CONDUSEF se identifica una serie de providencias no sólo para la resolución de conflictos entre usuarios y prestadores de servicios, sino para garantizar la protección del usuario.

La asimetría que existe en la CONAMED entre su finalidad de resolver controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos con respecto a la protección de los derechos de tales usuarios se puede apreciar en el siguiente cuadro.

Tabla 2.3. Objetivos explícitos en materia de protección de los derechos de los usuarios y consumidores. (CONAMED y CONDUSEF)

Institución	Solución de Diferencias	Protección al Usuario
CONAMED	- Contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios.	ninguno
CONDUSEF	- Arbitrar sus diferencias de manera imparcial.	- Proveer a la equidad en las relaciones entre éstos. - Promover, asesorar, proteger y defender los derechos e intereses de los usuarios frente a las instituciones financieras. - Supervisar y regular de conformidad con lo previsto en las leyes relativas al sistema financiero a las instituciones financieras, a fin de procurar la protección de los intereses de los usuarios.

El reconocimiento de las finalidades tendientes a asegurar la protección del usuario, garantizar un plano de equidad en las relaciones con los prestadores de servicios y asegurar una permanente supervisión en el sistema, son asignaturas que no se encuentran en la actual configuración normativa de la CONAMED.

VII. Medidas generales de protección al Usuario

El artículo 4^º de la LFPUSEF establece en materia de protección del usuario:

La protección y defensa que esta Ley encomienda a la Comisión Nacional, tiene como objetivo prioritario procurar la equidad en las relaciones entre los Usuarios y las Instituciones Financieras, otorgando a los primeros elementos para fortalecer la seguridad jurídica

en las operaciones que realicen y en las relaciones que establezcan con las segundas.

Por su parte, el artículo 19 de la LFPC señala:

La Secretaría determinará la política de protección al consumidor, que constituye uno de los instrumentos sociales y económicos del Estado para favorecer y promover los intereses y derechos de los consumidores.

Como se puede apreciar, tanto en el texto como en el espíritu de las leyes citadas existe se reconoce que existe un plano teórico de desigualdad entre usuarios y consumidores frente a los prestadores de servicios.⁹⁰

⁹⁰ En la explicación del profesor Mosset Iturraspe, tal intervención tutelar asegura la preservación de un orden público que se traduce en “proteger a una de las partes restableciendo el equilibrio contractual, habida cuenta de una “falla estructural en el mercado”, atendiendo a las situaciones de poder”. Se busca

Siguiendo la expresión del profesor Wajntraub: “El carácter de orden público de la Ley de Defensa del Consumidor es coherente con su finalidad, consistente en equilibrar relaciones jurídicas que son genéticamente desiguales”.⁹¹

Con el propósito de tutelar los derechos de usuarios y consumidores, tanto la CONDUSEF como la PROFECO cuentan con una serie de atribuciones que se enmarcan en el ámbito de este tipo de protección. Su finalidad es establecer restricciones a la autonomía de la voluntad, reconocer la situación de debilidad en la que se encuentran los consumidores y usuarios, y asegurar el establecimiento de relaciones equitativas con los prestadores de servicios.

Importa señalar que las atribuciones orientadas a prevenir y limitar los actos que afectan los intereses de los usuarios se encuentran incorporadas en la normatividad de tales instituciones.

VIII. Facultades conferidas por la ley a los OEPDH

A continuación se presenta una tabla comparativa incluyendo algunas de las facultades más relevantes de los organismos especializados en la protección de derechos de usuarios y consumidores que son objeto de este examen.

asegurar una “igualdad de oportunidades”. Jorge Mosset Iturraspe, *Op cit.*, pp. 229.

⁹¹ Citado en Jorge Mosset Iturraspe, *Op cit.*, pp. 233.

Tabla 2.4. Comparación de facultades de los OEPDH en materia de protección al usuario señaladas explícitamente en su marco normativo

Facultades	CONAMED (OD)	CAAD (OD)	PROFEDET (OD)	PROFECO (OPD)	CONDUSEF (OPD)
Conceder suspensión provisional del acto reclamado		Art. 39. (III.) LGCFD			
Atención de consultas	Art. 4º (I) DC.		Reglamento PROFEDET Art. 4 II y Art. 25		Art. 11 (I) LFPUSF.
Resolver reclamaciones	Art. 4º (II) DC.		Reglamento PROFEDET Art. 4. III	Art. 99 LFPC	Art. 11 (II) LFPUSF
Procedimiento de conciliación	Art. 4º (IV) D.C.		Art. 530 LFT Reglamento PROFEDET Art. 4 V	Art. 24 Fr. XVI LFPC	Art. 11 (III) LFPUSF
Emisión de dictámenes	Art. 4º (VI) DC			Art. 24 (XVI) LFPC	Art. 11 (III) LFPUSF
Actuación como árbitro	Art. 4º (V) DC	Art. 39 II. LGCFD		Art. 117. LFPC	Art. 11 (IV) LFPUSF
Actuación como procurador y representante en la defensa del usuario			Art. 530 LFT (I)	Art. 24 (II)	Art. 11 (V)
Promoción y protección de los derechos del usuario		Art. 2 (VII)		Art. 24 (I)	Art. 11 (VI)
Procuración de la equidad entre usuarios y prestadores	Art. 41	Art. 2 (XI)			Art. 11 (VII)
Celebración de convenios y colaboración con otras instancias	Art. 4º (X)	Reglamento PROFEDET Art. 4 VII		Art. 24 (XI y XII)	Art. 11 (XI)
Elaboración de estudios de derecho comparado sobre las instituciones de protección					Art. 11 (XII)
Proporcionar información a los usuarios de los servicios y productos que se ofrecen				Art. 8 BIS 2º Párrafo	Art. 11. (XIV)
Facultades para actuar como perito	Art. 4º (IX)			Art. 24 (X)	
Información al público sobre la calidad de los servicios	Art. 4º (XII)				Art. 11 (XVI)
Revisión de los contratos y documentos utilizados por instituciones				Art. 24 (XV)	Art. 11 (XVIII y XVIII)
Acceso a la información de los usuarios que se encuentre en poder de las instituciones prestadoras	Art. 10 Fr. VI Reglamento Proc.			Art. 13 LFPC	Art. 11 (XX)
Imposición de sanciones administrativas				Art. 24 (XIX)	Art. 11 (XXXVIII)
Conocer y resolver el recurso de revisión contra sanciones		Art. 39 I		Art. 135	Art. 11 (XXXIX)
Aplicación de medidas de apremio		Art. 39 IV		Art. 25	Art. 11 (XXII)
Denuncia ante el Ministerio Público y coadyuvancia con los usuarios víctimas del delito			Art. 4º IV Reglamento PROFEDET	Art. 24 (XVII)	Art. 11 (XXVI)
Publicación de información relevante en portal electrónico de la institución				X	Art. 11 (XXVII)
Vigilar y verificar el cumplimiento de la ley				Art. 8	Art. 11 (XXVIII)
Actuar como consultor y elaborar estudios			Art. 4º VIII Reglamento PROFEDET	Art. 24 (VII)	Art. 11 (XXIX)
Requerimientos para combatir malas prácticas				Art. 24 (XX)	Art. 11 (XXX)
Informar a los usuarios sobre acciones u omisiones de los prestadores de servicios que afecten sus derechos				Art. 24 (XXI)	Art. 11 (XXXII)
Elaboración de estadísticas					Art. 11 (XL)

Sin realizar mayor análisis puede advertirse que los OPD incorporan una normativa más acabada y poseen una óptica enfocada a la tutela de los derechos de los usuarios y consumidores, en relación con que los OD.⁹²

IX. Análisis de los procedimientos vinculados con los MJA y los OEPDH

I. Suplencia de la deficiencia de la queja

Un elemento de enorme importancia para garantizar el acceso efectivo a la justicia se relaciona con la flexibilidad con la que los usuarios pueden acudir ante las instituciones que resguardan sus derechos. En este campo, la suplencia de la deficiencia de la queja (o suplencia de la queja deficiente) constituye una importante institución en la protección de los sujetos en desventaja.⁹³

El segundo párrafo del artículo 63 de la LFPUSEF señala que:

La Comisión Nacional estará facultada para suplir la deficiencia de las reclamaciones en beneficio del Usuario.

El segundo párrafo de la fracción III del artículo 39 de la LGCFD, por su parte, señala que:

Cuando el impugnante no sea autoridad, entidad u organismo deportivo, la CAAD podrá efectuar la suplencia en la deficiencia de la queja.

En cambio, en el caso de la CONAMED, el artículo 51 de su RPAQM determina que:

Si la queja fuere incompleta, imprecisa, oscura o ambigua, la CONAMED, señalando los defectos correspondientes, requerirá por escrito al interesado para que aclare o complete los datos en un plazo no mayor de diez días hábiles,

⁹² Una discusión más detallada sobre estas atribuciones se presenta en un anexo de esta misma evaluación.

⁹³ El Dr. Héctor Fix Zamudio ha establecido que “Una institución muy importante, que amplía las facultades del juzgador en el amparo, protegiendo a la parte débil en el proceso... es la llamada suplencia de la deficiencia de la queja o suplencia de la queja deficiente, que consiste en la integración, por el juez de amparo, de las omisiones, errores o deficiencias en que hubiese incurrido el promovente, al formular la demanda”. Héctor Fix Zamudio, Capítulo XI. “Suplencia de la Queja”, *En Panorama del Derecho Mexicano*. Instituto de Derecho Comparado, UNAM, Serie: Fuentes, textos y estudios legislativos no. 4. México, 1965. p. 146.

contados a partir de la fecha en que surta efectos la notificación. Si el quejoso no desahogara la aclaración en el término señalado, se sobreseerá la queja por falta de interés.

El artículo 41 del mismo reglamento señala además que:

Será optativo para las partes acudir asesoradas a las audiencias de conciliación y de pruebas y alegatos, y en este supuesto, los asesores necesariamente deberán ser profesionales en alguna disciplina para la salud o licenciados en derecho, con cédula profesional y legal en ejercicio de su profesión. En caso de que una de las partes se encuentre asesorada y la otra no, la CONAMED celebrará la audiencia correspondiente procurando la mayor equidad, e ilustrará a la parte que no se encuentre asesorada, sin que esto signifique suplencia de la queja deficiente o patrocinio por parte de la CONAMED.

Como se puede apreciar, tanto la CONDUSEF como la CAAD aceptan la suplencia de la deficiencia de la queja como instrumento de tutela de los derechos de los sujetos en desventaja. En contraposición, los artículos 41 y 51 del RPAQM declaran —uno implícita y el otro explícitamente— que es improcedente la suplencia de la queja deficiente en favor de los usuarios de servicios de salud.

2. El dictamen técnico como herramienta de protección de los usuarios

Los procedimientos desarrollados por los MJA en la resolución de controversias parten de una óptica más cercana al derecho privado que al derecho público. Esta óptica reconoce a la decisión de las partes en conflicto como el elemento esencial para someterse o no a los procedimientos de resolución de controversias.

Sin embargo, aun cuando una entidad desarrolle su principal función como instancia de resolución de controversias, sus procedimientos de conciliación y arbitraje pueden incorporar importantes salvaguardas para la tutela de los derechos de usuarios y consumidores.

Con el propósito de reducir el ámbito voluntarista para acudir al arbitraje, la CONDUSEF y la PROFECO han establecido un medio de protección en favor de los derechos de los usuarios o consumidores: la emisión de un dictamen técnico que permita a los usuarios acudir ante los tribunales con un instrumento técnico jurídico reconocido por estos y ejecutable, en el que se consigna la determinación líquida del importe de la obligación.⁹⁴

El contenido del artículo 68 Bis de la LFPUSEF establece que:

Cuando las partes no se sometan al arbitraje, y siempre que del expediente se desprendan elementos que a juicio de la Comisión Nacional permitan suponer la procedencia de lo reclamado, ésta podrá emitir, previa solicitud por escrito del usuario, un acuerdo de trámite que contenga el dictamen, siempre y cuando la obligación contractual incumplida que en el se consigne sea válida, cierta, exigible y líquida a juicio de la autoridad judicial...

Por su parte, el párrafo 4º del artículo 114 de la LFPC establece que:

La Procuraduría podrá emitir un acuerdo de trámite que contenga el dictamen al que se refieren los párrafos anteriores, que constituirá título ejecutivo no negociable a favor del consumidor, siempre y cuando la obligación contractual incumplida que en él se consigne sea cierta, exigible y líquida a juicio de la autoridad judicial...

A diferencia de los preceptos citados, el artículo 65 del RPAQM de la CONAMED establece que:

La CONAMED podrá emitir discrecionalmente y no a petición de parte, según la naturaleza del asunto, opinión técnica, valiéndose de los elementos de que disponga. Esta opinión podrá ser enviada al prestador del servicio o a quien estime pertinente a efecto de plantear directrices para la mejoría de la atención médica.

⁹⁴ En el caso de la CONAMED, este "Dictamen Técnico" es denominado "Opinión Técnica".

Debe tenerse en cuenta que la emisión del dictamen técnico constituye una medida que salvaguarda los intereses de los usuarios, que de otra forma se encuentran a merced de la voluntad de los prestadores de servicios que libremente podrían decidir no someterse a un procedimiento de conciliación y arbitraje.^{95,96}

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha justificado la desigualdad en el tratamiento entre las partes en conflicto frente a la CONDUSEF sosteniendo que:

... las disposiciones legales que confieren al reclamante determinados derechos procedimentales a los que no tiene acceso la quejosa, resultan precisamente de que tal ordenamiento contempla la desigualdad material de las partes y no su igualdad formal, la que sólo adquiere sentido, conforme a los artículos 14 y 16 constitucionales, en un proceso judicial.⁹⁷

El dictamen técnico que emiten la PROFECO y la CONDUSEF tiene las siguientes características en común:

- a) Proceden en el caso de que los prestadores de servicios no acudan a la conciliación o cuando, habiendo acudido, decidan no someterse al arbitraje ante dichas instituciones.

⁹⁵ La exposición de motivos de la Ley de Protección y Defensa del Usuario de Servicios Financieros, publicada en el Diario Oficial de la Federación el dieciocho de enero de mil novecientos noventa y nueve, estableció que "*existe una clara tendencia a solucionar en los órganos jurisdiccionales los conflictos surgidos entre las entidades financieras y el público usuario de sus servicios, sin que previamente deba agotarse la etapa conciliatoria y sin que se regule de manera puntual la forma de informar, orientar, promover y proteger los derechos e intereses de los usuarios de los servicios que prestan los intermediarios financieros, procurando la equidad y la seguridad jurídica en las relaciones entre los usuarios y los intermediarios financieros*". En razón de lo anterior, se determinó la necesidad de establecer mecanismos que establecieran obligaciones a cargo de los prestadores de servicios para comparecer ante las instancias de resolución alternativa de conflictos. Iniciativa de la Ley de la Comisión de Protección al Usuario de Servicios Financieros, a cargo del dip. Ignacio García de la Cadena, del grupo parlamentario del Partido Revolucionario Institucional. *Gaceta Parlamentaria*, Año II, Número 161, jueves 19 de noviembre de 1998.

⁹⁶ Ser un procedimiento voluntario lo hace impracticable cuando no es del agrado de alguna de ellas. J. Hernández Moreno. *et. al. Cuadernos de Medicina Forense*, no. 28, Abril 2002, p. 18.

⁹⁷ Amparo en Revisión 15/2002, Quejosa: AIG México, Seguros Interamericana, S. A., de C. V., Instancia: Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, sentencia de 12 de junio de 2002. p. 62.

- b) Emiten el dictamen mediante un acuerdo de trámite que le prevé.
- c) Se exige que la obligación contractual incumplida que se consigne en el dictamen técnico sea cierta, exigible y líquida a juicio de la autoridad judicial.
- d) Se establece que el prestador de servicios podrá controvertir el monto del título, presentar las pruebas y oponer las excepciones que estime pertinentes.

Las diferencias en los dictámenes emitidos por dichas instituciones son las siguientes:

- a) En el dictamen técnico emitido por la CONDUSEF debe establecerse una calificación, de donde se deben desprender elementos que permitan suponer la procedencia de lo demandado.
- b) Para la emisión del dictamen, la CONDUSEF requiere la solicitud por escrito del usuario.
- c) Mientras que en el caso de la PROFECO el dictamen tiene carácter de título ejecutivo (que trae aparejada ejecución), en el caso de la CONDUSEF el dictamen sólo constituye una prueba preconstituida.

Tomando en consideración lo anterior, es posible comparar los dictámenes estudiados con la Opinión Técnica rendida por la CONAMED.

La opinión técnica de la CONAMED posee las siguientes características:

- a) Al igual que la PROFECO y la CONDUSEF, procede ante la negativa del prestador de servicios para acudir a la audiencia de conciliación, o bien ante su negativa para someterse al arbitraje.
- b) Empero, existe un elemento que constituye un obstáculo para la protección de los derechos de los usuarios de los servicios médicos y que se refiere al carácter discrecional con el que puede actuar la CONAMED.

- c) De igual manera, de conformidad con el artículo 65 del Reglamento de Procedimientos de la CONAMED los efectos de dicha opinión técnica se reducen a ser “enviada al prestador del servicio o a quien estime pertinente a efecto de plantear directrices para la mejoría de la atención médica”.

Este carácter netamente informativo de la Opinión Técnica le impide ser utilizada como prueba preconstituida, lo que es notoriamente discordante con el amplio alcance del que se encuentran revestidos los informes técnicos de la CONDUSEF y la PROFECO.

Esta conclusión se confirma con la lectura del artículo 50 del RPAQM, que determina la necesidad de desechar reclamaciones notoriamente improcedentes. En su fracción IV señala que la queja será improcedente cuando “tenga por objeto la tramitación de medios preparatorios a juicio civil o mercantil o el mero perfeccionamiento u obtención de pruebas preconstituidas para el inicio de un procedimiento judicial o administrativo”.

De lo anterior se advierte la existencia de dos problemas fundamentales en la configuración de las opiniones técnicas de la CONAMED:

- a) Su carácter discrecional, y
- b) Su función netamente informativa y carente de utilidad jurídica como herramienta para proteger los derechos de los usuarios de servicios médicos, dentro de una controversia administrativa o judicial.

Esta condición de desventaja jurídica —en combinación con las limitaciones legales que se han presentado líneas arriba— termina por limitar severamente a la CONAMED en el cumplimiento de un papel relevante como entidad especializada en la protección de los derechos del usuario.

QUINTA PARTE

CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO JURÍDICO

El análisis de la situación jurídica de la CONAMED permite establecer las siguientes conclusiones y recomendaciones.

1. El diseño teórico institucional plasmado en el DC de la CONAMED respondió originalmente a la necesidad de establecer un mecanismo alternativo para la resolución de las controversias de carácter médico, por una parte, y a establecer un organismo especializado en la defensa no jurisdiccional del DPS, por la otra.⁹⁸

No obstante, del análisis de sus atribuciones es posible advertir una enorme asimetría entre las funciones desarrolladas por la Comisión: la institución otorga mucha mayor importancia a su función de resolución alternativa de controversias frente a su función de tutela especializada del DPS.

Tanto en su DC como en sus reglamentos se establece que son objetivos de la CONAMED promover una buena práctica de la medicina y contribuir a la mejoría de la prestación de los servicios médicos, pero no queda claro que ambos responden al propósito superior de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud.

De manera que parece necesario incorporar en el marco normativo de la Comisión herramientas jurídicas tendientes a tutelar este derecho. Entre las nuevas funciones que podrían desarrollarse destacan las orientadas a: i) proteger al usuario; ii) garantizar la equidad en las relaciones usuario-prestador de servicios, y iii) supervisar permanentemente el sistema de salud en términos de condiciones estructurales de calidad de la atención y seguridad del paciente.

Tales funciones no se encuentran expresadas suficientemente en la configuración normativa actual de la CONAMED.

2. Parece necesario entonces ampliar el objeto de la CONAMED, actualmente limitado a *“contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios”*.

Consideramos necesario hacer explícito el propósito superior que persigue la institución, enmarcado en la protección del derecho a la Salud establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y refrendado en la Ley General de Salud, y el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa nacional de Salud 2007-2012.

Para ello existen diversas alternativas legislativas. Puede incorporarse un objetivo muy general, como *“contribuir al cumplimiento del derecho a la protección de la salud”*, o con contenido más positivo, como *“proteger y defender los derechos de los usuarios de los servicios de salud”*, por ejemplo.

Es recomendable además hacer explícitos los principios y valores —en este caso relativos a la salud y al derecho a su protección— que busca salvaguarda el ordenamiento jurídico, a fin de establecer límites para la interpretación del propio ordenamiento y garantizar que se respetarán los propósitos, principios y valores en los que descansa la ley.

3. Es posible que la circunstancia que limita de manera más importante los alcances potenciales de la Comisión sea su limitado margen de *“autonomía técnica”* y su dependencia jerárquica subordinada a la administración pública centralizada. Ambas condiciones son naturales a su carácter de Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud. Tal condición afecta significativamente el ámbito de autonomía y limita la independencia de sus funciones. Adicionalmente, es probable que no sea compatible con propósito de tutelar efectivamente el DPS.

⁹⁸ Modelo teórico utilizado para el diseño institucional de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) pp. 11 a 13.

En consecuencia, se estima pertinente una transformación de la naturaleza jurídica de la Comisión, considerando las distintas alternativas que existen para su replanteamiento.

Como se ha planteado también en el diagnóstico estructural, al respecto existen tres posibles escenarios. Cada uno de ellos plantea la posibilidad de avanzar en dos vertientes; I) la primera se vincula a la profundidad de la transformación propuesta; II) la segunda se relaciona con la magnitud de la reforma que requiere el escenario propuesto.

A. Primer Escenario.

Reforma menor al actual DC. No se afecta sustancialmente el carácter estructural de la institución.

Este escenario constituye una reforma muy simple al actual DC, introduciendo sólo las modificaciones planteadas en esta evaluación que son compatibles con la naturaleza de un OD de la Secretaría de Salud.⁹⁹

Debe señalarse que, aunque este escenario es de fácil realización, no permitiría ampliar realmente los alcances de la Comisión, al no transformar las bases de su diseño normativo.

En virtud de lo anterior, este escenario no es una opción sugerida en el presente estudio, aunque sea una alternativa que puede desprenderse del análisis.

B. Segundo Escenario.

Transformación de la CONAMED en un OPA. Se afecta de manera profunda y compleja la naturaleza de la Comisión

El segundo escenario puede plantearse como la posición exactamente contrapuesta al primero.

Este escenario plantearía la transformación de la CONAMED en un Organismo Público Autónomo por disposición constitucional. Específicamente, sería recomendable revisar el ejemplo de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Oaxaca, constituida como un OPA desde su creación.

Si bien este escenario significa una transformación verdaderamente profunda, también es cierto que implica un esfuerzo político extraordinario, debido sobre todo a la mayor complejidad legislativa, pues requiere de una reforma a nivel constitucional. Debido a la dificultad para alcanzar una reforma de esta magnitud, esta evaluación no la considera la opción más adecuada para transformar a la institución en el corto plazo.

C. Tercer escenario.

Transformación de la CONAMED en un OPD. Se afecta de manera profunda y compleja la estructura de la CONAMED.

El tercer escenario constituye una opción de transformación profunda a nivel jurídico, y factible desde el punto de vista de la viabilidad legislativa.

Este escenario propone la transformación de la CONAMED en un Organismo Público Descentralizado, creado no en virtud de un decreto del Poder Ejecutivo, sino mediante una Ley expedida por el H. Congreso de la Unión. Existen diversos ejemplos en el ámbito estatal sobre entidades constituidas como Organismos Públicos Descentralizados.

Este escenario permitiría la incorporación estructural de todas las recomendaciones que se han analizado en el presente estudio, con la ventaja de que es mucho más factible lograr la reforma legislativa necesaria para su transformación que en el caso de un OPA.

Adicionalmente, es necesario considerar la posibilidad de que el nuevo organismo no estuviese ligado jurídica y estructuralmente al Sector Salud. Esto significaría que a la total autonomía técnica se agregaría una absoluta independencia en la planeación y el desarrollo de las funciones sustantivas del organismo.

⁹⁹ Por ejemplo, la revisión del objeto de su DC para introducir aspectos vinculados con el DPS y la modificación —en el Reglamento de Procedimientos de la CONAMED— de figuras como la suplencia de la deficiencia de la queja y el reconocimiento de la necesidad de reducir la desventaja en la que se ubican *de facto* los actores en la relación usuario-prestador de servicios.

La pertinencia de cada escenarios planteado plantea ventajas y desventajas que deben ser analizadas integralmente, en estudio especial. Esta evaluación sólo pretende advertir, a la luz del análisis comparado, el marco de posibilidades que existen para una eventual transformación de la naturaleza jurídica de la Comisión.

Tabla 2.5. Recomendaciones para la CONAMED vinculadas a sus atribuciones y procedimientos tanto en su carácter de MJA como de OEPPDH.

Tema	Conclusiones y recomendación
Designación del titular de la CONAMED	<p>Prácticamente en todas las comisiones —comenzando por la CONAMED— la designación del titular es una decisión exclusiva del Poder Ejecutivo, pero parece útil reflexionar sobre la conveniencia de esta forma de designación.</p> <p>Es particularmente interesante el mecanismo de designación utilizado en el Estado de Chiapas, donde es la Legislatura del Estado quien designa al titular de la Comisión, a partir de una terna propuesta por su Consejo. En otros casos el titular del ejecutivo escucha a instituciones, organizaciones sociales, académicas y profesionales especialmente involucradas en los asuntos que la Comisión atiende.</p> <p>Es recomendable analizar la posibilidad de incorporar el punto de vista de los diversos actores sociales y sectores involucrados, o conferirle al órgano legislativo la posibilidad de tal designación.</p>
Integración del Consejo de la CONAMED	<p>La mayor parte de las entidades federativas ha establecido un sistema de selección de consejeros que asegura una composición plural del Consejo y garantiza la participación de distintos actores y puntos de</p>

vista en el trabajo desarrollado.

La participación de las asociaciones profesionales, las academias, las asociaciones de abogados e incluso de representantes de alguna comunidad indígena constituyen ejemplos paradigmáticos de alternativas que pueden ser útiles para garantizar una integración plural.

Un rasgo particular que actualmente sólo se encuentra en el estado de Oaxaca es el establecimiento de una cuota mínima de lugares reservados para las mujeres.

Naturaleza de las disposiciones que rigen a la CONAMED

La CONAMED —al igual que cualquier OEPPDH que adicionalmente desarrolla funciones como MJA— tiene una serie de atribuciones vinculadas con el interés público, en especial poniendo límites al interés privado.

No obstante, en ninguna parte del marco normativo de la Comisión (DC y reglamentos) existe disposición alguna referida a la naturaleza de orden público de sus normas, o bien el señalamiento de cuáles de ellas se relacionan con aspectos de orden público.

Se estima necesario incorporar en el marco normativo disposiciones que señalen el interés público de las normas de la CONAMED, especificando que se pondrán límites al interés privado especialmente reduciendo el plano de desigualdad material de los

	<p>usuarios frente a las instituciones prestadoras de servicios de salud.</p>	<p>tutela especializada de derechos, como: actuar como procurador y representante en la defensa del usuario; promover los derechos de los usuarios; elaborar estudios de derecho comparado sobre las instituciones de protección; imponer sanciones administrativas; aplicar medidas de apremio, y verificar el cumplimiento de la ley, entre otras.</p>
Atribuciones de la CONAMED	<p>Existen atribuciones que prácticamente comparten todas las comisiones de arbitraje en el país, tales como: asesorar e informar a los usuarios y prestadores de servicios médicos; investigar y tramitar quejas; recibir pruebas y realizar diligencias en relación con los trámites de queja; fungir como árbitro; fungir como perito institucional; emitir recomendaciones por quejas relacionadas con la atención médica; intervenir de oficio y emitir recomendaciones en cualquier cuestión que se considere de interés general en la esfera de su competencia, etc.</p> <p>Otras atribuciones —que constituyen importantes herramientas para la tutela del DPS— son específicas de algunas comisiones. Entre ellas se encuentran: proponer reformas al ejecutivo para salvaguardar el derecho a la protección de la salud; realizar visitas <i>in loco</i> para gestionar el auxilio a pacientes en casos de urgencia médica calificada; adoptar medidas cautelares para evitar la consumación irreparable ocasionada por negligencias o irregularidades médicas, y exigir inmediatamente la prestación de servicios médicos negados.</p> <p>Finalmente, otras atribuciones sólo guardan conexión con la</p>	<p>Se estima necesario analizar la incorporación en el marco normativo de la CONAMED de aquellas atribuciones que resultan indispensables para cumplir cabalmente sus propósitos, sean estos los vigentes o los que resulten de una revisión de su naturaleza.</p> <p>Sujetos Obligados El enfoque basado en la autonomía de la voluntad de los sujetos —basado en el derecho privado— deja de lado la posibilidad de imponer obligaciones a las entidades prestadoras de servicios de salud en relación con cuestiones de orden público. Se estima que existen ciertas obligaciones que deberían estar a cargo de sujetos claramente vinculados por el propio ordenamiento normativo de la CONAMED.</p> <p>En virtud de lo anterior, se recomienda establecer en el marco normativo de la Comisión la categoría de “sujetos obligados por la Ley”, con el propósito de vincular jurídicamente a los prestadores</p>

	de servicios de salud y asegurar una mejor protección de los derechos de sus usuarios.	normativo de la CONAMED que la relación entre usuarios y prestadores de servicios es una relación asimétrica, que requiere el uso de herramientas prácticas que corrijan esta desigualdad material.
Ámbito de aplicación	El RPAQM se inclina a aplicar el arbitraje como medio privilegiado de resolución alternativa de las controversias, pero sin incorporar disposiciones relativas a garantizar la prevalencia de las disposiciones de derecho público sobre las de derecho privado. La circunscripción de los instrumentos normativos de la CONAMED al ámbito del arbitraje médico impide su aplicación en contextos distintos a la materia específica del arbitraje, como por ejemplo, el ámbito de protección de los derechos de los usuarios. Se propone incorporar al marco normativo de la Comisión disposiciones relativas a este tipo de funciones.	Adicionalmente se estima conveniente limitar consistentemente la aplicación de estricto derecho, que obedece más a la lógica del derecho privado que a la salvaguarda del interés público.
Suplencia de la Deficiencia de la queja.	La suplencia de la deficiencia de la queja en favor de los usuarios constituye una herramienta fundamental en la tutela de los derechos de los sujetos que se hallan en situación de desventaja en la relación usuario-prestador de servicios; sin embargo, tanto el artículo 51 como el 41 del Reglamento de Procedimientos de la CONAMED declaran improcedente la suplencia de la queja deficiente a favor de los usuarios de los servicios de salud. Se recomienda desarrollar una profunda revisión en el marco de la experiencia de otros OEPDH, a efecto de reconocer en el marco	El dictamen técnico como herramienta de protección de los derechos de usuarios y consumidores Con el propósito de reducir el ámbito voluntarista para acudir al arbitraje, diversos OEPDH establecieron la emisión de <i>dictámenes técnicos</i> como medio de protección de los derechos de los usuarios, al permitirles acudir ante los tribunales con un instrumento técnico jurídico reconocido por éstos y ejecutable, en el cual se consigna la determinación líquida del importe de la obligación. El análisis jurídico de la <i>opinión técnica</i> que emite la CONAMED permite advertir dos problemas fundamentales en su configuración: i) su carácter discrecional (que debilita el marco de protección de los usuarios al constituir una facultad discrecional de la Comisión, más que un derecho del usuario); y ii) su función netamente informativa, carente de utilidad jurídica formal para proteger los derechos de los usuarios dentro de una controversia administrativa o judicial.

Por esta razón, se recomienda modificar la figura jurídica de *opinión técnica*, dotándola de los mismos atributos que actualmente tienen los dictámenes emitidos por la PROFECO y la CONDUSEF.

La incorporación de una etapa previa de mediación en el Modelo Mexicano de Arbitraje Médico Aunque las comisiones estatales comparten con la CONAMED de prácticamente todas las características del modelo de arbitraje médico, una de las diferencias más significativas en este ámbito se refiere a la inclusión —por parte de dos comisiones estatales— de una fase previa de mediación antes de acudir a los procedimientos de conciliación y arbitraje.

Tomando en consideración que la existencia de una instancia debidamente reglamentada, previa a los procedimientos de conciliación y arbitraje, podría mejorar la resolución alternativa de controversias, se recomienda revisar el funcionamiento de la etapa de mediación establecida en la normatividad de las comisiones anteriormente referidas.

3. Capacidad Resolutiva



PRIMERA PARTE

OBJETIVOS DEL DIAGNÓSTICO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA y RESUMEN METODOLÓGICO

I. Objetivos

Generales

Evaluar la capacidad de la Comisión para atender las solicitudes recibidas por parte de los usuarios de los servicios de salud, e identificar las principales características de sus resoluciones.

Particulares

1. Identificar las características generales del Sistema de Atención a Quejas y Dictámenes Médicos (SAQMED), y
2. Describir la evolución de los indicadores del Modelo de Atención de Quejas en materia de asuntos recibidos, asuntos resueltos y características de las resoluciones, describiendo el modelo en términos de oportunidad, confiabilidad y cobertura.

II. Resumen metodológico

Para alcanzar los objetivos planteados se llevó a propuso la revisión de material documental; la entrevista a informantes clave, y el análisis cuantitativo de los asuntos atendidos por la Comisión desde que ésta fue creada.

Se revisaron los informes anuales de actividad de la CONAMED y se aplicaron cinco entrevistas a funcionarios y personal operativo del área de calidad e informática. Desde el punto de vista cuantitativo, se examinó la evolución de los asuntos recibidos, atendidos y concluidos por la Comisión del 1 de enero de 2002 al 31 de diciembre de 2008.¹⁰⁰

La selección de las variables para la base de datos cuantitativa corrió a cuenta de la

institución evaluadora, y la base fue integrada y preparada por personal de la CONAMED. Con las variables básicas se crearon nuevas variables, a fin de caracterizar el tipo de quejas recibidas y describir socioeconómicamente a los usuarios.¹⁰¹

La ubicación socioeconómica de los afectados o promoventes se realizó utilizando la marginalidad municipal (mediante el índice reportado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) y colonial (utilizando el Atlas Socioeconómico y de Marginación del D.F. elaborado por la Coordinación de Planeación y Desarrollo Territorial). Los municipios y colonias fueron estratificados en cinco grados de marginalidad:

- i) muy alto
- ii) alto
- iii) medio
- iv) bajo y
- v) muy bajo

Con esta información se analizaron los asuntos recibidos y resueltos por la Comisión durante el periodo considerando, en general, los siguientes aspectos: características de los usuarios; motivo de la queja; características del prestador de servicios de salud; tipo y sentido de la resolución, y evidencia de mala práctica.

El análisis incluyó dos etapas: una descriptiva y una analítica. La primera incluyó frecuencias simples y proporciones para describir las características de los usuarios con las variables de edad, sexo, escolaridad y nivel de marginación. Se aplicó la prueba de t de *student* para conocer si existían diferencias significativas y se hizo un análisis de tendencias por tipo de asunto. Durante la etapa analítica se estimaron razones de momios de prevalencia (RMp) para identificar la fuerza de asociación entre las características de los individuos y las variables exploradas, y se construyeron perfiles de usuarios mediante un análisis de conglomerados bietápico.

¹⁰⁰ Este periodo fue el que pudo analizarse por razones de disponibilidad de la información, ya que inicialmente se propuso analizar el total de asuntos atendidos por la Comisión desde su creación y hasta el 31 de diciembre de 2008.

¹⁰¹ Las variables definidas por el grupo de investigación y la justificación de su elección se incorpora en un anexo especial de este mismo informe.

SEGUNDA PARTE

SISTEMA DE ATENCIÓN A QUEJAS Y DICTÁMENES MÉDICOS (SAQMED)

Como se ha señalado, la creación de la CONAMED abrió en el país una vía para la solución sencilla, expedita y gratuita de los conflictos presentados entre usuarios y prestadores de servicios de salud, así como una potencial estrategia para el mejoramiento de la calidad de los servicios médicos.

Durante sus trece años de evolución la Comisión ha desarrollado progresivamente un modelo de atención de inconformidades médicas que condensa experiencias internacionales y nacionales en el campo de la justicia alternativa y ahora sirve como pauta para el desarrollo de las comisiones estatales de arbitraje médico. Las acciones de Orientación, Asesoría Especializada, Gestión Inmediata, Conciliación, Arbitraje y Dictamen Médico-Pericial son actualmente procesos estandarizados que adquieren su cabal sentido en la articulación de unos con otros dentro del modelo.

Este modelo, conocido como Modelo Mexicano de Arbitraje Médico¹⁰² constituye entonces el soporte conceptual de las actividades de la CONAMED y funciona como guía estructural en la planeación de sus acciones y la evaluación de sus principales metas. En los diagnósticos sobre la estructura institucional y la naturaleza jurídica de la Comisión se han discutido los principales alcances y limitaciones del Modelo.

En este presente apartado, en cambio, se analizan las características del Sistema de Atención de Quejas y Dictámenes Médicos¹⁰³ (SAQMED) como una herramienta instrumental esencial para la Comisión, que le permite no sólo capturar, almacenar y procesar información estadística sobre los servicios que

presta sino organizar, sistematizar y planear el quehacer de la institución de manera integral.

El SAQMED es también uno de los instrumentos a partir de los cuales se ha construido el Sistema de Gestión de Calidad de la CONAMED —al funcionar como mecanismo de estandarización y regulación de los procesos internos— y su grado de desarrollo es un indicador sensible de la marcha de dicho sistema.

La importancia del SAQMED rebasa por lo tanto el tema de la generación de la estadística institucional y su desarrollo constituye una base fundamental para el desarrollo de lineamientos dentro del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, que actualmente la CONAMED —junto con las comisiones estatales y el Instituto Nacional de Estadística e Informática— impulsa a fin de crear un Sistema Nacional del Registro de la Queja Médica (SINAREQ).

“...la primera versión del SAQMED estaba en operación en tres comisiones estatales, o cuatro a lo mucho, mientras ahorita hay 21 y saca las actas personalizadas. Se tiene un mantenimiento específico para cada acta, se saca las actas de asesoría, Orientación, Gestión Inmediata, Queja, y lleva un seguimiento respecto a tiempos y movimientos; saca la estadística básica, la estadística que se ha acordado en el Consejo Mexicano de Arbitraje Médico...”¹⁰⁴

I. Desarrollo del SAQMED

Originalmente, el sistema de registro de Quejas médicas —que posteriormente sería la plataforma para el desarrollo del actual SAQMED— fue un sistema muy sencillo que en ese entonces fundamentalmente buscaba apoyar la emisión de actas:

“...el primer enfoque fue apoyar la operación a fin de ayudar a las áreas operativas en la generación automática de las actas, para que los tiempos de espera de los usuarios no fueran como en los ministerios públicos, que tardan,

¹⁰² CONAMED. El Modelo Mexicano de Arbitraje Médico. Secretaría de Salud, México, 2006.

¹⁰³ Originariamente fue llamado Sistema de Atención a Quejas Médicas; actualmente se denomina Sistema de Atención a Quejas y Dictámenes Médicos, sin modificar sus siglas (SAQMED).

¹⁰⁴ Director General de Informática. Entrevista realizada el 31 de agosto de 2009.

pasan horas en lo que están generando el acta.¹⁰⁵

En resumen, los avances actuales del sistema automatizado de atención de Quejas ya permiten coleccionar la información en bases de datos relacionadas en forma compleja, así como generar análisis estadísticos que describen con gran detalle los asuntos que atiende la CONAMED y el comportamiento de las Quejas en el tiempo. No obstante, como se comentará más adelante, este desarrollo no aplica por igual para todas las áreas de la Comisión, por lo que el sistema opera con distintas versiones del SAQMED y el desempeño del mismo es, en consecuencia, irregular. Enseguida se detallan brevemente las fases por las que ha atravesado el sistema.

1ª Etapa de desarrollo (1996 a 2000)

Durante los primeros años de la Comisión el sistema de información surgió como una herramienta de apoyo para el registro, control y seguimiento de los asuntos atendidos por la comisión. Esta primera versión se enfocó en el apoyo a la operación de las áreas, y específicamente la generación de actas. La información estadística en este periodo se recolectaba sin el respaldo proporcionado por una base de datos sistematizada, e incluso muchos datos se capturaban en versión texto o memo. En 1999 el SAQMED, recientemente creado, fue registrado como obra propiedad de la CONAMED ante el Instituto Nacional de Derechos de Autor¹⁰⁶.

“...cuando se instala la Comisión aquí, en este edificio, el Comisionado Nacional dice: “hagamos esto real” y crean así un área de información, que empieza a hacer los diseños de cómo se va a hacer, primero, el proceso de atención a la Queja —que son estos tres niveles que les decía yo— y de esos tres niveles surgen necesidades de información y surge el primer diseño del SAQMED de manera manual. Creo que esa fue la primera etapa, la etapa de arranque, que fue un

compromiso sectorial, donde hay un acuerdo que lo respalda y que hubo interés por la Comisión de desarrollar el sistema...”¹⁰⁷

2ª Etapa de desarrollo (2001 a 2006)

Con la llegada del gobierno que tomó posesión en México en el año 2000, la CONAMED definió un cambio de dirección y una ruta de trabajo que correspondiera con los objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006. Uno de los principales retos fue el redimensionamiento del SAQMED.

Se definió así un programa de consolidación que permitió que muchos de los procedimientos operativos se estandarizaran. Uno de los principales logros fue la instalación del Sistema de Gestión de Calidad, certificado a finales de 2001 por la norma ISO 9001:2000, que ratificó la alta calidad de los procesos llevados a cabo por la Comisión bajo los estándares internacionales en esta materia.

En lo que se refiere propiamente al sistema de información, en ese momento se reconoce que la plataforma de indicadores en la que se basaba requería ampliarse, a fin de apoyar la operación de la Comisión en tiempo real, reportar con mayor precisión las características de los asuntos atendidos y dar cuenta del desempeño de la institución. De esta forma, en el año 2001 se realizó un ajuste al SAQMED que consistió en la incorporación de nuevas variables para los asuntos recibidos y atendidos, permitiendo una mejor caracterización de los mismos y documentando información más precisa en cuanto a las Quejas y las evidencias de mala práctica. Estos nuevos elementos se incorporaron al sistema de reporte estadístico periódico de la Comisión.

“...entonces se empezaba a poner mayor atención a toda esta parte de la estadística, se metieron mayores variables, se convirtió la información texto en catálogos y poco a poco, durante esa administración y hasta esta nueva administración, se han venido haciendo más ajustes ya con un enfoque de tener no sólo la

¹⁰⁵ Director de Informática. Entrevista realizada el 31 de agosto de 2009.

¹⁰⁶ CONAMED. El Modelo Mexicano de Arbitraje Médico. Secretaría de Salud, México, 2006.

¹⁰⁷ Director General de Calidad e Informática. Entrevista realizada el 2 de septiembre de 2009.

estadística, sino los indicadores de desempeño...¹⁰⁸

Las variables incluidas en el año 2002 fueron: especialidad del caso, especialidad del médico, resultados de evidencia de mala práctica conforme al análisis documental, Quejas con evidencia de mala práctica por institución médica y por responsabilidad institucional.

Una de las limitaciones de estos ajustes, sin embargo, reside en la casi imposibilidad del sistema para construir reportes de series históricas pues existen datos, variables o cruces de variables no homologables para los diferentes períodos.

“...cuando a mí me piden reportes estadísticos pues sí, hay una gran diferencia cuando me dices:
—necesito saber cuántos casos hubo de mala práctica del IMSS del hospital zona número 32
—¿a partir de cuándo?
—no, pues del 98
—no, pues es que no te lo puedo dar, te lo doy a partir del 2001...”

De hecho la mala práctica es una variable que se implementó en el 2001 (2002 prácticamente, porque es de octubre de 2001)... realmente para ser cortes anuales es de 2002 para acá; entonces ya dependiendo de lo que me pida, de repente les digo “antes de 2002 no tengo, después de 2002, bueno, esto sí, esto no...”

Otro problema importante es que la demanda de información para alimentar al sistema comienza a burocratizar la operación y a rigidizar los procesos de resolución de controversias, que originalmente estaban centrados en el usuario y que poco a poco se han ido desplazando hacia los procesos, especialmente como consecuencia de la certificación por la norma ISO 9001:2000.

Como se ha mencionado, el SAQMED es el instrumento informático del modelo conceptual bajo el cual la CONAMED organiza y presta sus servicios. En este sentido, el SAQMED atraviesa todas las áreas de atención y se manifiesta de manera muy ostensible en cada una de las etapas que forman la ruta que siguen los

asuntos y Quejas atendidos por la Comisión. Por esta razón, el uso del sistema demanda que el personal maneje perfectamente el flujo de los procesos internos. Infortunadamente, en ocasiones es posible confundir el propósito de una herramienta y llegar a creer que un sistema de atención trabaja para su sistema de información.

En esta etapa también se inicia la implementación de la hoja frontal inteligente dentro del expediente de cada usuario, con la que, a la fecha, pueden capturarse más de 100 diferentes variables.

3ª etapa de desarrollo (2007 a la fecha)

Esta última etapa, denominada en el Programa de Acción Específico de la CONAMED 2007-2012 como de fortalecimiento e innovación, se ha orientado a fortalecer el sistema a fin de que, garantizando la calidad, confiabilidad y oportunidad de la información, ésta pueda al mismo tiempo ser utilizada en el proceso de toma de decisiones por parte de diferentes actores dentro de la Comisión.

“...fue por el 2005 ó 2006 donde ya hay una cuestión informática más organizada. Yo la detecto con un diseño propio ya, que incluso si ustedes vienen y promueven una Queja en el primer piso, pues esa puede caminar al segundo nivel (de conciliación) con la misma información. Pero va nutriéndose (...) aunque sea la tercera versión del SAQMED, se mantiene en un híbrido todavía.”¹⁰⁹

Otro aspecto relevante en este fortalecimiento de refiere a la necesidad de apoyar la reingeniería de los procesos internos de la CONAMED. En este sentido, uno de los principales retos inmediatos radica en lograr que el sistema sea homogéneo y funcione con la misma plataforma y capacidad en todas las áreas de la Comisión.

No obstante debe considerarse que, en este caso, la información que nutre al SAQMED no es solamente una herramienta de apoyo para el

¹⁰⁸ Director de Informática. Entrevista realizada el 31 de agosto de 2009.

¹⁰⁹ Director General de Calidad e Informática. Entrevista realizada el 2 de septiembre de 2009.

proceso de atención, sino una propiedad de las personas que acuden a ella solicitando ayuda, y que debe ser resguardada y manejada de manera confidencial. En este caso la propuesta de la Comisión es implantar y mantener un sistema de gestión de seguridad de la información, bajo las normas del sistema ISO 27001, precisamente orientado al manejo de ficheros de que contienen datos personales.¹¹⁰

Las diversas versiones existentes del SAQMED que en este momento operan en la Comisión tendrán que adaptarse paulatinamente a este proceso global de cambio tecnológico y a la vez responder a los requerimientos de la ética de la información.

Arquitectura del SAQMED

El SAQMED funciona actualmente con una plataforma web y está hecho en PHP. Se ha rediseñado la interfaz del usuario en HTML para facilitar el trabajo de las áreas y la base de datos se apoya en SQL (Lenguaje de Consulta Estructurado).

En el momento en el que se ingresa la información del usuario, la plataforma del SAQMED automáticamente despliega los campos a informar para cada caso, de acuerdo a las áreas donde el usuario es atendido y al tipo de institución médica implicada.

En el tema de la taxonomía y la validación de datos de las diferentes etapas de atención, la Dirección de Informática de la CONAMED ha establecido —con base en el Reglamento Interno para la Atención de la Queja Médica y la Gestión Pericial— una serie de catálogos de variables que guían el registro y control de los asuntos recibidos y atendidos por la Comisión. Un ejemplo se observa en la modalidad de conclusión de las inconformidades atendidas.

En el registro de los asuntos es importante saber que hay variables relacionadas no sólo con el usuario presuntamente afectado por una mala práctica, sino que hay casos en los que se

solicita también información del promovente de la Queja.

Un análisis de los reportes estadísticos del SAQMED indican que aún existen esferas de debate sobre la manera de reportar los asuntos atendidos. La mayor parte de los asuntos que atiende la CONAMED, por ejemplo, provienen del Área de Orientación y Gestión, y muchos de ellos son servicios brindados por vía telefónica e internet. Las asesorías brindadas telefónicamente no se reportan como tales, aunque implican un considerable consumo de tiempo. Las asesorías por internet, por su parte, han aumentado crecientemente en los últimos años, y generan nuevos retos sobre la forma de reportar los asuntos captados por esta área.

Un ejemplo de este tipo de problemas, aunque de origen distinto, se refiere al reporte de las Orientaciones. Como se verá más adelante, de 2002 a 2008 existe una notable diferencia en el número de Orientaciones que se reporta en los informes anuales de actividad y la base de datos que teóricamente contiene el total de casos de dicho periodo. Aparentemente, estas discrepancias obedecen únicamente a diferencias en el registro de esta actividad, pero finalmente constituyen un artefacto que puede distorsionar los análisis.

Usos del sistema

En el momento actual el SAQMED tiene tres usos fundamentales: i) como herramienta de apoyo a la operación, ii) como sistema de procesamiento y reporte estadístico del quehacer de la Comisión, y iii) la generación de reportes e insumos para la investigación.

No existe consenso con respecto al verdadero papel del SAQMED como herramienta de apoyo a la operación de los asuntos de la Comisión, pues mientras que para una parte del personal el sistema es aceptablemente efectivo, para otros ocurre lo contrario. Lo más probable es que el sistema opere de manera diferente en las distintas áreas que componen la CONAMED.

¹¹⁰ Director General de Calidad e Informática. Entrevista realizada el 2 de septiembre de 2009.

No hay ninguna duda, empero, de que el SAQMED es un sistema en proceso de constante adaptación que permite el registro de actividades de todas las áreas, en especial del área de Orientación y Gestión Inmediata.

Base de datos

A medida que ha evolucionado el SAQMED, el manejo de la información ha requerido también de procesos de validación y ajuste de las bases de datos, y la creación de plantillas de captura específicas para cada una de las áreas sustantivas.

“...está la plantilla general (la más amplia), que podría ser la de las Quejas: al final de cuentas las Quejas son las que requieren más información, porque ya se va a dar trámite, evidentemente... Por ejemplo, una Orientación, aunque está la plantilla para que se puedan capturar muchos datos, muchos de ellos no son obligatorios. Es una de las características del sistema, te va bloqueando... no son plantillas únicas, van cambiando.”

En términos generales se aprecia que los recientes cambios hechos a la base de datos han fortalecido las funciones del SAQMED:

“...generamos una nueva versión completamente hecha en plataforma diferente, se genera en HTML con PHP desde plataforma Web, y tiene muy buena aceptación, porque es una versión hecha con software libre, que no requiere licenciamiento (...) el consumo de recursos es mínimo; sin importar el tipo de equipo que tengas la aplicación corre y corre bien, y corre rápido. Está enfocada a las comisiones estatales, a sus necesidades. De hecho actualmente, de las 25 comisiones estatales que están en operación, 21 lo tienen implementado.”¹¹¹

No obstante, aún existen procesos rígidos e incluso algunos vacíos, principalmente en lo que se refiere al registro de elementos que permitan identificar los orígenes institucionales de la mala práctica para influir sobre la calidad de los servicios de salud y la seguridad del paciente:

¹¹¹ Director de Informática. Entrevista realizada el 31 de agosto de 2009.

“se están buscando alternativas para ver como incidir de mejor manera en la calidad de la atención; si yo sé dónde estuvo la mala práctica, quién hizo la mala práctica, con qué se hizo la mala práctica, y en qué momento se hizo la mala práctica, pues algo pasa. Esta área la identifica pero nos falta ese brinco, que estamos buscando de qué manera iniciamos...”

“Se tendría que evolucionar inevitablemente a tener información mucho más simple sobre todo lo que impacta la atención médica, la práctica médica integralmente; en este momento solamente se están registrando Quejas, especialidades... cuestiones de estadística básica...”¹¹²

Las adecuaciones introducidas al sistema dan origen a un sistema híbrido que, si bien permite generar acabados reportes de actividad, aún enfrenta problemas de actualización y homogeneización del sistema, como la existencia de distintas versiones del SAQMED, por ejemplo. Enfrentarlos requiere resolver antes dificultades estructurales y de recursos.¹¹³

No obstante, los principales retos radican en la capacidad del SAQMED para contribuir más eficazmente a alcanzar los propósitos estratégicos de la Comisión:

“...la Comisión puede hacer en el futuro, sistemáticamente, una retroalimentación continua y sistemática de los procesos de atención por institución y, todavía iría yo más allá, por unidad. Si yo tengo el SAQMED así de ágil y útil para proveer información, (...) puedo hacer una retroalimentación por institución, y en el IMSS por especialidad, y de la especialidad, de la parte del proceso (...) esa sistematización pudiera hacerse con un SAQMED útil.”¹¹⁴

¹¹² Subcomisionado Médico. Entrevista realizada el 26 de agosto de 2009.

¹¹³ La Comisión, por ejemplo, no puede destinar recursos económicos para el desarrollo de su capacidad en informática fuera del presupuesto asignado por la Secretaría de Salud. Este tipo de limitaciones son propias de los Órganos Desconcentrados de la Administración Pública, como se ha señalado en los apartados precedentes.

¹¹⁴ Director General de Calidad e Informática. Entrevista realizada el 2 de septiembre de 2009.

TERCERA PARTE

INDICADORES DE ATENCIÓN DE LA CONAMED

De junio de 1996 al 31 de diciembre de 2008, la CONAMED recibió 197,080 asuntos, de los que atendió el 99.5 por ciento. (195,988).

A pesar de este volumen, es probable que la capacidad de la atracción de la Comisión sea baja, ya que recibe menos de 0.6 quejas por cada 100,000 atenciones proporcionadas por los servicios médicos del país. En otras palabras, la probabilidad de que un acto médico termine como asunto en la CONAMED es de 0.000006 por cada caso.

Del total de Asuntos que la Comisión ha recibido, 64 por ciento se ha resuelto mediante Orientación, 19 por ciento a través de Asesoría Especializada, 4 por ciento mediante Gestión Inmediata y 10 por ciento se ha tramitado como Queja.

En el periodo del que se dispuso información primaria (del 1º de enero de 2002 al 31 de diciembre de 2008) se recibieron 44,400 asuntos. La información que se presenta a continuación se obtuvo del procesamiento de esta base de datos.

Atenciones otorgadas por la CONAMED (2002-2008)

I. Características de los usuarios

Entre las personas que han solicitado a la CONAMED atención durante el periodo de estudio predominan ligeramente los hombres (55 contra 45 por ciento de mujeres). Por la facilidad para reportar esta variable, resulta extraño que siete por ciento de los casos no cuente con registro.

El promedio de edad de los usuarios de la Comisión es de 32 años, con una amplitud que va de 0 a 99 años (desviación estándar 24.7).

La edad de los usuarios no se asocia estadísticamente con ninguna variable relevante.

En sólo 17,913 de los más de 44 mil asuntos analizados se registró el grado de escolaridad de los usuarios. De ellos, la escolaridad más frecuente fue el nivel de secundaria, seguido de preparatoria.

Las principales entidades de origen de los usuarios durante el periodo han sido el Distrito Federal (45 por ciento) y el Estado de México (20 por ciento) y no se aprecian modificaciones significativas a lo largo de los años.

II. Tipo de Asuntos atendidos

Entre los asuntos recibidos, las Asesorías Especializadas y las Orientaciones concentran la mayor parte de los casos. Durante el periodo de 1996 a 2008 —de acuerdo con la información de los informes anuales de actividades— el 64 por ciento de los asuntos atendidos por la Comisión fueron Orientaciones, en tanto que para el periodo de 2002 a 2008 las Asesorías Especializadas fueron las acciones más frecuentes, o por lo menos las más registradas (58 por ciento del total de Asuntos). Debe señalarse que estas diferencias porcentuales se deben a la disminución de las Orientaciones y no a un verdadero aumento de las asesorías.

Como se ha comentado, un examen más minucioso revela que las discrepancias entre el volumen de Orientaciones reportado oficialmente y el volumen registrado en la base de datos 2002-2008 se deben, aparentemente, a que sólo algunas Orientaciones se encuentran registradas en la base de datos. Debido a que se trata de diferencias de miles de casos, consideramos que el análisis de esta actividad debe ser tomado con cautela.

Cuadro 1. Asuntos recibidos en la CONAMED de 1996 a 2008. Total de asuntos por tipo y año

Tipo de Asunto	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total	Porcentaje
Orientación	n.d.	n.d.	13,665	11,695	10,342	7537	9071	17,864	14,696	11,141	12,260	10,664	7390	126,325	64.0
Asesoría especializada	1597	1935	2017	1850	1672	2464	2849	3145	3060	4126	4179	4187	4596	37677	19.1
Gestiones inmediatas	72	352	468	579	692	738	862	941	698	594	591	494	553	7634	3.8
Quejas	1158	1347	1494	1749	1915	1478	1172	1514	1545	1661	1657	1753	1793	20236	10.2
Dictámenes	80	146	414	585	644	720	455	383	434	386	349	271	341	5208	2.6
Total asuntos recibidos	2907	3780	18,058	16,458	15,265	12,937	14,409	23,847	20,433	17,908	19,036	17,369	14,673	197,080	100

Cuadro 2. Asuntos atendidos en la CONAMED de 2002 a 2008. Total de asuntos por tipo y año

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total	Porcentaje
Orientación	nd	nd	555	656	264	531	353	2359	5.3
Asesoría Especializada	2857	3152	3102	4093	4181	4179	4617	26181	58.9
Gestiones Inmediatas	862	941	700	592	592	493	556	4736	10.7
Quejas	1171	1515	1548	1672	1651	1766	1801	11124	25.1
Total	4890	5608	5905	7013	6688	6969	7327	44400	100.0

Hechas estas consideraciones, puede señalarse que las Asesorías son las actividades más frecuentes; las Quejas ocupan el segundo lugar, seguidas de las Gestiones Inmediatas. En el último sitio se encuentran las Orientaciones. El promedio de asuntos atendidos y resueltos

mensualmente en la Comisión (sin incluir Orientaciones) ha pasado de 408 en 2002 a 611 al finalizar 2008. El único asunto en el que se aprecia una disminución en el volumen mensual atendido es en las Gestiones Inmediatas.

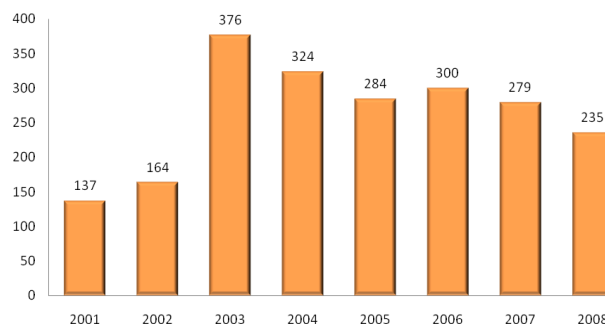
Cuadro 3. Asuntos atendidos en la CONAMED de 2002 a 2008. Promedio de asuntos mensuales atendidos, por tipo y año

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Orientaciones	n.d.	n.d.	46	55	22	44	29
Asesorías especializadas	238	263	259	341	348	348	385
Gestiones inmediatas	72	78	58	49	49	41	46
Quejas	98	126	129	139	138	147	150
Total	408	467	492	584	557	581	611

En lo que respecta al volumen de casos atendidos anualmente per cápita, el indicador ha pasado de 137 asuntos atendidos por persona y por año en 2002 a 235 asuntos

atendidos en 2008, también por persona y por año.

Figura 1. Asuntos atendidos en la CONAMED de 2001 a 2008. Promedio de asuntos atendidos per cápita, por año.



En consecuencia, la información disponible indica que en general la capacidad resolutoria de la Comisión es alta, y que a pesar de que en los años recientes ha experimentado una disminución de su personal sustantivo, su capacidad para atender y resolver los asuntos que se le presentan en materia de controversias médicas se ha incrementado en los últimos años. De hecho, no sólo se ha incrementado en 50 por ciento el volumen absoluto de casos atendidos mensualmente, sino que también el promedio de casos anualmente atendidos por persona.

Como se verá más adelante, sin embargo, parece muy importante que poco más del 40 por ciento de los casos que llegan a conciliación no termine favorablemente para las partes (26 por ciento no llega a una conciliación y 15 por ciento abandona la Queja por falta de interés procesal).

En el caso del arbitraje, 48 por ciento de los casos terminan bajo la modalidad de “no conciliado” y “falta de interés procesal”. Sólo 3 de cada 10 casos arbitrados terminan con un

Laudo, 12 por ciento lo hacen mediante conciliación y 10 por ciento en composición amigable.

En consecuencia, la capacidad resolutoria de la Comisión debe ser evaluada considerando sus virtudes administrativas y las dificultades que son propias de las controversias judiciales y que forman parte de la naturaleza de su actividad.

El número de atenciones anuales que realiza la CONAMED tiene una tendencia ascendente en el periodo. Las asesorías han aumentado en 61 por ciento y las Quejas en 53 por ciento, pero tanto las Gestiones Inmediatas como las Orientaciones muestran decrementos del 36 y 37 por ciento, respectivamente.

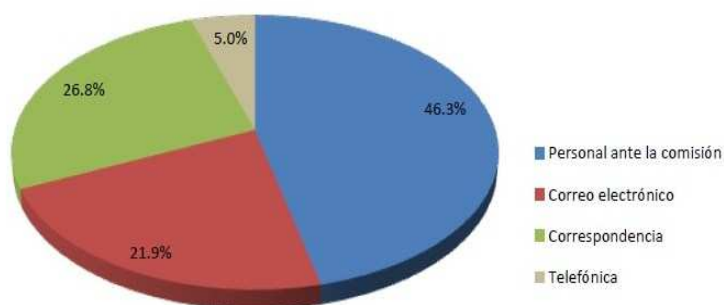
La disminución de las Orientaciones, como se ha comentado, puede deberse a un artefacto en el registro.

La recepción de los asuntos, es decir, la forma en que los solicitantes se acercan a la CONAMED, tiende a ser más frecuentemente de manera personal, seguida de la recepción

por correspondencia y la vía electrónica. El uso de la vía telefónica es la menos frecuente. Sin embargo, la vía electrónica es la de mayor crecimiento en los últimos años, ya que pasó del 4 por ciento en el año 2002 a 25 por ciento en el 2008, en tanto que la recepción personal mostró un incremento del 3 por

ciento y la atención por correspondencia no mostró incremento significativo, La recepción por vía telefónica tiende a ser la menos utilizada por los usuarios y mostró una disminución real del 12 por ciento en los siete años examinados.

Figura 2. Asuntos atendidos en la CONAMED de 2002 a 2008.
Forma de recepción de los asuntos



La forma de recepción por tipo de asunto muestra que, cuando el usuario recibió Asesoría, 31 por ciento la obtiene de manera personal ante la Comisión; 37 por ciento por vía electrónica y 31 a través de correspondencia. En el caso de la Orientación, el 99.7 por ciento la recibió de manera personal y 0.3 por ciento a través de correspondencia. Las Gestiones Inmediatas fueron realizadas en el 48 por ciento de manera personal, 46 por ciento por vía telefónica y 5 por ciento por correspondencia.

En lo que corresponde a las Quejas, estas fueron atendidas en el 69 por ciento de manera personal y el 31 por ciento restante a través de correspondencia.

Los asuntos recibidos según el sexo del usuario no muestran una distribución diferente según el tipo de asunto.

III. Características de las Gestiones Inmediatas

La distribución etaria de las personas atendidas mediante Gestión Inmediata muestra un predominio de adultos y adultos mayores. De la población que recibió una Gestión Inmediata, en 47 por ciento se registró la escolaridad, que fue la siguiente: nivel secundaria, 23 por ciento; primaria, 19 por ciento; bachillerato 16 por ciento; licenciatura, 12 por ciento; carrera secretarial, comercial o técnica, 14 por ciento; sin alfabetismo, 1.5 por ciento; con maestría 0.5 por ciento y con doctorado, 0.4 por ciento.

Al desglosar los motivos para solicitar Gestión Inmediata se aprecia que el principal motivo de solicitud de ese tipo de atención es el tratamiento médico, aun cuando existe una tendencia a la baja en los últimos años. Los tratamientos quirúrgicos tienden en cambio a

incrementarse, de manera que para el 2008 ya eran, junto con el tratamiento médico, el primer motivo de Gestión Inmediata. En el tercer lugar se encuentra la relación médico paciente, seguida por los motivos derivados del diagnóstico.

Las principales especialidades que motivan Gestiones Inmediatas en la CONAMED son la ortopedia, la medicina familiar y las urgencias médicas.

La distribución de Gestiones Inmediatas por grupo institucional muestra que las

instituciones de seguridad social ocupan el primer lugar (93 por ciento), seguidas de las que otorgan atención a población sin seguridad social (5 por ciento).

Al examinar el comportamiento de las instituciones de manera individual, se encuentra que el IMSS es la que tiene el mayor número de casos de Gestión Inmediata (68 por ciento) seguido de lejos por el ISSSTE, que concentra el 24 por ciento del total.

Cuadro 4. Asuntos atendidos en la CONAMED de 2002 a 2008. Gestiones Inmediatas por grupo institucional

Grupo institucional	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		%
Sin registro	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.5	3	0.1
Asistencia privada	3	0.3	2	0.2	0	0.0	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	0.1
Asistencia social	0	0.0	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2	2	0.04
Seguridad social	801	92.9	854	90.8	662	94.6	571	96.5	574	97.0	460	93.3	512	92.1	4434	93.6
Población sin seguridad social	50	5.8	80	8.5	34	4.9	18	3.0	15	2.5	32	6.5	28	5.0	257	5.4
Servicios privados	8	0.9	4	0.4	4	0.6	2	0.3	3	0.5	1	0.2	12	2.2	34	0.7
Total	862	100	941	100	700	100	592	100	592	100	493	100	556	100	4736	100

Cuando se analiza la distribución de las Gestiones Inmediatas por año de atención se observa que las instituciones de seguridad social son abrumadoramente el grupo con mayor solicitud de atención por gestión a través de todos los años analizados (94 por ciento). Las Gestiones inmediatas por entidad federativa se concentran en el Distrito Federal (54 por ciento) y el Estado de México (28 por ciento).

El número de gestiones a través del periodo no muestra diferencias en la distribución por entidad. De hecho, el porcentaje de Gestiones

Inmediatas muestra un patrón similar entre los estados. Cuando se compara el porcentaje de Gestiones Inmediatas atendidas durante el 2002 y 2008, el Estado de México reporta un incremento del 3.3 por ciento; el Distrito Federal incremento sus atenciones de Gestión Inmediata en 1.3 por ciento, y los estados de Baja California Sur, Colima, Michoacán, Morelos, Nayarit, Puebla, Quintana Roo, Tamaulipas y Veracruz mostraron un incremento de 1 por ciento o menos. El resto de entidades federativas reportó una disminución porcentual de Gestiones Inmediatas.

Figura 3. Asuntos atendidos en la CONAMED de 2002 a 2008. Distribución de Gestiones Inmediatas por entidad federativa

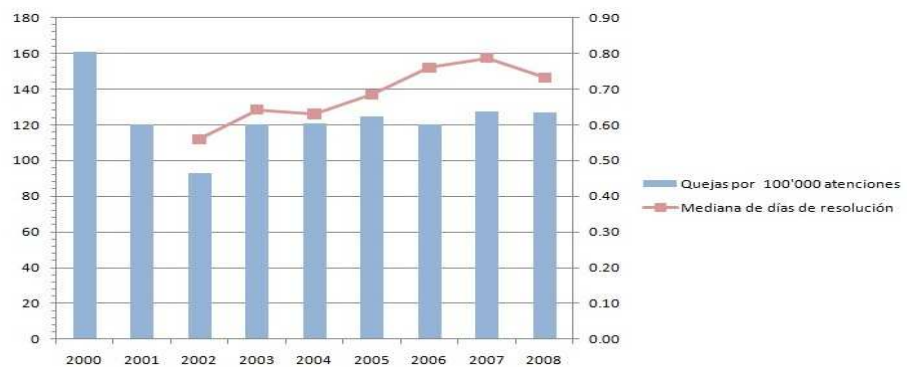


IV. Características de las Quejas

El número de Quejas recibidas por la CONAMED entre el 2002 al 2008 se incrementó en 2.4 por ciento. El promedio de Quejas por cada 100'000 atenciones en el mismo periodo fue de 0.57 y la tendencia muestra un incremento marginal respecto al número de atenciones medicas que se realizan

por año. En otras palabras, el promedio de Quejas por número de atenciones médicas es bajo, y además está disminuyendo. Este encuentro indica que la capacidad de atracción de Quejas por parte de la Comisión es relativamente pobre.

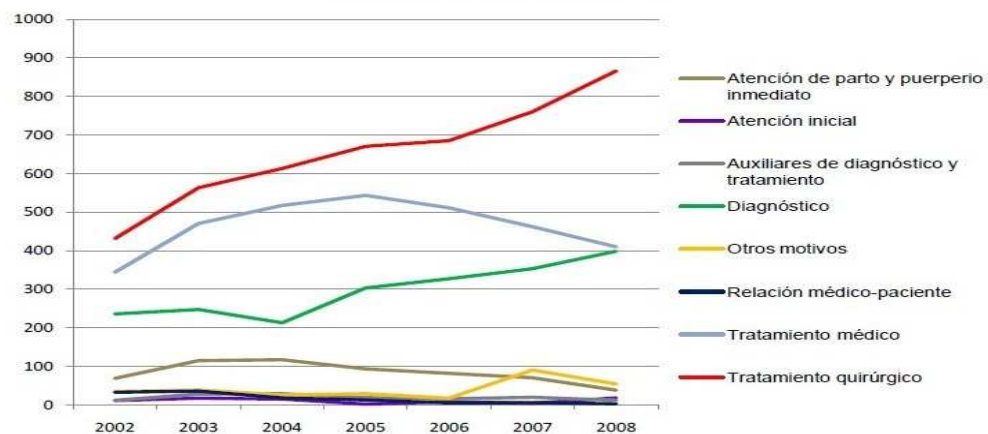
Figura 4. Asuntos atendidos en la CONAMED de 2002 a 2008. Quejas por cada 100,000 atenciones y mediana de duración de los asuntos



Desglosando por motivo inicial, se aprecia que la causa principal de Queja fue el tratamiento quirúrgico, que concentró 41 por ciento del total; el segundo lugar lo ocupa el tratamiento médico (29 por ciento) y en tercer lugar los originados en el diagnóstico médico (18 por ciento).

Las Quejas motivadas por tratamientos quirúrgicos y diagnósticos muestran una tendencia hacia el alza, mientras que las derivadas del tratamiento médico y atención de parto y puerperio tienden a disminuir.

Figura 5. Asuntos atendidos en la CONAMED de 2002 a 2008. Evolución de los motivos de Queja



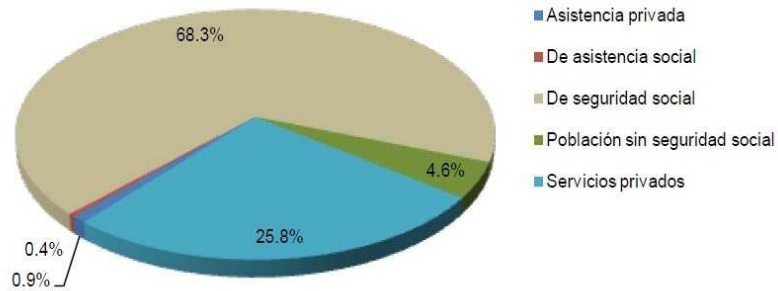
Las especialidades que motivaron el mayor número de Quejas en el periodo estudiado fueron las urgencias médicas (11 por ciento), ortopedia general (10 por ciento), ginecología (8 por ciento), odontología general (7 por ciento), oftalmología (6 por ciento), cirugía general (6 por ciento), medicina general (6 por ciento), obstetricia (6 por ciento), cirugía neurológica (4 por ciento) y urgencias quirúrgicas (3 por ciento).

Tanto las urgencias médicas y como las intervenciones quirúrgicas muestran una

tendencia hacia a la alza, alcanzando un incremento de 8 y 7 puntos porcentuales. De igual manera, las especialidades que han mostrado una disminución en las Quejas recibidas son la cirugía neurológica y la ginecología, con una disminución del 11 y del 8 por ciento, respectivamente.

Del total de Quejas recibidas de 2002 al 2008, las instituciones de seguridad social son las que presentan el mayor porcentaje (68 por ciento) mientras que las instituciones privadas ocupan el segundo lugar con el 26 por ciento.

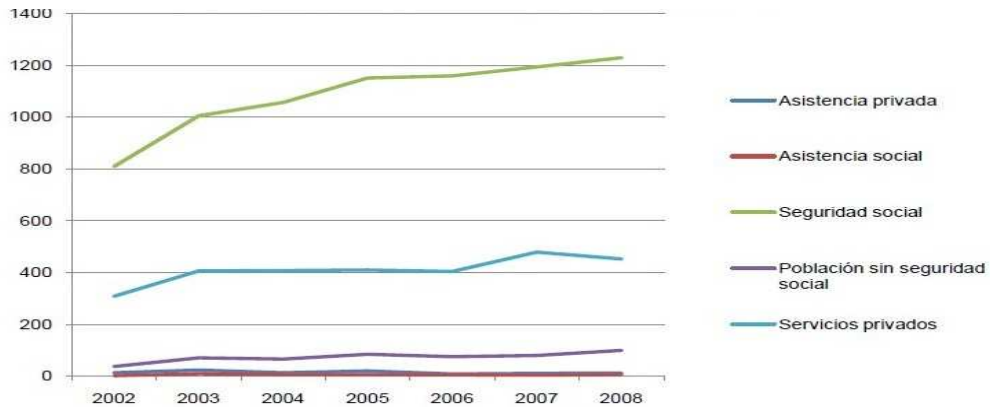
Figura 6. Asuntos atendidos en la CONAMED de 2002 a 2008.
Quejas por tipo de institución



El comportamiento de las Quejas por grupo institucional a lo largo de los años analizados muestra que las instituciones de seguridad

social son las que presentan de manera evidente una tendencia en aumento.

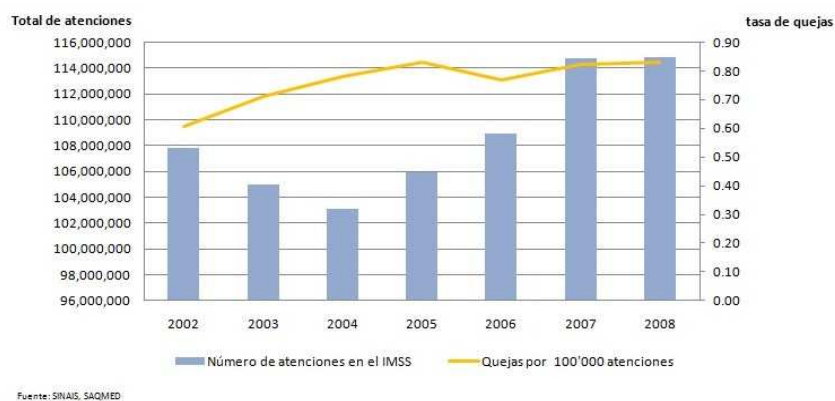
Figura 7. Asuntos atendidos en la CONAMED de 2002 a 2008.
Tendencia de Quejas por grupo institucional



Cuando se desglosa el número de Quejas recibidas por la CONAMED por institución médica, el IMSS concentra el 52 por ciento del total; en segunda posición se encuentran los consultorios del sector privado (16 por ciento) y en el tercer sitio está el ISSSTE con 14 por

ciento de las Quejas recibidas. En forma relativa, El IMSS muestra un incremento significativo durante el periodo, al pasara de 0.6 Quejas por cada 100,000 atenciones en 2002 a más de 0.8 en el 2008. Esto significa un incremento de más del 30 por ciento.

Figura 8. Asuntos atendidos en la CONAMED de 2002 a 2008. Tendencia de Quejas en el IMSS



Las Quejas recibidas del 2002 al 2008 según la entidad federativa del usuario pertenecen —como en el caso del total de Asuntos y de las Gestiones inmediatas— fundamentalmente al Distrito Federal con el 50 por ciento y al Estado de México con el 20 por ciento. La tendencia de las Quejas recibidas en el periodo indica que esta situación no cambiará en el corto plazo. Del resto de entidades, sólo San Luis Potosí alcanza más del 2%.

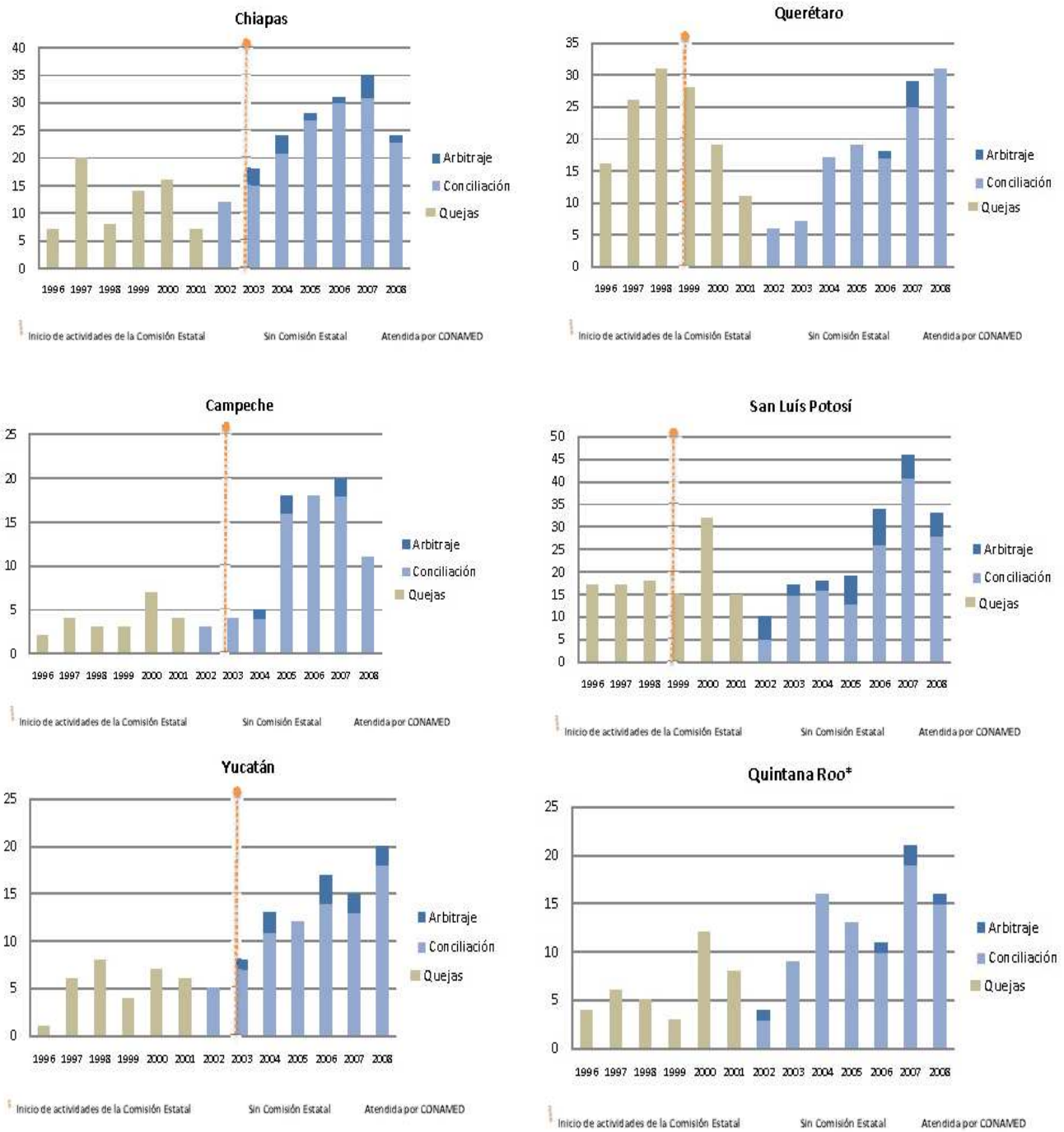
Por otra parte, a pesar de que entre 2002 y 2008 se creó un número importante de comisiones estatales de arbitraje médico, su presencia no se ha expresado todavía en la reducción del volumen de Quejas atendidas por la CONAMED. Incluso hay entidades que, a partir de la creación de su comisión estatal de arbitraje han aumentado el volumen de Quejas en la Comisión Nacional. Tal es el caso de Chiapas, Yucatán y Tlaxcala.

Los incrementos en el volumen relativo de quejas que provienen de las entidades

federativas, a pesar de que son poco significativos en números absolutos, representan aumentos importantes desde el punto de vista relativo. Así, entre 2002 y 2008 Quintana Roo multiplicó por seis su contribución porcentual; Chiapas, Querétaro y Michoacán por cinco; y Campeche, Hidalgo, San Luis Potosí y Yucatán por cuatro. Sólo Aguascalientes tuvo una disminución importante en el periodo [disminuyó en 15 veces su contribución porcentual], en tanto que el resto de entidades se mantuvo prácticamente sin cambios.

En el caso de las Quejas concluidas mediante conciliación —tanto a través del proceso propiamente de conciliación como en el de arbitraje— se observa que los casos más frecuentes son los quirúrgicos (34 por ciento), seguidos de los casos médicos (29 por ciento), de los obstétricos (7 por ciento) y de las urgencias médicas (5 por ciento).

Figura 9. Asuntos atendidos en la CONAMED de 2002 a 2008. Asuntos de algunas entidades federativas atendidos por la CONAMED



Es interesante observar que el 5 por ciento de los casos de conciliación se resuelvan en la Dirección General de Arbitraje.

La modalidad de conclusión más frecuente en la Dirección General de Conciliación es la propia conciliación, que representa el 56 por ciento de los casos. Del resto, el 26 por ciento no llega a una conciliación, 14.6 por ciento abandona la Queja por falta de interés procesal, 2.1 por ciento resulta improcedente, 0.4 por ciento concluye por el fallecimiento del paciente y 0.1 por ciento por acumulación de autos.

En el caso de las Quejas concluidas mediante Arbitraje, el 52 por ciento son casos quirúrgicos, 43 por ciento casos médicos, 3 por ciento de causa obstétrica y el 0.4 por ciento urgencias quirúrgicas. En los asuntos que llegan a arbitraje, en 48 por ciento de los casos la modalidad de conclusión es no conciliado y falta de interés procesal; 30 por ciento concluye por laudo, 12 por ciento por conciliación, 10 por ciento por composición amigable, 0.7 por ciento no fueron procedentes y 0.1 por ciento es remitido a conciliación.

En el caso de las instituciones públicas de salud, el tipo de institución es determinante para la forma en que concluye la Queja.

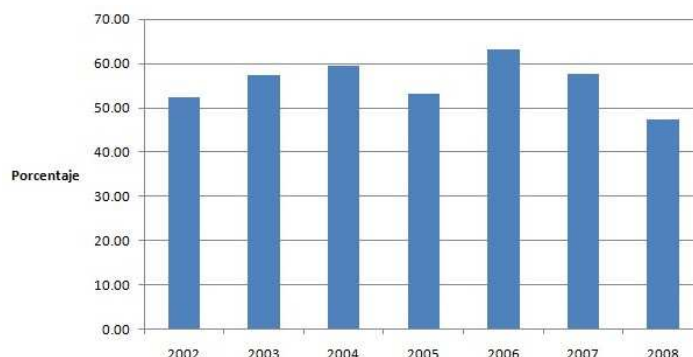
Del total de conciliaciones atendidas, 74 por ciento de las Quejas que no concilian corresponde a usuarios del IMSS y 13 por ciento al ISSSTE; de las personas que fallecen, 62 por ciento corresponden al IMSS y 15 por ciento al ISSSTE. En falta de interés procesal, 31 por ciento son usuarios de consultorios médicos, 27 por ciento son de hospitales

privados y 23 por ciento del IMSS. De los asuntos que concluyen por acumulación de laudos, 67 por ciento son del IMSS y 33 por ciento de hospitales privados.

En cuanto a la distribución de las Quejas concluidas a través del arbitraje médico por amigable composición, 48 por ciento corresponde a hospitales privados y 32 por ciento a consultorios privados. Las Quejas que concluyen a través de conciliación son predominantemente de consultorios (62 por ciento) y hospitales privados (20 por ciento), la conclusión por falta de interés procesal es más frecuente cuando se trata de consultorios (33 por ciento), hospitales privados (26 por ciento) e ISSSTE (24 por ciento). Cuando la conclusión es a través de un laudo, el ISSSTE concentra 41 por ciento, los consultorios privados 30 por ciento y los hospitales privados el 15 por ciento.

Como se ha mencionado el IMSS no acepta someterse al arbitraje y únicamente transita hasta el proceso conciliatorio, por lo que no existen conclusiones por arbitraje para el IMSS, aun cuando es la institución que presenta mayor número de Quejas recibidas y los menores porcentajes de conciliación. La tendencia de Quejas resueltas por conciliación indica que el porcentaje de Quejas del IMSS que se resuelven por esta vía cada vez es menor, ya que mientras que en 2002 el 52 por ciento de las Quejas lograban alguna conciliación, para 2008 sólo 47 por ciento de las Quejas fue resuelto a través de la conciliación.

Figura 10. Asuntos atendidos en la CONAMED de 2002 a 2008. Quejas del IMSS resueltas mediante Conciliación



En lo que respecta al análisis documental, 60 por ciento de las quejas registra buena práctica, en 20 por ciento se documenta mala práctica, 17 por ciento no tiene elementos para identificar el tipo de práctica y 3 por ciento no cuenta con un registro.

La responsabilidad institucional con evidencia de mala práctica médica se concentra predominantemente en el IMSS (60 por ciento) seguido del ISSSTE (13 por ciento) y consultorios médicos privados (15 por ciento).

En los consultorios médicos privados es donde, con más frecuencia, no se encuentran elementos para identificar la responsabilidad institucional (35 por ciento); en segundo lugar se encuentra el IMSS (29 por ciento) y en tercer lugar los hospitales privados (14 por ciento). En relación a los compromisos asumidos por la institución destaca el reembolso de gastos (14 por ciento), la atención médica especializada (7 por ciento) y la explicación médica (5 por ciento). Llama la atención que no se generan compromisos en el

22 por ciento de los casos y que en el 20 por ciento esta información no esté disponible.

V. Duración de las resoluciones

El tiempo de resolución de las Orientaciones, Asesorías y Gestiones Inmediatas tiene una mediana de un día o menos. La duración de las Quejas atendidas mediante conciliación tiene una mediana de resolución de 133 días, con una amplitud de 0 a 1190 días (desviación estándar: 108 días), mientras que en las Quejas resueltas mediante arbitraje la mediana fue de 218 días con una amplitud de 1 a 1072 días.

Cuando se desglosa el tiempo de resolución de las Quejas según año de atención, se observa que entre de 2002 y 2008 hubo un incremento de 35 días en el tiempo de resolución, aun y cuando decreció el número absoluto de quejas recibidas y el número de quejas por cada 100,000 atenciones en el periodo tuvo un crecimiento marginal (0.1 por ciento).

Cuadro 5. Asuntos atendidos en la CONAMED de 2002 a 2008. Quejas por número de atenciones y mediana de duración de la resolución (en días)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total de atenciones a nivel nacional*	237.9	245.6	252.5	251.9	256.7	268.3	274.7	277.7	283.7*
Total de quejas recibidas	1915	1478	1171	1515	1548	1672	1651	1766	1801
Quejas por 100'000 atenciones	0.80	0.60	0.46	0.60	0.60	0.62	0.60	0.64	0.63
Mediana de días de resolución	n.d.	n.d.	112	129	126	137	152	158	147

* En millones de atenciones.

** Valor proyectado.

En relación con el tipo de asunto según nivel de marginación, destaca que los solicitantes de atención se concentran en el nivel de baja marginación. Esto ocurre tanto en Asesorías como en Gestión Inmediata, Orientación y Quejas; es decir, la mayoría de los usuarios de

la CONAMED proviene de municipios o colonias de muy baja marginalidad. En el caso de las Asesorías en 3,649 casos no fue posible identificar el nivel de marginación, por ausencia de la información sobre el domicilio.

Cuadro 6. Asuntos atendidos en la CONAMED de 2002 a 2008. Tipo de asunto según nivel de marginación

Tipo de asunto	Muy alto		Alto		Medio		Bajo		Muy bajo		Total	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Asesoría	7	0.0	64	0.3	209	0.9	709	3.1	21543	95.6	22532	100
Gestión inmediata	0	0.0	8	0.2	17	0.4	92	2.0	4599	97.5	4716	100
Orientación	0	0.0	4	0.2	8	0.3	27	1.2	2299	98.3	2338	100
Queja	1	0.0	20	0.2	79	0.7	361	3.3	10608	95.8	11069	100
Total	8	0.0	96	0.2	313	0.8	1189	2.9	39049	96.0	40655	100

Cuando se analiza el Distrito Federal, el patrón de los asuntos atendidos por la CONAMED según nivel de marginación presenta una distribución menos polarizada, pues sólo el 33

por ciento de los usuarios proviene de colonias de muy baja marginalidad. Dependiendo del tipo de asunto, las proporciones de muy baja marginalidad varían entre 25 y 37 por ciento.

Cuadro 7. Asuntos atendidos en la CONAMED de 2002 a 2008. Tipo de asunto según marginación en el DF

	Marginalidad de la colonia										Total	%
	Muy baja	%	Baja	%	Media	%	Alta	%	Muy alta	%		
Asesoría	3883	37.5	1253	12.1	2461	23.8	1502	14.5	1244	12.0	10343	100
Gestión inmediata	646	25.1	331	12.9	719	28.0	467	18.2	408	15.9	2571	100
Orientación	433	28.3	229	15.0	391	25.5	270	17.6	208	13.6	1531	100
Queja	1621	29.6	732	13.3	1475	26.9	937	17.1	720	13.1	5485	100
Total	6583	33.0	2545	12.8	5046	25.3	3176	15.9	2580	12.9	19930	100

En relación al tiempo de resolución por nivel de marginación, destaca que en el caso de las Quejas la media de tiempo de conclusión del Asunto sea de 165 días cuando el usuario proviene de municipios o colonias de muy baja marginalidad, y aumenta conforme asciende el

nivel de marginación: a 215 días con baja marginación; a 223 con marginalidad media y a 247 días para usuarios provenientes de zonas de muy alta marginación. La diferencia promedio entre los niveles extremos es de 82 días.

Cuadro 8. Asuntos atendidos en la CONAMED de 2002 a 2008. Tiempos de resolución del asunto según grado de marginación

Nivel de marginación		Asesoría	Gestión inmediata	Orientación	Quejas
Muy baja	Media	1.8	0.2	2.3	165.0
	mediana	menor a 24 h	menor a 24 h	menor a 24 h	137.0
	Desviación estándar	9.2	6.1	20.7	128.6
Baja	Media	2.6	0.3		215.8
	mediana	24 h	24 h		198.7
	Desviación estándar	4.4	2.1		163.5
Media	Media	5.0	0.9		223.6
	mediana	menor a 24 h	menor a 24 h		213.0
	Desviación estándar	24.8	2.5		138.1
Alta	Media	2.9			247
	mediana	24 h			176
	Desviación estándar	4.9			181.3
Muy alta	Media	3.0			*196
	mediana	24 h			
	Desviación estándar	5.2			

* dato único.

VI. Perfil de los usuarios

Asesoría

El modelo realizado para el perfil de usuarios que solicitaron asesoría a la CONAMED es de calidad excelente. Se encontraron cinco conglomerados a partir del análisis de conglomerados bietápico. Los datos muestran que quienes solicitan alguna asesoría son en su mayoría derechohabientes de seguridad social, de ambos sexos, y que habitan en colonias de muy baja marginalidad en el Distrito Federal o el Estado de México.

Un segundo patrón de observa en usuarias de servicios privados, del sexo femenino, que

residen en colonias de muy baja marginación en el Distrito Federal.

Orientación

Las atenciones otorgadas a través de Orientación se prestan a usuarios de ambos sexos, residentes del Estado de México y el Distrito Federal, de marginación muy baja, sin que pueda definirse a un grupo institucional específico.

Gestión inmediata

El modelo de conglomerados, de calidad buena, permite obtener cuatro perfiles de atención mediante Gestión Inmediata. En los cuatro los usuarios provienen del DF y el Estado de México, son derechohabientes de la seguridad social y de nivel de marginación muy bajo.

Quejas

Existen ocho perfiles para la atención de Quejas. Los perfiles corresponden a usuarios provenientes de municipios del Estado de México o colonias del Distrito Federal de muy baja marginación. Las diferencias en los perfiles se deben al grupo institucional

(seguridad social o servicios privados), a la institución médica (IMSS, ISSSTE y consultorios u hospitales privados) y al sexo de los usuarios.

En el caso de las Quejas cuya procedencia es el Distrito Federal, se expresaron dos tipos de perfiles de usuarios que presentan una Queja. El primer perfil se refiere a las mujeres derechohabientes del IMSS y habitantes de colonias de marginalidad media; el segundo perfil describe también a mujeres habitantes de colonias con marginalidad muy baja pero que asisten a consultorios médicos privados.

CUARTA PARTE

CONCLUSIONES GENERALES SOBRE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA

A lo largo de 13 años la CONAMED ha generado experiencia tanto en la esfera tecnológica como en el desarrollo de sus procedimientos sustantivos.

Ambos aspectos se encuentran íntimamente entrelazados y el desarrollo tecnológico de la Comisión —apreciado en el SAQMED— es un reflejo de la forma en la que opera el Modelo de Arbitraje diseñado por la propia Comisión.

A la vez, el sistema de captura, almacenamiento, procesamiento y reporte de la información constituye un elemento que puede fortalecer al sistema conceptual —al organizar las acciones de atención, por ejemplo— u obstaculizarlo, si marcha a contra corriente del mismo.

No es factible, en consecuencia, evaluar la capacidad resolutive de la Comisión sin evaluar a la vez su sistema de información.

La evaluación del SAQMED indica que su desarrollo ha sido irregular y todavía existen dificultades para su operación. No obstante, el impulso recibido a partir del año 2005 ha logrado que en la actualidad sea un sistema integral, exhaustivo, sencillo y expedito, basado en una plataforma tecnológica relativamente avanzada, que funciona para: i) generar reportes inmediatos de actividad; ii) dar seguimiento a los casos a lo largo de toda la cadena arbitral; iii) realizar reportes de actividades, y iv) apoyar los procesos de análisis e investigación de la queja médica.

En este momento, los problemas más relevantes se refieren a la falta de homogeneidad en su operación (operan versiones distintas en cada una de las áreas de la Comisión) y la dificultad de incluir en sus análisis al total de casos atendidos por la Comisión (los registros previos al año 2002 aún no son transparentes para el sistema actual y continúan siendo difíciles de procesar).

Aun así, las expectativas de desarrollo parecen promisorias.

En cuanto a la capacidad para resolver los asuntos que se le presentan, la información disponible indica que esta capacidad es alta, pues la Comisión ha atendido prácticamente todos los asuntos que recibió desde su creación y hasta diciembre de 2008 (casi 200 mil asuntos).

A pesar de que en los últimos años la Comisión ha experimentado diversos recortes de personal —lo que ha disminuido el número efectivo de profesionales responsables de las actividades sustantivas— el promedio de asuntos atendidos mensualmente se ha incrementado de manera constante. Lo mismo sucede con el promedio de asuntos atendidos anualmente per cápita, que se ha incrementado de 137 en 2002 a 235 en 2008.

Las personas que acuden a la CONAMED pueden ser descritas como individuos de ambos sexos, de mediana edad y nivel económico medio o alto, con escolaridad superior a secundaria y que radican en la zona metropolitana de la Ciudad de México.

La mayoría de los casos de inconformidad médica se presenta con la atención recibida en las instituciones de seguridad social, particularmente en el IMSS (68 por ciento de todos los casos), y el ISSSTE (16 por ciento).

Los asuntos más importantes, según sea la fuente consultada, son las Orientaciones y las Asesorías (entre ambas concentran más del 80 por ciento de los asuntos) lo cual es esperable y aun deseable, en la medida en que éstas son las primeras y mejores vías para resolver la mayoría de los casos.

La atención de quejas, en cambio, ocurre sólo en uno de cada diez asuntos. Del total de quejas, en cuatro de cada diez casos la conclusión del proceso es poco afortunada. Mediante la vía de Conciliación, por ejemplo, 26 por ciento no logra conciliar y 15 por ciento abandona por falta de interés procesal. En el caso del Arbitraje casi la mitad termina bajo la

modalidad de “no conciliado” y “falta de interés procesal” (48 por ciento entre ambas vías). En la tercera parte de los casos de arbitraje llega a emitirse un Laudo.

No obstante, los usuarios deben ser pacientes. Entre 2002 y 2008 la duración promedio de una conciliación fue de 113 días, y de 218 días para un arbitraje. Esto significa que si un usuario atraviesa por las dos vías debe esperar cerca de un año, en promedio, para ver resuelto su caso. Además, la duración promedio de resolución de las quejas aumentó 35 días en los últimos seis años.

Es infrecuente que la población de bajos recursos acuda a la CONAMED, pues el nivel de marginación de las colonias donde radica la población que acude a la Comisión es bajo o muy bajo. Esto significa que la población que accede a los servicios de salud con mayor dificultad es también la que menos utiliza los sistemas de reparación de las desigualdades sociales, como la CONAMED.

La capacidad resolutoria de la Comisión si se ve afectada cuando se consideran las condiciones económicas de la población usuaria, por lo menos en lo que respecta al tiempo de espera para la resolución de una queja: cuando los usuarios provienen de municipios o colonias de baja marginalidad, la duración promedio de una queja es de 215 días; cuando se trata de marginación media la duración aumenta a 223 días, y cuando los usuarios provienen de zonas de muy alta marginación aumenta hasta 247 días. La diferencia entre los niveles extremos es de 82 días, en promedio.

Las entidades de la República han hecho grandes esfuerzos para crear sus propias comisiones de arbitraje médico, y actualmente funcionan 25 comisiones estatales. Aunque es esperable que a medida que estas comisiones se desarrollan los usuarios inconformes con los servicios del estado dejen de acudir a la CONAMED, en realidad esto no necesariamente ocurre, debido a distintas razones. En algunos casos incluso aumenta la contribución relativa de asuntos a pesar del trabajo de sus comisiones. El DF y el Estado de

México concentran más del 65 por ciento de los casos.

Una materia de preocupación se refiere a la capacidad para atraer asuntos por parte de la Comisión. Actualmente recibe menos de 0.6 quejas por cada 100,000 atenciones, lo que es bajo si se considera que durante 2008 se presentaron 153,600 casos de errores quirúrgicos y 75 por ciento de ellos se asociaron a desconocimiento e ignorancia (casi 5 por ciento del total de las cirugías practicadas en el país).¹¹⁵

Como se señala en el diagnóstico de la estructura institucional, es probable que una de las principales deficiencias actuales de la Comisión se encuentre en la esfera de la difusión. No nos referimos a la difusión de las actividades realizadas entre sus pares, lo que parece bastante aceptable, sino a la difusión de sus fines y propósitos, formas y procedimientos de trabajo, maneras de acceder, etc., así como sobre el derecho de los usuarios de los servicios de salud a una atención segura y de buena calidad. En el caso de los mexicanos que no cuentan con servicios regulares de salud, es necesario que la Comisión plantee ante la sociedad que este es un problema que incumbe a todas las instituciones y a todos los actores sociales del país.

En este proceso de fortalecimiento de sus acciones, la Comisión debe reforzar su capacidad resolutoria, pues a pesar de que ésta es alta, podría suceder que el surgimiento de un volumen mayor de inconformidades sin incrementar sustantivamente sus atribuciones y recursos resulte finalmente en un debilitamiento de su estructura.

¹¹⁵ Jorge Elías Dib. Lanzamiento de la campaña “La cirugía segura salva vidas”, OPS-OMS. *La Jornada*. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2009/12/10/index.php?seccion=sociedad&articulo=045n3soc>

4. Satisfacción del Usuario



PRIMERA PARTE

OBJETIVOS DEL DIAGNÓSTICO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS y RESUMEN METODOLÓGICO

I. Objetivo

Evaluar la satisfacción de los usuarios de la CONAMED que hayan hecho uso de los servicios de la Comisión recientemente.

Para cumplir este propósito se analizó la correspondencia entre los servicios y resultados obtenidos, y los servicios y resultados esperados por la población usuaria de la Comisión.

II. Resumen metodológico

Se diseñó un acercamiento cuantitativo a la medición de la satisfacción, mediante la aplicación de un instrumento elaborado *ex profeso* tipo encuesta transversal. La encuesta fue estructurada, conteniendo 68 preguntas tipo Likert, para ser aplicada directamente por personal de la consultora mediante entrevista telefónica.

Fueron consideradas variables dependientes la satisfacción de los usuarios; la calificación otorgada a la CONAMED y la correspondencia entre expectativas y resultados obtenidos.

La satisfacción se evaluó en dos dimensiones: i) la satisfacción con la atención y ii) la satisfacción con el resultado del proceso. Las respuestas se elaboradas usando una escala tipo Likert (muy satisfecho, satisfecho, indiferente, insatisfecho y muy insatisfecho); estas respuestas se recodificaron en tres categorías integradoras: i) muy satisfecho y satisfecho, ii) indiferente, y iii) insatisfecho y muy insatisfecho.

Para el segundo rubro se solicitó a los participantes que calificaran a la CONAMED en una escala simple, de 0 a 10, y finalmente, se preguntó sí el resultado obtenido en la Comisión era el que esperaban obtener. A

quienes contestaron que no obtuvieron lo que esperaban se les preguntó si esperaban más o esperaban menos.

Se consideraron variables independientes: i) las características socio-demográficas de los usuarios: sexo, edad, estado civil, escolaridad y estrato económico (EE).^{116,117}

ii) las características del asunto: tipo de pretensión, forma y modalidad de conclusión e institución involucrada. iii) Calidad de la atención, medida a través de un instrumento sobre calidad percibida por los usuarios de la CONAMED.

Se realizó validez de apariencia y de contenido, y la versión final quedó conformada por 38 preguntas sobre estructura, proceso y resultado en las dos dimensiones de la calidad (técnica e interpersonal), distribuidas en cinco secciones sobre el proceso en general; la Gestión Inmediata; la Conciliación y el Arbitraje. Este instrumento quedó incorporado al cuestionario general de satisfacción.

Se realizó un estudio piloto para probar el cuestionario, la plantilla electrónica de captura y la estrategia de aplicación de encuestas.

Para conformar la muestra del estudio se solicitó a la CONAMED una base de datos conteniendo información básica sobre los casos concluidos en el primer semestre de 2009 bajo las modalidades de gestión inmediata, conciliación y arbitraje.

Se recibió una base con 437 registros de usuarios con asuntos concluidos entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2009. Debido al reducido número de casos se decidió estudiar a toda la población.

Se crearon directorios organizados según modalidad de conclusión: cuatro directorios concluidos en conciliación, tres concluidos en gestión inmediata, uno con los asuntos de

¹¹⁶ Los criterios utilizados para la conformación del estrato económico se detallan en un anexo especial de esta misma evaluación.

¹¹⁷ Esta estratificación sólo indica el sitio en el que se encuentra cada persona al compararla con el resto de encuestados, y no mide la situación socioeconómica de las personas en relación con otra población externa al grupo.

arbitraje y uno con los usuarios sólo tenían número de celular como vía posible de contacto telefónico.

La aplicación de las encuestas se realizó por vía telefónica, contactando al afectado o, en su defecto, al promovente de la queja. En ningún caso se aceptó que otra persona que no fuese el afectado o el promovente contestara la encuesta.

La encuesta sólo se aplicó cuando hubo consentimiento informado. Si los usuarios no podían responder en el momento de la llamada, se concertaron citas. A los usuarios que se negaron a participar se les solicitó responder exclusivamente el primer apartado del cuestionario, correspondiente a la evaluación de la satisfacción.

La información concentrada en el servidor electrónico fue exportada a formato Excel y, posteriormente, a SPSS versión 15.0 para su análisis estadístico. Como respaldo de este proceso, las encuestas fueron grabadas, transformadas a formato mp3 y transferidas diariamente a un servidor. Los audios se utilizaron para validar y evaluar la calidad de las encuestas.

De los 437 usuarios que componen la base original proporcionada por la Comisión, 23 de no tenían número telefónico o contaban con dos o más números de folio y 11 fueron contactados para el estudio piloto. De manera que de sólo 403 usuarios fueron potencialmente sujetos al proceso de evaluación de la satisfacción. De ellos, 156 encuestas no fueron aplicadas: en 114 casos se encontró el teléfono suspendido, fuera de servicio o equivocado; en 42 casos fue imposible encontrar al usuario; y 19 usuarios se negaron a contestar la encuesta.

Se aplicaron en total 228 encuestas, sin embargo la base de datos final que se utilizó para el análisis estadístico quedó compuesta de 225 encuestas, pues sólo tres casos de arbitraje contestaron la encuesta y no tuvieron representación estadística.

De la base final, 100 encuestas corresponden a casos concluidos en Conciliación y 125 a casos concluidos en Gestión Inmediata. De estos 225 usuarios, 209 contestaron la encuesta completa y 16 contestaron solamente las preguntas correspondientes a satisfacción general. Cabe señalar que hubo usuarios que decidieron no contestar algunas preguntas.

Los resultados se presentan en cuadros simples y comparativos. Se realizó análisis univariado y bivariado, y se aplicaron pruebas de hipótesis (particularmente *chi* cuadrada) para identificar asociaciones estadísticas entre las variables cualitativas. En el caso de las variables cuantitativas (particularmente calificación otorgada a la Comisión) se realizaron pruebas t de *student*, prueba F y análisis de varianza.

SEGUNDA PARTE

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

La base de datos de satisfacción incluyó finalmente 225 registros, de los que 100 correspondieron a Conciliación y 125 a Gestión Inmediata.

Antes de iniciar el análisis estadístico se buscó la presencia de posibles sesgos de selección debido al gran número de usuarios "incomunicables". Para ello se comparó la población encuestada con la no encuestada. Esta última se dividió en tres partes: i) los usuarios que se negaron a contestar, ii) los usuarios no encontrados y iii) los usuarios

incomunicables. Con respecto a la primera categoría se presenta un cuadro que muestra la comparación de los usuarios que se negaron a contestar con los que contestaron la encuesta. Las variables que mostraron diferencias estadísticamente significativas fueron el área de conclusión y la institución involucrada. Estas diferencias desaparecen cuando se excluye del análisis la categoría arbitraje. Por esta razón, los tres casos de arbitraje que contestaron la encuesta fueron eliminados de la base. En consecuencia, los resultados sólo representan a los usuarios de Gestión Inmediata y Conciliación. Los tres casos de arbitraje fueron analizados de forma cualitativa.

Cuadro 1. Satisfacción de los usuarios de la CONAMED ene-jun. 2009. Descripción de los usuarios a los que no se aplicó la encuesta por sexo, institución, área de conclusión y tipo de pretensión

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	70	40.5
	Mujer	103	59.5
Institución	IMSS	84	48.6
	ISSSTE	20	11.6
	Privado (clínicas, consultorios, hospitales, laboratorio y gabinete)	50	28.9
	Hospitales Federales del SSA	7	4.0
	GDF	6	3.5
	PEMEX, SEDEMAR, SEDENA	1	0.6
	Servicios médicos del transporte colectivo Metro	1	0.6
	Servicios médicos de la policía auxiliar	2	1.2
	Asistencia privada	2	1.2
Área de conclusión	Gestión inmediata	92	53.2
	Conciliación	76	43.9
	Arbitraje	5	2.9
Tipo de pretensión*	Médica	47	27.2
	Económica	84	48.6
	Administrativa	40	23.1
Total		173	100.0

*Sólo se obtuvo información de 171 usuarios

I. Satisfacción general con la atención y el resultado

La satisfacción de los usuarios, como ya se mencionó, se evaluó en dos sentidos: la satisfacción con la atención y la satisfacción con el resultado.

La información obtenida indica que 72 por ciento de los usuarios dijo estar satisfecho o muy satisfecho con la atención; sólo el 39 por ciento dijo estarlo con el resultado y más de la mitad (51.6 por ciento) señaló que estaba insatisfecho o muy insatisfecho con el resultado.

Cuadro 2. Satisfacción de los usuarios de la CONAMED ene-jun. 2009. Satisfacción con la atención y con el resultado

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Satisfacción con la atención	Muy satisfecho y satisfecho	70	72.0
	Indiferente	103	6.7
	Insatisfecho y muy insatisfecho	84	21.3
Satisfacción con el resultado	Muy satisfecho y satisfecho		39.1
	Indiferente		9.3
	Insatisfecho y muy insatisfecho		51.6

Figura 1. Satisfacción de los usuarios de la CONAMED ene-jun. 2009. Satisfacción con la atención

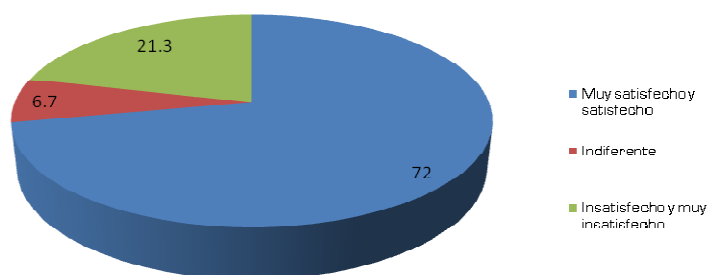
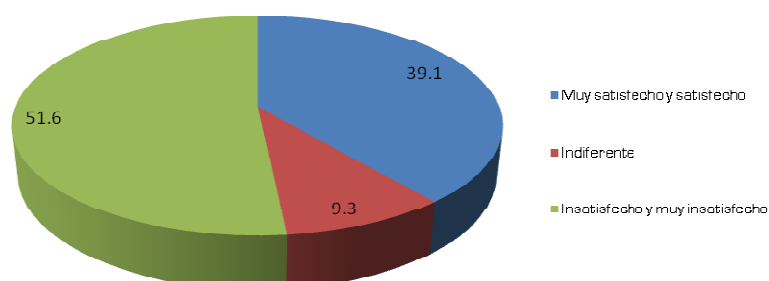


Figura 2. Satisfacción de los usuarios de la CONAMED ene-jun. 2009. Satisfacción con el resultado



II. Satisfacción con la atención

La satisfacción de la atención no mostró asociación con las características sociodemográficas de los usuarios, ni con las características del asunto (pretensión del usuario, forma de conclusión e institución de procedencia).

Al comparar la satisfacción con las características de la calidad de la atención, de la estructura y del proceso de atención (espacios físicos, atención oportuna, suficiencia de personal, amabilidad, respeto, explicación del proceso, información sobre los alcances

legales, información sobre los resultados y percepción de mal uso de la información) se encontró asociación estadísticamente significativa ($p < 0.000$). Como era de esperar, a mejores condiciones objetivas de atención la satisfacción con la misma aumenta.

La satisfacción con la atención también se asoció con características del proceso, como son: el respeto a sus derechos ($p < 0.000$); la duración del asunto ($p < 0.000$); si la Comisión hizo todo lo que estuvo a su alcance para resolver su caso ($p < 0.000$) y si recomendaría a la CONAMED ($p < 0.000$).

Cuadro 3. Satisfacción de los usuarios de la CONAMED ene-jun. 2009. Asociación de satisfacción de atención con la calidad de la atención (características de estructura y proceso)

		Satisfacción de la atención			Total	X ²	P
		Muy satisfecho y satisfecho	Indiferente	Insatisfecho y muy insatisfecho			
¿Los espacios físicos de la CONAMED son adecuados para atender a los usuarios?	No	6 (50.0)	0 (0.0)	6 (50.0)	12	6.1	0.048
	Sí	139 (72.8)	13 (6.8)	39 (20.4)	191		
Cuando llegó a las instalaciones de la CONAMED, ¿le atendieron de forma oportuna?	No	3 (23.1)	2 (15.4)	8 (61.5)	13	16.0	0.000
	Sí	142 (74.7)	11 (5.8)	37 (19.5)			
¿Desde su punto de vista, el personal era suficiente para atender las necesidades de todos los usuarios?	No	13 (48.1)	2 (7.4)	12 (44.4)	27	9.4	0.009
	Sí	132 (75.0)	11 (6.3)	33 (18.8)	176		
En general ¿las personas que lo atendieron en la Comisión fueron amables?	No	1 (16.7)	0 (0.0)	5 (83.3)	6	13.6	0.001
	Sí	149 (73.4)	13 (6.4)	41 (20.2)	203		

En general ¿hubo respeto del personal de la CONAMED hacia usted?	No	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)	6	21.9	0.000
	Sí	150 (73.9)	13 (6.4)	40 (19.7)	203		
¿Le explicaron el proceso que seguiría la atención de su inconformidad?	No	14 (42.4)	4 (12.1)	15 (45.5)	33	16.7	0.000
	Sí	136 (77.3)	9 (5.1)	31 (17.6)	176		
¿Recibió información clara sobre los alcances legales de la CONAMED?	No	38 (48.7)	8 (10.3)	32 (41.0)	78	32.9	0.000
	Sí	112 (85.5)	5 (3.8)	14 (10.7)	131		
¿Le brindaron información clara por escrito sobre los resultados de su caso?	No	53 (63.9)	7 (8.4)	23 (27.7)	83	4.3	0.115
	Sí	97 (77.0)	6 (4.8)	23 (18.3)	126		
¿En algún momento del proceso sintió que se hiciera mal uso de la información sobre su asunto?	Sí	13 (39.4)	0 (0.0)	20 (60.6)	33	34.7	0.000
	No	137 (77.8)	13 (7.4)	26 (14.8)	176		
Total		150 (71.8)	13 (6.2)	46 (22.0)	209		

Cuadro 4. Satisfacción de los usuarios de la CONAMED ene-jun. 2009. Asociación entre satisfacción de la atención con la calidad de la atención (características del proceso)

		Satisfacción con la atención			Total	X ²	p
		Muy satisfecho y satisfecho	Indiferente	Insatisfecho y muy insatisfecho			
¿En algún momento durante todo el proceso hubo alguien que le solicitara dinero?	Sí	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1	0.4	0.821
	No	149 (71.6)	13 (6.3)	46 (22.1)	208		
¿Desde su punto de vista, en la CONAMED respetaron sus derechos?	No	10 (22.7)	2 (4.5)	32 (72.7)	44	86.5	0.000
	Sí	140 (85.4)	11 (6.7)	13 (7.9)	164		
¿Está satisfecho con el tiempo de duración de su asunto?	No	34 (43.6)	7 (9.0)	37 (47.4)	78	53.8	0.000
	Sí	116 (89.2)	6 (4.6)	8 (6.2)	130		
¿Cree usted que la Comisión hizo todo lo que estuvo a su alcance para resolver su caso?	No	35 (40.7)	8 (9.3)	43 (50.0)	86	73.9	0.000
	Sí	115 (93.5)	5 (4.1)	3 (2.4)	123		
Independientemente de su caso ¿cree usted que la Comisión debería tener mayores alcances legales?	Sí	137 (71.7)	13 (6.8)	41 (21.5)	191	1.5	0.467
	No	13 (72.2)	0 (0.0)	5 (27.8)	18		
Si usted supiera de alguien que tiene una queja médica, ¿le recomendaría acudir a la CONAMED?	No	16 (28.6)	7 (12.5)	33 (58.9)	56	72.1	0.000
	Sí	134 (87.6)	6 (3.9)	13 (8.5)	153		
Total		150 (71.8)	13 (6.2)	46 (22.0)	209		

Tanto en los casos de Gestión Inmediata como en los de Conciliación se encontró una fuerte asociación entre la satisfacción manifestada por el usuario y la calidad de la atención que percibió. Las características de la calidad de la atención percibida que destacan se refieren a aspectos de la comunicación entre el prestador del servicio en la Comisión y el

usuario, por ejemplo: la explicación sobre su asunto; la gestión exacta de la solicitud; la comunicación del acuerdo hecho con los servicios; y el seguimiento de su caso. En general, los usuarios manifestaron que la intervención de la CONAMED permitió que su problema se resolviera, y que acudir a la Comisión permitió que se resolviera su caso.

Cuadro 5. Satisfacción de los usuarios de la CONAMED ene-jun. 2009. Asociación entre satisfacción de la atención con calidad de la atención (características de estructura, proceso y resultado) durante la gestión inmediata

		Satisfacción con la atención			Total	X ²	p
		Muy satisfecho y satisfecho	Indiferente	Insatisfecho y muy insatisfecho			
¿La CONAMED gestionó exactamente lo que usted le solicitaba?	No	11 (39.3)	4 (14.3)	13 (46.4)	28	21.6	0.000
	Si	80 (83.3)	4 (4.2)	12 (12.5)	96		
¿La persona que hizo la gestión le comunicó del acuerdo al que llegó con la institución?	No	27 (55.1)	4 (8.2)	18 (36.7)	49	15.1	0.001
	Si	64 (85.3)	4 (5.3)	7 (9.3)	75		
¿Después de que la CONAMED realizó la gestión, recibió la atención requerida en la institución correspondiente?	No	23 (47.9)	4 (8.3)	21 (43.8)	48	29.0	0.000
	Si	68 (89.5)	4 (5.3)	4 (5.3)	76		
¿Considera que se podría haber resuelto su caso sin recurrir a la CONAMED?	Si	18 (54.5)	5 (15.2)	10 (30.3)	33	9.8	0.008
	No	73 (80.2)	3 (3.3)	15 (16.5)	91		
Una vez hecha la gestión, ¿la CONAMED le dio seguimiento a su caso?	No	29 (50.9)	6 (10.5)	22 (38.6)	57	27.8	0.000
	Si	62 (92.5)	2 (3.0)	3 (4.5)	67		
El proceso de gestión que llevó a cabo la CONAMED ¿ayudó realmente a resolver el problema que usted tenía?	No	32 (50.8)	7 (11.1)	24 (38.1)	63	33.7	0.000
	Si	59 (96.7)	1 (1.6)	1 (1.6)	61		

Cuadro 6. Satisfacción de los usuarios de la CONAMED ene-jun. 2009. Asociación entre satisfacción de la atención con la calidad de la atención (características de estructura proceso y resultado) durante la conciliación

		Satisfacción con el resultado			Total	X ²	p
		Muy satisfecho y satisfecho	Indiferente	Insatisfecho y muy insatisfecho			
Al inicio de la conciliación, ¿Le explicaron en qué consistía este proceso?	No	5 (38.5)	0 (0.0)	8 (61.5)	13	9.9	0.007
	Si	60 (73.2)	5 (6.1)	17 (20.7)	82		
¿El personal que le atendió utilizó un lenguaje sencillo?	No	4 (33.3)	0 (0.0)	8 (66.7)	12	11.7	0.003
	Si	61 (73.5)	5 (6.0)	17 (20.5)	83		
¿La conciliación se llevó a cabo tal y como le explicaron?	No	14 (46.7)	0 (0.0)	16 (53.3)	30	18.9	0.000
	Si	51 (79.7)	5 (7.8)	8 (12.5)	64		
¿Hubo privacidad en la sala de conciliación?	No	6 (54.5)	1 (9.1)	4 (36.4)	11	1.3	0.525
	Si	59 (71.1)	4 (4.8)	20 (24.1)	83		
Cree usted que el médico y el abogado ¿mostraron favoritismo por alguna de las partes?	No	22 (52.4)	2 (4.8)	18 (42.9)	42	11.7	0.003
	Si	42 (82.4)	3 (5.9)	6 (11.8)	51		
¿Usted cree que el médico de la CONAMED le habló siempre con la verdad?	No	10 (38.5)	1 (3.8)	15 (57.7)	26	19.6	0.000
	Si	55 (80.9)	4 (5.9)	9 (13.2)	68		
¿Usted cree que el abogado le habló siempre con la verdad?	No	17 (53.1)	0 (0.0)	15 (46.9)	32	13.0	0.001
	Si	48 (77.4)	5 (8.1)	9 (14.5)	62		

¿Le parece que fue justo el resultado de la conciliación?	No	43 (59.7)	5 (6.9)	24 (33.3)	72	12.8	0.002
	Si	22 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	22		
¿Cree usted que la conciliación fue la mejor vía para solucionar su caso?	No	29 (53.7)	4 (7.4)	21 (38.9)	54	14.3	0.001
	Si	36 (90.0)	1 (2.5)	3 (7.5)	40		
Si usted lo requiriera ¿regresaría a la CONAMED?	No	13 (46.4)	2 (7.1)	13 (46.4)	28	9.2	0.010
	Si	52 (77.6)	3 (4.5)	12 (17.9)	67		

III. Satisfacción con el resultado

La satisfacción con el resultado tampoco se asoció con las variables sociodemográficas, pero sí con la pretensión del usuario. El 68 por ciento de los usuarios que tenían pretensiones económicas dijo estar muy insatisfecho o insatisfecho con el resultado obtenido

($p < 0.000$). En lo que respecta a la forma de conclusión, cuando el caso concluyó por la vía de la conciliación el 69 por ciento dijo estar muy insatisfecho o insatisfecho. En cambio, cuando los casos concluyeron en Gestión Inmediata la insatisfacción sólo fue del 37 por ciento ($p < 0.000$).

Cuadro 7. Satisfacción de los usuarios de la CONAMED ene-jun. 2009. Satisfacción con el resultado, pretensión, forma de conclusión e institución de procedencia

Satisfacción con el resultado

Variables	Categoría	Muy satisfecho y satisfecho N (%)	Indiferente N (%)	Insatisfecho y muy insatisfecho N (%)	Total	X ²	P
Pretensión	Médica	40 (50.0)	12 (15.0)	28 (35.0)	80	23.5	0.000
	Económica	27 (27.6)	4 (4.1)	67 (68.4)	98		
	Administrativa	20 (48.8)	5 (12.2)	16 (39.0)	41		
Forma de conclusión	Gestión inmediata	61 (48.8)	17 (13.6)	47 (37.6)	125	22.9	0.000
	Conciliación	27 (27.0)	4 (4.0)	69 (69.0)	100		
Quien respondió	Afectado	26 (40.6)	8 (12.5)	30 (46.9)	64	5.4	0.246
	Promovente	33 (46.5)	2 (2.8)	36 (50.7)	71		
	Afectado y promovente	27 (36.5)	8 (10.8)	39 (52.7)	74		
Institución	IMSS	50 (43.5)	15 (13.0)	50 (43.5)	115	14.2	0.287
	ISSSTE	6 (27.3)	1 (4.5)	15 (68.2)	22		
	Privado	23 (35.9)	3 (4.7)	38 (59.4)	64		
	Hospitales federales	3 (60.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	5		
	GDF	3 (25.0)	2 (16.7)	7 (58.3)	12		
	Pemex, Sedena, Sedemar	3 (60.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	5		
	Servicios Médicos Universitarios	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	2		
Tipo de Institución	Seguridad social	59 (41.5)	16 (11.3)	67 (47.2)	142	4.2	0.384
	Privado	23 (35.9)	3 (4.7)	38 (59.4)	64		
	Población abierta	6 (31.6)	2 (10.5)	11 (57.9)	19		
	Total	88 (39.1)	21 (9.3)	116 (51.6)	225		

La satisfacción con el resultado se asoció con las siguientes características (estructura y proceso) de la calidad de la atención: oportunidad, respeto, explicación del proceso, comunicación de información clara, informe sobre los alcances legales y percepción de que

no se hizo mal uso de la información. Los espacios adecuados, la suficiencia de personal y la amabilidad no se asociaron con la satisfacción con el resultado pero sí con la satisfacción con la atención.

Cuadro 8. Satisfacción de los usuarios de la CONAMED ene-jun. 2009. Asociación entre satisfacción con el resultado con la calidad de la atención (características de estructura y proceso)

		Satisfacción del resultado			Total	X ²	P
		Muy satisfecho y satisfecho	Indiferente	Insatisfecho y muy insatisfecho			
¿Los espacios físicos de la CONAMED son adecuados para atender a los usuarios?	No	2 (16.7)	0(0.0)	10 (83.3)	12	5.6	0.057
	Si	81 (42.4)	18(9.4)	92(48.2)	191		
Cuando llegó a las instalaciones de la CONAMED, ¿le atendieron de forma oportuna?	No	1(7.7)	2(15.4)	10(76.9)	13	6.3	0.041
	Si	82(43.2)	16 (8.4)	92(48.4)	190		
¿Desde su punto de vista, el personal era suficiente para atender las necesidades de todos los usuarios?	No	6 (22.2)	4 (14.8)	17 (63.0)	27	4.9	0.086
	Si	77 (43.8)	14 (8.0)	85 (48.3)	176		
En general ¿las personas que lo atendieron en la Comisión fueron amables?	No	1 (16.7)	0 (0.0)	5 (83.3)	6	2.8	0.249
	Si	85 (41.1)	18 (8.9)	100 (49.3)	203		
En general ¿hubo respeto del personal de la CONAMED hacia usted?	No	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)	6	6.1	0.047
	Si	86 (42.4)	18 (8.9)	99(48.8)	203		
¿Le explicaron el proceso que seguiría la atención de su inconformidad?	No	4 (12.1)	6 (18.2)	23 (68.7)	33	15.1	0.001
	Si	82 (46.6)	12 (6.8)	82 (46.6)	176		
¿Recibió información clara sobre los alcances legales de la CONAMED?	No	19 (24.4)	9 (11.5)	50 (64.1)	78	14.5	0.001
	Si	67 (51.1)	9 (6.9)	55 (42.0)	131		
¿Le brindaron información clara por escrito sobre los resultados de su caso?	No	33 (39.8)	10 (12.0)	40 (48.2)	83	2.1	0.356
	Si	53 (42.1)	8 (6.3)	65 (51.6)	122		
¿En algún momento del proceso sintió que se hiciera mal uso de la información sobre su asunto?	Si	4 (12.1)	1 (3.0)	28 (84.8)	33	18.7	0.000
	No	82 (46.6)	17 (9.7)	77 (43.8)	176		
Total		86 (41.1)	18 (8.6)	105 (50.2)	209		

Al igual que la satisfacción con la atención, la satisfacción con el resultado se asoció con la percepción de que se respetaron los derechos del usuario; con la duración del proceso, y con la convicción de que la CONAMED hizo todo lo

que estaba a su alcance para resolver el caso. Por último, los usuarios satisfechos afirmaron que recomendarían a la CONAMED en caso de que sus conocidos tuvieran problemas.

Cuadro 9. Satisfacción de los usuarios de la CONAMED ene-jun. 2009. Asociación entre satisfacción con el resultado con la calidad de la atención (características del proceso)

		Satisfacción del resultado				Total	χ ²	p
		Muy satisfecho y satisfecho	Indiferente	insatisfecho y muy insatisfecho				
¿En algún momento durante todo el proceso hubo alguien que le solicitara dinero?	Si	0 (0.0)	0 (0.0)	1(100.0)	1	1.0	0.608	
	No	86 (41.3)	18 (8.7)	104 (50.0)	208			
¿Desde su punto de vista, en la CONAMED respetaron sus derechos?	No	1 (2.3)	1 (2.3)	42 (95.5)	44	46.3	0.000	
	Si	85 (51.8)	17 (10.4)	62 (37.8)	164			
¿Está satisfecho con el tiempo de duración de su asunto?	No	7 (9.0)	5 (6.4)	66 (84.6)	78	62.3	0.000	
	Si	79 (60.8)	13 (10.0)	38 (29.2)	130			
¿Cree usted que la Comisión hizo todo lo que estuvo a su alcance para resolver su caso?	No	5 (5.8)	2 (2.3)	79 (91.1)	86	101.4	0.000	
	Si	81 (65.9)	16 (13.0)	26 (21.1)	123			
Independientemente de su caso ¿cree usted que la Comisión debería tener mayores alcances legales?	Si	75 (39.3)	16 (8.4)	100 (52.4)	191	4.0	0.133	
	No	11 (61.1)	2 (11.1)	5 (27.8)	18			
Si usted supiera de alguien que tiene una queja médica, ¿le recomendaría acudir a la CONAMED?	No	2 (3.6)	0 (0.0)	54 (96.4)	56	65.3	0.000	
	Si	84 (54.9)	18 (11.8)	51 (33.3)	153			
Total		86 (41.1)	18 (8.6)	105 (50.2)	209			

En los casos de Gestión Inmediata, la satisfacción con el resultado mostró una fuerte asociación con la efectividad de la gestión, la comunicación del acuerdo al que se llegó con la institución, haber recibido la atención requerida

en la institución de salud involucrada y haberse dado seguimiento a su asunto. La percepción de que la CONAMED realmente ayudó a resolver el problema se asoció también muy fuertemente con la satisfacción.

Cuadro 10. Satisfacción de los usuarios de la CONAMED ene-jun. 2009. Asociación entre satisfacción con el resultado y calidad percibida de la atención (características de estructura, proceso y resultado) durante la gestión inmediata

		Satisfacción del resultado				Total	χ ²	p
		Muy satisfecho y satisfecho	Indiferente	Insatisfecho y muy insatisfecho				
¿La CONAMED gestionó exactamente lo que usted le solicitaba?	No	4 (14.3)	4 (14.3)	20 (71.4)	28	19.1	0.000	
	Si	57 (59.4)	11 (11.5)	28 (29.2)	96			
¿La persona que hizo la gestión le comunicó del acuerdo al que llegó con la institución?	No	11 (22.4)	7 (14.3)	31 (63.3)	49	24.7	0.000	
	Si	50 (66.7)	8 (10.7)	17 (22.7)	75			
¿Después de que la CONAMED realizó la gestión, recibió la atención requerida en la institución correspondiente?	No	7 (14.6)	3 (6.3)	38 (79.2)	48	54.4	0.000	
	Si	54 (71.1)	12 (15.8)	10 (13.2)	76			

¿Considera que se podría haber resuelto su caso sin recurrir a la CONAMED?	Si	12 (36.4)	4 (12.1)	17 (51.1)	33	3.4	0.182
	No	49 (53.8)	11 (12.1)	31 (34.1)	91		
Una vez hecha la gestión, ¿la CONAMED le dio seguimiento a su caso?	No	16 (28.1)	8 (14.0)	33 (57.9)	57	19.9	0.000
	Si	45 (67.2)	7 (10.4)	15 (22.4)	67		
El proceso de gestión que llevó a cabo la CONAMED ¿ayudó realmente a resolver el problema que Usted tenía?	No	8 (12.7)	11 (17.5)	44 (69.8)	63	69.8	0.000
	Si	53 (86.9)	4 (6.6)	4 (6.6)	61		

Las características de la calidad de la atención que durante el proceso de conciliación se asociaron con la satisfacción con el resultado fueron: la explicación sobre el proceso; la percepción de que no hay favoritismo hacia alguna de las partes; la honestidad percibida

del médico y del abogado; y la percepción del que el resultado fue justo. La mayoría de las personas satisfechas y altamente satisfechas aceptarían regresar a la CONAMED si volvieran a requerirlo.

Cuadro 11. Satisfacción de los usuarios de la CONAMED ene-jun. 2009. Asociación entre satisfacción con el resultado con la calidad de la atención (características de estructura proceso y resultado) durante la conciliación

		Satisfacción del resultado			Total	X ^e	p
		Muy satisfecho y satisfecho	Indiferente	Insatisfecho y muy insatisfecho			
Al inicio de la conciliación ¿le explicaron en qué consistía este proceso?	No	1 (7.7)	0 (0.0)	12 (92.3)	13	4.3	0.116
	Si	26 (31.7)	4 (4.9)	52 (63.4)	82		
¿El personal que le atendió utilizó un lenguaje sencillo?	No	1 (8.3)	0 (0.0)	11 (91.7)	12	3.7	0.155
	Si	26 (31.3)	4 (4.8)	53 (63.9)	83		
¿La conciliación se llevó a cabo tal y como le explicaron?	No	3 (10.0)	1 (3.3)	26 (86.7)	30	8.0	0.018
	Si	24 (37.5)	3 (4.7)	37 (57.8)	64		
¿Hubo privacidad en la sala de conciliación?	No	2 (18.2)	1 (9.1)	8 (72.7)	11	1.2	0.541
	Si	25 (30.1)	3 (3.6)	55 (66.3)	83		
Cree usted que el médico y el abogado ¿mostraron favoritismo por alguna de las partes?	No	7 (16.7)	1 (2.4)	34 (81.0)	42	7.0	0.030
	Si	20 (39.2)	3 (5.9)	28 (54.9)	51		
¿Usted cree que el médico de la CONAMED le habló siempre con la verdad?	No	2 (7.7)	0 (0.0)	24 (92.3)	26	10.	0.005
	Si	25 (36.8)	4 (5.9)	39 (57.4)	68		
¿Usted cree que el abogado le habló siempre con la verdad?	No	5 (15.6)	1 (3.1)	26 (81.3)	32	4.5	0.105
	Si	22 (35.5)	3 (4.8)	37 (59.7)	62		
¿Le parece que fue justo el resultado de la conciliación?	No	13 (18.1)	2 (2.8)	57 (79.2)	72	20.5	0.000
	Si	14 (63.6)	2 (9.1)	6 (27.3)	23		
¿Cree usted que la conciliación fue la mejor vía para solucionar su caso?	No	7 (13.0)	1 (1.9)	46 (85.2)	54	18.9	0.000
	Si	20 (50.0)	3 (7.5)	17 (42.5)	40		
Si usted lo requiriera, ¿regresaría a la CONAMED?	No	0 (0.0)	0 (0.0)	28 (100.0)	30	19.2	0.000
	Si	27 (40.3)	4 (6.0)	36 (53.7)	67		
Total		27 (28.4)	4 (4.2)	64 (67.4)	95		

IV. Calificación otorgada a la CONAMED por los usuarios

Cuando los usuarios califican a la CONAMED en forma numérica, la mediana de calificación es de 8. Ninguna de las variables sociodemográficas examinadas se asocia con este resultado, y sólo se encontraron diferencias por estado civil.

Al contrastar las variables que dan cuenta de las características del asunto, se encuentra asociación con la pretensión del usuario. Aquellas personas que tenían una pretensión económica calificaron el desempeño de la CONAMED con una mediana de 7, mientras que quienes tenían pretensiones principalmente médicas o administrativas calificaron a la institución con una mediana de 8. La forma de conclusión también mostró asociación con la calificación sobre el desempeño de la CONAMED: mientras que la mediana de calificación otorgada por los usuarios que llegaron a conciliación fue de 7, para los de gestión inmediata la mediana de calificación fue de 8.

Los resultados en este apartado coinciden con lo que fue encontrado al cuestionar la satisfacción con el resultado. En otras palabras, quienes se manifestaron satisfechos con el resultado de su paso por la Comisión calificaron a la institución con una alta calificación, mientras que quienes dijeron estar insatisfechos con este resultado otorgaron una baja calificación numérica. Aunque podría parecer que esto es lógico y que ambos

cuestionamientos son redundantes, queda claro que se trata de evaluaciones complementarias que además fortalecen la idea de que la satisfacción con el resultado tiene un origen distinto a la satisfacción con la atención recibida.

A diferencia de lo que se encontró al examinar la satisfacción con la atención y con el resultado, la calificación otorgada a la CONAMED sí se asoció con la institución involucrada con la inconformidad presentada por los usuarios. Los usuarios que se inconformaron con los servicios privados de salud calificaron a la CONAMED con una mediana de 7, siendo esta la calificación más baja para esta variable ($p=0.003$).

Al recodificar la variable “servicios de salud” en las categorías concentradoras i) servicios de seguridad social; ii) servicios privados de salud, y iii) servicios destinados a la población sin seguridad social, se encuentra que esta última categoría obtiene la calificación más baja (7) mientras que los usuarios que provienen de los servicios de seguridad otorgan una calificación de 8. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p = 0.009$).

Cuando se desagrega la forma de conclusión del caso, las modalidades “no conciliación” y “falta de voluntad conciliatoria” muestran calificaciones bajas (6), aunque la CONAMED obtuvo su más baja calificación (apenas 4) cuando la forma de conclusión fue “falta de interés procesal”.

Cuadro 12. Satisfacción de los usuarios de la CONAMED ene-jun. 2009. Media y mediana de calificación otorgada a la CONAMED por los usuarios, por pretensión, forma de conclusión e institución de procedencia

VARIABLES	CATEGORÍA	Media	N	Desviación estándar	Mediana	Mínimo	Máximo	F	P
Pretensión	Médica	7.5	80	2.9	8.8	0	10	7.2	0.001
	Económica	5.9	98	3.3	7.0	0	10		
	Administrativa	7.2	41	3.2	8.0	0	10		
Forma de conclusión	Gestión inmediata	7.4	125	3.0	8.0	0	10	16.7	0.000
	Conciliación	5.7	100	3.3	7.0	0	10		
Quien respondió	Afectado	7.1	64	3.0	8.0	0	10	0.6	0.560
	Promovente	6.8	71	3.3	8.0	0	10		
	Afectado y promovente	6.5	74	3.3	8.0	0	10		
Institución	IMSS	7.3	114	3.0	8.0	0	10	3.4	0.003
	ISSSTE	6.0	22	3.7	7.3	0	10		
	Privado	5.8	65	3.3	7.0	0	10		
	Hospitales federales	7.0	5	4.2	9.0	0	10		
	GDF	6.1	12	3.5	7.5	0	10		
	Pemex, Sedena, Sedemar	8.2	5	0.5	8.0	8	9		
	Servicios Médicos Universitarios	0.0	2	0.0	0.0	0	0		
Tipo Institución	Seguridad Social	7.2	142	3.0	8.0	0	10	4.8	0.009
	Servicios Privados	5.9	65	3.3	7.0	0	10		
	Población abierta	5.7	19	4.0	7.0	0	10		
Modalidad de conclusión	Conciliación/Aclaración Aceptada	6.6	16	2.3	7.5	2	9	6.7	0.000
	Conciliación/Desistimiento de la acción	10.0	1	.	10.0	10	10		
	Conciliación/Transacción	7.1	26	2.8	8.0	0	10		
	No conciliación/Falta de voluntad conciliatoria	5.0	23	3.3	6.0	0	9		
	No conciliación /Desistimiento de la acción	7.5	6	3.4	8.5	1	10		
	Falta de interés procesal	3.9	28	3.3	4.0	0	9		
	Gestión inmediata	7.4	125	3.0	8.0	0	10		
Total		6.6	225	3.3	8.0	0	10		

V. Expectativas sobre el resultado

Cuando se pregunto a los usuarios si esperaban el resultado que obtuvieron 69 por ciento respondió que no. Al contrastar esta respuesta con las variables sociodemográficas se encontró asociada con el estado civil y la escolaridad. El porcentaje mayor (70 por ciento) de expectativas no cubiertas fue para quienes tienen escolaridad igual y mayor a preparatoria.

Las expectativas también se asociaron con la pretensión de los usuarios. Cuando la pretensión era económica las expectativas del usuario y el resultado obtenido no se correspondieron en el 85 por ciento de los casos, en contraste con las pretensiones principalmente médica (56 por ciento) y administrativa (50 por ciento).

La forma de conclusión también se asoció con el cumplimiento de expectativas, y se encuentra

que 86 por ciento de los usuarios que concluyeron su asunto por la vía de la conciliación no esperaba ese resultado. Estos resultados son diferentes a los observados en los casos de Gestión Inmediata (55 por ciento). Otra variable asociada fue la modalidad de conclusión, aunque las variaciones en este caso fueron menores.

Por último, cuando la inconformidad de los usuarios tuvo su origen en los servicios de salud privados el 81 por ciento afirmó que no esperaba el resultado obtenido, a diferencia del 63 y el 68 por ciento encontrados en los casos de los servicios de seguridad social y los servicios destinados a población no derechohabiente, respectivamente.

Cuadro 13. Satisfacción de los usuarios de la CONAMED ene-jun. 2009. Expectativas sobre el resultado obtenido según pretensión, forma de conclusión e institución de procedencia

Variable	Categoría	Esperaba ese resultado			X ²	P
		No (%)	Sí (%)	Total		
Pretensión	Médica	44 (55.7)	35 (44.3)	79	23.5	0.000
	Económica	82 (84.5)	15 (15.5)	97		
	Administrativa	20 (50.0)	20 (50.0)	40		
Forma de conclusión	Gestión inmediata	67 (54.5)	56 (45.5)	123	25.0	0.000
	Conciliación	85 (85.9)	14 (14.1)	99		
Modalidad de conclusión	Conciliación/Aclaración Aceptada	15 (93.8)	1 (6.3)	16	39.8	0.000
	Conciliación/Desistimiento de la acción	0 (0.0)	1 (100.0)	1		
	Conciliación/Transacción	17 (68.0)	8 (32.0)	25		
	No conciliación/Falta de voluntad conciliatoria	23 (100.0)	0 (0.0)	23		
	No conciliación/Desistimiento de la acción	3 (50.0)	3 (50.0)	6		
	Falta de Interés Procesal	27 (96.4)	1 (3.6)	28		
Quien contestó	Afectado	42 (65.6)	22 (34.4)	64	1.6	0.454
	Promovente	44 (62.0)	27 (38.0)	71		
	Afectado y promovente	51 (71.8)	20 (28.2)	71		
Institución	IMSS	68 (60.2)	45 (39.8)	113	11.7	0.070
	ISSSTE	16 (72.7)	6 (27.3)	22		
	Privado	51 (81.0)	12 (19.0)	63		
	Hospitales federales	2 (40.0)	3 (60.0)	5		
	GDF	9 (75.0)	3 (25.0)	12		
	Pemex, Sedena, Sedemar	4 (80.0)	1 (20.0)	5		
	Servicios Médicos Universitarios	2 (100.0)	0 (0.0)	2		
Tipo de Institución	Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena y Sedemar)	88 (62.9)	52 (37.1)	140	6.6	0.037
	Servicios Privados	51 (81.0)	12 (19.0)	63		
	Población abierta	13 (68.4)	6 (31.6)	19		

De los usuarios que no esperaban el resultado obtenido, la mayoría (94 por ciento) esperaba más. Como en la mayoría de las variables de satisfacción examinadas, esta categoría no se encontró asociada con ninguna variable

sociodemográfica pero sí con la pretensión principal de los usuarios. El 98 por ciento de los usuarios cuya pretensión fue económica esperaba más de lo que obtuvo, en contraste con las pretensiones fundamentalmente

administrativa (95 por ciento) y médica (86 por ciento) ($p < 0.05$).

Al comparar las vías de conclusión (Gestión Inmediata y Conciliación) con indicadores seleccionados de satisfacción, se encuentra que 40 por ciento de los usuarios cuyo asunto finalizó en gestión inmediata y 20 por ciento de los que concluyeron en conciliación dijo haber quedado muy satisfechos con la atención brindada por el personal de la CONAMED.

Cuando la vía de conclusión fue la Conciliación hubo proporción mayor de usuarios que manifestaron haber quedado insatisfecho o muy insatisfecho con la atención recibida (25 contra 18 por ciento para gestión inmediata) ($p=0.022$).

En lo que respecta a los resultados obtenidos durante el proceso, casi la mitad de los usuarios de Gestión Inmediata quedaron satisfechos o muy satisfechos (48.8), lo que contrasta con el 69 por ciento de insatisfacción que manifestaron los usuarios que concluyeron bajo la vía de Conciliación ($p = 0.000$).

La mediana de calificaciones otorgadas a la CONAMED indica que los usuarios que terminaron en Gestión Inmediata tienen una mejor apreciación sobre la Comisión que los que lo hicieron mediante Conciliación ($p=0.000$).

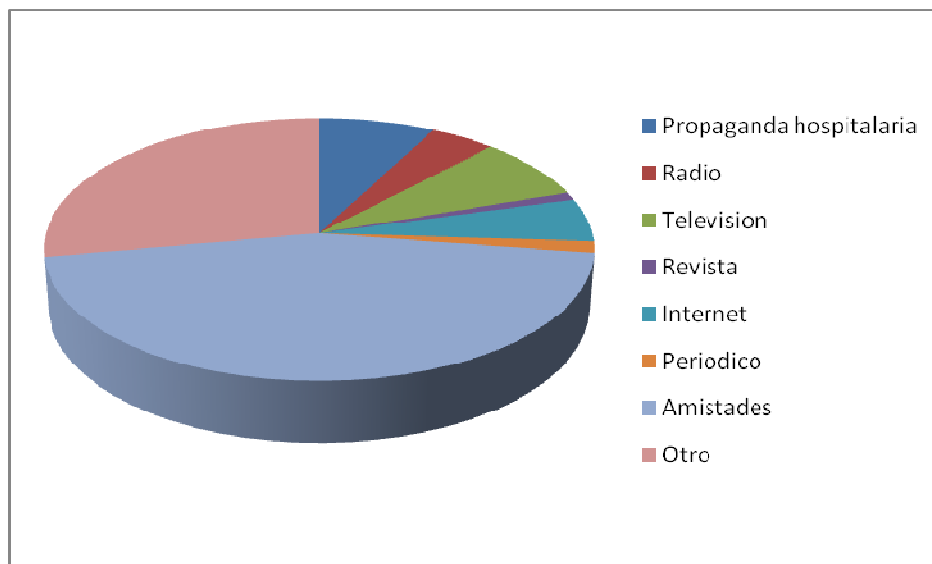
Cuadro 14. Satisfacción de los usuarios de la CONAMED ene-jun. 2009. Indicadores seleccionados de satisfacción según la modalidad de conclusión

	Gestión inmediata		Conciliación		X ²	p
Satisfacción con la duración						
No	36.2	42	38.7	36	0.138	0.409
Sí	63.8	74	61.3	57		
Satisfacción con la atención						
Muy satisfecho	40.8	51	20.0	20	11.42	0.022
Satisfecho	34.4	43	48.0	48		
Indeciso	6.4	8	7.0	7		
Insatisfecho	10.4	13	13.0	13		
Muy insatisfecho	8.0	10	12.0	12		
Satisfacción con el resultado						
Muy satisfecho	26.4	33	11.0	11	24.17	0.000
Satisfecho	22.4	28	16.0	16		
Indeciso	13.6	17	4.0	4		
Insatisfecho	20.0	25	34.0	34		
Muy insatisfecho	17.6	22	35.0	35		
Recomendaría a la CONAMED						
No	20.7	24	34.0	32	4.73	0.022
Sí	79.3	92	66.0	62		
Calificación CONAMED (mediana)						
	8.0	125	7.0	100	14.67	0.000

En lo que se refiere a la forma cómo las personas se enteraron de la existencia de la CONAMED, 42 por ciento dijo haberlo hecho mediante conocidos y amigos; 8 por ciento a

través de propaganda hospitalaria; 8 por ciento en la televisión; 4 por ciento por radio; 5 por ciento por internet y 1 por ciento en revistas.

Figura 3. Satisfacción de los usuarios de la CONAMED ene-jun. 2009. Vía por la que tuvo conocimiento sobre la existencia de la CONAMED



Finalmente, la media de duración del proceso de conciliación entre las personas encuestadas, según su propio dicho, fue de 62 días, con un valor mínimo de 20 y uno máximo de 166 días.

Estos resultados contrastan con la duración del proceso obtenida en la base de datos con los asuntos atendidos entre 2002 y 2008 que fue procesada en el apartado de capacidad resolutoria. Dicha información indica que la media de duración de las conciliaciones es de 113 días (con una amplitud que oscila de 0 a 1190 días). Esta cifra es prácticamente del doble de lo que se reportaron los casos encuestados.

VI. Análisis cualitativo

Del análisis de las entrevistas realizadas a la población usuaria y que fueron grabadas y transcritas se desprende, en general, que la población que ha hecho recientemente de los servicios que ofrece la Comisión puede

agruparse en dos categorías fundamentales: i) quienes en general aceptan el trabajo de la Comisión, y ii) quienes abiertamente están insatisfechos con los resultados de obtenidos.

En el primer grupo las manifestaciones personales de satisfacción y agradecimiento se externan de manera serena, y no parece existir una carga emocional extraordinaria en los comentarios expresados. En general, estos casos se refieren a procesos de agilización de la atención y a orientaciones y asesorías recibidas. También se señala que la CONAMED les evita el uso de las vías legales, así como gastos económicos y tiempo excesivos.

En el segundo grupo, en cambio, las manifestaciones de rechazo son fuertes, y contienen una carga emotiva evidente. Tales manifestaciones pueden agruparse en enojo, frustración e impotencia.

En el primer caso, las personas enojadas señalan que sus casos no se resolvieron; que la información ofrecida se manipuló para

favorecer al demandado; que existen acuerdos entre el personal de la Comisión y los servicios de salud; que los casos se llevaron a conveniencia de las instituciones o que los resultados terminaron por favorecer a los demandados y afectar los intereses de los usuarios. Algunos usuarios muy molestos señalaron que fueron maltratados (“se burlaron de mí”) y que jamás regresarán a la CONAMED.

Las expresiones de frustración se refieren principalmente a la percepción de que la Comisión no tiene autoridad para castigar a los prestadores que han cometido abusos, ni para obligarlos a reparar los daños.

En los casos de impotencia los usuarios manifestaron que la Comisión no pudo resolver su problema y que los resultados fueron injustos, pero señalaron que en caso de requerirlo acudirían de nuevo a la Comisión, pues “no hay otra institución a donde recurrir”.

En cuanto a las propuestas, se mencionaron, entre otras: la necesidad de que la Comisión tenga “mayor poder”; que pueda castigar legalmente a los médicos; que los obligue a asistir a las conciliaciones; que la Comisión brinde ayuda legal a las personas; que se evalúen a fondo las quejas; que los abogados estén del lado de los pacientes; que la Comisión actúe más rápido y que la gente se entere que existen.

TERCERA PARTE

CONCLUSIONES SOBRE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

De manera concisa, puede afirmarse que los usuarios de la CONAMED lo otorgan, en una escala de 0 a 10, una calificación de 8. Esta evaluación es menor a la reportada en algunas publicaciones y por la propia Comisión en su portal electrónico, pero puede considerarse muy aceptable, considerando que las personas que hacen uso de sus servicios se encuentran emocionalmente muy afectadas y esperan una solución pronta y favorable de sus problemas.

Esta calificación —cuya medida de resumen es la mediana, debido a que no tiene una distribución normal— varía ligeramente si se considera la principal pretensión de los usuarios, disminuyendo a 7 en los casos en los que tal pretensión es fundamentalmente económica y alcanzando hasta 9 puntos cuando la pretensión es médica.

Variaciones semejantes se aprecian cuando el examen se realiza considerando las instituciones con las que los usuarios se han inconformado y las vías y modalidades de conclusión.

Lo más relevante, sin embargo, se refiere a la diferencia que los usuarios establecen al calificar su satisfacción con la atención recibida y al calificar su satisfacción con el resultado finalmente obtenido. Como se ha señalado en la justificación de la metodología utilizada, la satisfacción con la calidad de la atención depende fundamentalmente de la calidad de los servicios que presta la Comisión (en materia de estructura de la institución, procesos involucrados y resultados de la propia atención). En cambio, la satisfacción con los resultados dependen de la ganancia objetivamente obtenida por el usuario después del proceso, y que es evaluada por el propio usuario a partir de su juicio y de la

correspondencia con las expectativas que tenía sobre dicha ganancia.

De manera que los usuarios de la Comisión establecen muy claramente que están satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida (72 por ciento) pero no lo están tanto con los resultados obtenidos (39.1). Los efectos de la atención recibida y el resultado sobre la satisfacción respectiva no se modifican con el sexo, edad, escolaridad, estado civil o estrato económico de los usuarios. Ninguna de estas variables se encontró asociada.

Al examinar la correspondencia entre las expectativas y lo que finalmente recibieron los usuarios, se confirma que los resultados obtenidos son el elemento fundamental que determina la satisfacción.

Estos resultados indican que la CONAMED es una institución altamente eficiente, pero no tan efectiva como sus usuarios esperarían en lo que respecta a la definición de los sujetos que tienen razón en una controversia.

El análisis cualitativo refuerza la idea de que los usuarios se sienten bien atendidos por la CONAMED, en contraste con el trato recibido en los servicios de salud. Es probable que los usuarios comparen el trato recibido en las instituciones de salud con las que están inconformes —y de donde inmediatamente provienen— con el trato recibido en la CONAMED. Como se ha señalado, las instituciones de salud atienden problemas de salud, mientras que la Comisión atiende personas. Esta situación de buen trato es claramente identificada por la mayoría de los usuarios, y se manifiesta en su satisfacción.

En cambio, la insatisfacción con los resultados se confirma con la información obtenida cualitativamente: muchos usuarios señalaron que la Comisión no respondió a sus expectativas y manifestaron diferentes grados de enojo, desilusión e impotencia.

Finalmente, debe destacarse que la mayoría de los usuarios recientes ha conocido a la Comisión a través de conocidos y amigos, y que cuando no fue así se debió a que fueron canalizados por alguna otra institución, a la cual llegaron antes que a la CONAMED. Esta situación es delicada, en la medida en que parte de la efectividad de la Comisión depende de que los usuarios potencialmente afectados en su seguridad y sus derechos deben acudir a

ella. El desconocimiento de la existencia de la Comisión puede mermar las ventajas alcanzadas mediante la experiencia obtenida en sus 14 años de existencia.

En resumen, la mayoría de los usuarios se encuentran aceptablemente satisfechos con el desempeño de la CONAMED, pero aprecian que por ahora es mucho más eficiente que efectiva.

5. Conclusiones y Recomendaciones



CONCLUSIONES GENERALES DE LA EVALUACIÓN

Sobre la estructura institucional

El análisis de la coherencia entre la estructura, el modelo de atención, las líneas de acción y los objetivos operativos de la Comisión indica que existe una buena correspondencia entre estos elementos y el propósito de contribuir con el Sistema Nacional de Salud a la resolución no judicial de los conflictos entre los usuarios y los prestadores de servicios médicos en México. En lo que respecta al uso de los recursos humanos y materiales, los disponibles en este momento son suficientes pero no permiten planear un incremento en las funciones y actividades de la Comisión.

El examen de la estructura orgánica es un reflejo del modelo de atención que la Comisión ha desarrollado para cumplir su propósito de resolver los conflictos suscitados entre los usuarios y los prestadores de los servicios de salud. Este modelo, conocido como Modelo Mexicano de Arbitraje, orienta las acciones sustantivas de la Comisión en el ámbito interno y es el fundamento de la planeación de sus actividades futuras. En la actualidad, el modelo se encuentra en una fase de consolidación a escala nacional. Su afianzamiento ha podido realizarse combinando actividades académicas—como la publicación de documentos técnicos y la participando en foros científicos— con una presencia muy activa en el Consejo Nacional de Arbitraje Médico. En este Consejo, el modelo de arbitraje está siendo discutido por las 25 comisiones estatales de arbitraje médico actualmente activas.

A pesar de lo anterior, uno de los propósitos que, a juicio de los expertos, se encuentra entre los *considerandos* del Decreto de Creación de la CONAMED y que no ha sido completamente desarrollado por la Comisión es el de contribuir a “tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios

médicos”.¹¹⁸ Aparentemente, los responsables del diseño de la Comisión consideraron que ésta debería cumplir este propósito mediante la conciliación y el arbitraje entre usuarios y prestadores de servicios, y la emisión de recomendaciones técnicas dirigidas a los pacientes y el personal de salud en general. Esta visión quedó manifestada claramente en la estructura orgánica de la Comisión, así como en sus líneas de acción y objetivos operativos.

En resumen, desde el punto de vista institucional, la Comisión ha desarrollado casi a plenitud su papel como organismo especializado en la resolución de controversias, limitando su función como organismo tutelar del DPS.

No obstante, aun en el terreno exclusivo de la resolución de conflictos, la Comisión tiene problemas serios. Algunos de ellos son externos a la Comisión, mientras que otros son internos. En el primer caso destaca la negativa del IMSS para someterse al arbitraje de la CONAMED. Esto significa que más del 65 por ciento de los casos de queja médica quedan automáticamente sin posibilidades de solución a través del arbitraje.

En el segundo caso es evidente la ausencia de instrumentos jurídicos para citar a comparecer a las partes involucradas en un conflicto. Hasta ahora las instituciones, públicas y privadas, que asisten al llamado de la Comisión lo hacen de buena fe.

Parece entonces claro que las limitaciones que la Comisión presenta como mecanismo de justicia alternativa¹¹⁹ (MJA) no derivan de problemas en su estructura orgánica, sino de

¹¹⁸ Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Diario Oficial de la Federación*. Primera sección. 3 de junio de 1996. Tercer “considerando”.

¹¹⁹ Los mecanismos de justicia alternativa se caracterizan por resolver acerca de controversias entre particulares de manera semejante— pero sin sustituir por completo— a los órganos de justicia jurisdiccional, los que a su vez se distinguen por ser encabezados por un juez.

su restringida capacidad jurídica. En consecuencia, resulta necesario reflexionar acerca de la posibilidad de ampliar los límites de su capacidad jurídica.

Sobre la naturaleza jurídica

El análisis doctrinal del cuerpo normativo de la Comisión indica que su estructura normativa y su funcionamiento se inscriben claramente en el marco de los denominados “mecanismos de justicia alternativa”.

Como se sabe, la impartición de justicia de los órganos jurisdiccionales es compleja y, en consecuencia, resulta lenta y altamente costosa. La existencia de MJA en el ámbito de la salud permite que las controversias entre médicos y pacientes no lleguen hasta los juzgados, evita la medicina defensiva y hace menos lenta y costosa la solución de estos conflictos.

Los propósitos de la CONAMED, empero, implican la necesidad de desarrollar una estructura y funcionamiento propia de otro tipo de instituciones, conocidas como “organismos de carácter no jurisdiccional especializados en la protección de los derechos humanos” (OEPDH). Este tipo de organismos tutelan los derechos de individuos semejantes a los usuarios de los servicios de salud y que, como éstos, generalmente se encuentran en condiciones de desventaja frente a las grandes instituciones públicas y privadas que prestan servicios. Entre los OEDDH que actualmente existen en el país destacan la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO), la Comisión Nacional para la protección y defensa de los usuarios de servicios financieros (CONDUSEF) y la Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo (PROFEDET).¹²⁰

De esta manera, además de ser una institución de arbitraje, la CONAMED debe ser considerada un organismo no jurisdiccional

¹²⁰ Estos organismos tutelan, respectivamente, los derechos de los usuarios de aquellos comercios que ofrecen a la venta bienes y servicios, de las instituciones de servicios financieros y de las empresas en su carácter de empleadores.

especializado en la defensa de los derechos de los usuarios de servicios de salud. Esta función corresponde a la defensa del derecho que establece el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y que está reglamentado en el artículo 2º de la Ley General de Salud.

La vigencia del Derecho a la Protección de la Salud (DPS) ha sido refrendada permanentemente tanto por los organismos internacionales de salud como por las instancias internacionales de protección y defensa de los derechos humanos. El Programa Nacional de Salud 2007-2012 establece entre sus propósitos el de fortalecer la “protección de los derechos de los usuarios de los servicios de salud”, y encomienda una parte sustantiva de esta responsabilidad a la CONAMED.¹²¹

La existencia de este doble carácter le concede a la CONAMED una cualidad que no posee ninguna otra institución en México, al otorgarle responsabilidades como MJA y como OEPDH.

Como se ha señalado, la CONAMED ha desarrollado un modelo de resolución de controversias que recupera las mejores experiencias mundiales, adaptándolas a las condiciones del país. La naturaleza de sus procedimientos —la mayoría de ellos informales, breves y sencillos— hace que el modelo sea eficiente y altamente reproducible. Su propósito es evitar que los usuarios inconformes con la atención recibida ingresen en una larga cadena de trámites que generalmente tiene alto costo económico y desgasta la relación entre el paciente y los prestadores de los servicios.

Con respecto a las funciones de tutela del DPS desarrolladas por la CONAMED, se aprecia que la Comisión apenas cuenta con experiencia en este campo, y que el desarrollo institucional logrado en esta esfera es mucho menor que el alcanzado en la resolución de controversias.

¹²¹ Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud. México, 2007.

La Comisión, por ejemplo, no posee instrumentos de protección de los usuarios de servicios de salud semejantes a los que tienen otras instituciones. Los objetivos de la CONDUSEF, por ejemplo, proponen explícitamente procurar la equidad en las relaciones entre los usuarios y las instituciones financieras; y asesorar, proteger y defender los intereses de los usuarios frente a dichas instituciones. Adicionalmente, supervisa y regula a las instituciones financieras, a fin de proteger los intereses de los usuarios. Estas funciones no excluyen la posibilidad de arbitrar imparcialmente durante las diferencias entre los usuarios y las instituciones financieras.

En otros casos, los OEPDH cuentan con instrumentos jurídicos que obligan a las instituciones prestadoras de servicios a someterse al proceso arbitral, cuando se niegan a hacerlo. Cuando las instituciones se niegan a someterse a este proceso, el OEPDH emite un título ejecutivo no negociable en favor del consumidor, considerado como prueba preconstituida ante una autoridad judicial.

En el caso de los servicios de salud, en cambio, cuando un prestador de servicios se niega a participar en el proceso arbitral, la CONAMED puede emitir una opinión técnica, pero únicamente si lo estima necesario y no a solicitud del usuario. De esta manera, uno de los derechos básicos de los usuarios es sustituido por una prerrogativa discrecional de la Comisión.

Sobre la capacidad de resolutive

En materia de la capacidad de la Comisión para registrar, almacenar, procesar y generar reportes sobre sus actividades sustantivas, ésta ha desarrollado un sistema de información estrechamente ligado a su sistema de atención de quejas médicas e inconformidades. Este doble sistema (denominado SAQMED) se encuentra actualmente en fase de consolidación. El SAQMED es también uno de los instrumentos a partir de los cuales se ha construido el Sistema de Gestión de Calidad de la CONAMED, al funcionar como mecanismo de estandarización

y regulación de los procesos internos, y su grado de desarrollo es un indicador de la marcha de dicho sistema.

La importancia del SAQMED rebasa por lo tanto el tema de la generación de la estadística institucional y ha sido propuesto como el sustento organizacional del Sistema Nacional del Registro de la Queja Médica (SINAREQ), impulsado por la CONAMED junto con el Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, las comisiones estatales de arbitraje y el Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Los avances actuales del SAQMED ya permiten gestionar una gran cantidad de información en bases de datos relacionadas en forma compleja; generar análisis estadísticos que no sólo describen sino que relacionan los asuntos que atiende la CONAMED y analizar el comportamiento de las Quejas a lo largo del tiempo. No obstante, este desarrollo no es homogéneo y aún operan distintas versiones del sistema en las diferentes áreas de la Comisión.

Al evaluar la capacidad de la Comisión para atender y resolver los asuntos que debe atender, se aprecia que es alta. Desde su creación y hasta diciembre de 2008, la Comisión recibió casi 200 mil asuntos, de los cuales atendió el 99.6 por ciento. De este total, 12 por ciento fueron atendidos como quejas (entre conciliaciones y arbitrajes).

El perfil de usuarios de la comunidad es aproximadamente el siguiente: se trata de personas de ambos sexos, de 30 a 34 años de edad en promedio, con estudios de secundaria o más (73 por ciento), de nivel económico medio o alto (98 por ciento), que viven en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (70 por ciento), y cuyo principal motivo es la inconformidad con un tratamiento quirúrgico o médico. De cada diez inconformidades, cinco tienen su origen en los servicios recibidos en el IMSS, dos en los del ISSSTE y 1.5 en algún servicio de salud privado. Si existen elementos para que dichas inconformidades se conviertan en quejas, el IMSS concentra el 65 por ciento de los casos.

La Comisión ha desarrollado un modelo de atención relativamente sencillo, altamente eficiente y reproducible. El modelo está compuesto por una serie de pasos —generalmente sucesivos, pero no siempre— que van de la orientación al arbitraje, pasando por la asesoría especializada, la gestión inmediata y la conciliación. La mayoría de los asuntos se resuelve mediante la Orientación y Asesoría (60 a 65 por ciento) y la duración de estas atenciones no rebasa un día, en promedio.

Cuando los Asuntos se resuelven en Conciliación la duración es mucho más larga: de 133 días, en promedio (aunque puede llegar a durar más de mil días). En el caso del arbitraje, la duración promedio de una resolución asciende a 218 días.

La forma en que se resuelven cuatro de cada diez casos no es la que los usuarios esperan: alrededor de 40 por ciento de los casos de Conciliación no terminan favorablemente (26 por ciento no llega a una conciliación y en el 15 por ciento el procedimiento concluye por falta de interés procesal de alguna de las partes). En el caso del arbitraje, 48 por ciento de los casos terminan como “no conciliado” o por “falta de interés procesal”; sólo 12 por ciento concilia y 10 por ciento logra una composición amigable (es decir, menos de la cuarta parte logra alcanzar un acuerdo).

Sobre la satisfacción de los usuarios

La satisfacción de los usuarios recientes de la Comisión (atendidos durante el primer semestre de 2009) indica que las soluciones que la CONAMED ofrece a los usuarios inconformes con los servicios de salud son aceptables, pero limitadas.

En una escala de 0 a 10, la mediana de calificación de los servicios recibidos en la Comisión fue de 8.

La mayoría de los usuarios encuestados (70 por ciento) consideró como bueno o muy bueno el trato recibido por el personal de la Comisión, en todas sus dimensiones (oportunidad, suficiencia, amabilidad,

honestidad y respeto). No obstante, al ser cuestionado sobre la satisfacción con los resultados, alrededor de la mitad se manifestó insatisfecho o muy insatisfecho (52 por ciento). Al manifestar mucha más satisfacción con el trato recibido que con los resultados del proceso probablemente los usuarios toman en cuenta su experiencia reciente con los servicios de salud. Como se señala en el informe extenso, mientras que los servicios de salud tratan enfermedades, la Comisión trata personas, y eso les queda muy claro a los usuarios. Aun así, los resultados del proceso no logran satisfacer las expectativas generadas entre los usuarios al acercarse a la Comisión. En resumen, se puede decir que para sus usuarios la CONAMED es eficiente, pero no efectiva.

Las entrevistas personales realizadas a los usuarios confirman que se encuentran molestos y que manifiestan desencanto con el resultado obtenido en los procesos arbitrales. En resumen, las principales conclusiones de la evaluación son las siguientes:

La CONAMED es un Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud, relativamente joven, que forma parte del Sistema de Protección Social de Salud, en donde tiene responsabilidades en materia de protección del usuario. Es una institución en franco proceso de maduración que ya cuenta con reconocimiento nacional y liderazgo en el ámbito médico.

De acuerdo con su Decreto de Creación, el objeto de la Comisión es “contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios.” Sus líneas estratégicas, programas de trabajo y actividades son coherentes con este objeto, y su capacidad para resolver los asuntos que debe atender es elevada.

No obstante, los usuarios identifican diferencias entre el trato recibido y los resultados del proceso arbitral. De esta manera, manifiestan satisfacción con el

primero, pero no con el segundo. En otras palabras, para los usuarios, la CONAMED es eficiente, pero no efectiva.

A pesar de lo anterior, la CONAMED tiene un buen desempeño institucional, y su modelo de atención es congruente con el objeto que explícitamente le otorga su Decreto de Creación, que privilegia la atención correctiva de los conflictos frente a su atención preventiva.

Consecuente con esta posición, la Comisión ha desarrollado un amplio marco normativo sobre el arbitraje, aunque aun en este terreno enfrenta problemas. Uno de los más relevantes es la negativa del IMSS para someterse al arbitraje de la CONAMED.

Por otra parte, la naturaleza jurídica de la CONAMED (como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud) limita considerablemente su autonomía. Los limitados alcances jurídicos de la CONAMED se originan en un equivocado diseño de sus atribuciones y en las dificultades que implica tener únicamente autonomía técnica.

La ausencia de disposiciones de orden público —que deriva de la perspectiva de derecho privado en la que se basa— impide a la CONAMED cumplir cabalmente con sus funciones sustantivas. Actualmente, la mayoría de los procedimientos de la Comisión responden a la lógica del derecho privado (específicamente la conciliación y el arbitraje) y se encuentran normativamente mucho más desarrollados que los que responden a la lógica del interés común (en particular las *opiniones técnicas*, que deberían funcionar como los dictámenes técnicos emitidos por la PROFECO y la CONDUSEF). Los dictámenes de los OEPPDH funcionan como verdaderos instrumentos técnico-jurídicos ante los tribunales, reconocidos por éstos y con carácter plenamente ejecutable. Este no es el caso de las *opiniones técnicas* emitidas por la Comisión. Las principales limitantes en este terreno, en resumen, se refieren a:

- a. La improcedencia de la suplencia de la deficiencia de la queja [señalada explícitamente en el Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial o RPAQM], que obedece a la convicción de que el usuario y el prestador de servicios son actores materialmente iguales. Este no es el caso de los usuarios de los servicios de salud, quienes frecuentemente se encuentran *de facto* en condiciones de desigualdad material frente a las instituciones de salud.
- b. La limitada fuerza de las *opiniones técnicas* emitidas por la Comisión, que no tienen más que fuerza informativa y no contienen elementos vinculantes para las instituciones de salud o los prestadores de servicios que unilateralmente decidan no participar en los procesos arbitrales.
- c. El voluntarismo para la emisión de la opinión técnica, que no se extiende a solicitud de parte, sino a juicio de la CONAMED. De esta forma, es más una concesión otorgada discrecionalmente que un derecho del usuario.
- d. Una limitación que no es evidente a primera vista pero sobre la que vale la pena reflexionar es el hecho de que la subordinación jerárquica de la Comisión a la Secretaría de Salud hace que en algunos casos —cuando el prestador de servicios involucrado dependa de la propia Secretaría— la CONAMED pudiera ser identificada como juez y parte.

Otras limitaciones se refieren a aspectos más operativos:

- a. La limitada difusión sobre la existencia de la CONAMED entre la población. De acuerdo con los usuarios encuestados, la mayoría conoció a la Comisión por boca de sus familiares o amigos, o al ser referidos desde otra institución (CNDH, PGR, Oficina de la Presidencia).
- b. La dificultad para organizar en forma autónoma sus recursos, de manera que su actividad (que es una actividad *sui generis* desde muchos puntos de vista) pueda fortalecerse con un uso más eficiente de los mismos.
- c. Las limitaciones en la designación del titular de la Comisión y los miembros de su Consejo, que no promueve la pluralidad de puntos de vista acerca de las acciones de la Comisión.

Los problemas planteados implican la necesidad de evaluar la conveniencia de dotar de mayor autonomía técnica y orgánica a la

Comisión, así como de personalidad jurídica propia. Para ello debe valorarse la posibilidad de transformarla en un Organismo Público Descentralizado y otorgarle atribuciones encaminadas a la tutela del Derecho a la Protección de la Salud —como las de dictar medidas de carácter obligatorio para los prestadores de servicios orientadas al desarrollo de servicios médicos suficientes, de buena calidad y altamente seguros para el paciente—. En este caso sería necesario que el H. Congreso de la Unión emita una Ley destinada a dotar a la CONAMED de nuevas atribuciones jurídicas.

Debe señalarse que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico cuenta con varias opciones para mejorar su desempeño. Como puede apreciarse, estas opciones implican transformaciones que se inscriben en dos dimensiones:

- La primera dimensión se refiere al cambio de la naturaleza de la Comisión como organismo público del estado. En este caso es posible que la Comisión se mantenga como Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud (OD); que se transforme en un Organismo Público Descentralizado (OPD), o que se transforme en un Organismo Público Autónomo (OPA).
- La segunda dimensión alude al propósito de la CONAMED: en este caso la Comisión puede continuar con el único propósito de “contribuir con el Sistema Nacional de Salud a la resolución no judicial de los conflictos entre los usuarios y los prestadores de servicios médicos” o, ampliando sus atribuciones, incorporar explícitamente el propósito de “contribuir con el Sistema Nacional de Salud a la tutela del Derecho a la Protección de la Salud”.

La modificación de la naturaleza de la Comisión se plantea como un medio para cumplir con mayor efectividad su propósito actual, y además parece una condición necesaria en el caso de asignarle responsabilidades sobre la

tutela del DPS. Aun así, la relación entre la naturaleza institucional de la Comisión y los propósitos que debe cumplir no es una relación mecánica, de manera que es posible diseñar la combinación de distintas opciones en ambas dimensiones.

Las consecuencias de cada opción son múltiples, y pueden calificarse en términos de ventajas y costos. La principal ventaja de conservar el estatuto jurídico actual de la Comisión radica en el mínimo esfuerzo que es necesario realizar en materia de gestión y cabildeo político. Pero en este caso es probable que cualquier ajuste en la forma de operar de la Comisión tenga un impacto limitado en su capacidad para resolver el propósito que tiene encomendado.

Por otra parte, es probable que la transformación de la CONAMED en un OPA permita alcanzar sus propósitos más fácilmente, así como obtener una enorme legitimidad ante la sociedad, pero es innegable que los costos de esta transformación son significativamente altos para la Comisión y para la propia Secretaría de Salud, tanto en términos del esfuerzo necesario para transformar a la Comisión en un OPA como en el potencial apartamiento de la CONAMED del ámbito de la SSA.

Por razones éticas, la institución que realizó esta evaluación no puede recomendar una alternativa por encima de las otras, ya que cualquiera de las opciones implica ventajas y costos que la institución evaluadora no enfrentará. Las ventajas y los costos de la decisión adoptada deben ser enfrentados únicamente por quien tiene la responsabilidad de decidir. En todo caso, tomar una u otra decisión puede ser más fácil si las alternativas son claras y es igualmente claro el compromiso asumido con los usuarios de los servicios de salud del país.

Enseguida se presenta un resumen de las principales recomendaciones derivadas de la evaluación.

Recomendaciones

TEMA	RECOMENDACIÓN
Sobre la naturaleza institucional y jurídica de la Comisión	
Objetivos de la CONAMED	Evaluar la conveniencia de incorporar como objetivo de la CONAMED la tutela del Derecho a la Protección de la Salud.
Estatuto de la CONAMED como organismo público	<p>Evaluar la conveniencia de dotar a la CONAMED de mayor autonomía y personalidad jurídica propia.</p> <p>En su caso, diseñar, proponer y gestionar una iniciativa ante el H. Congreso de la Unión.</p>
Reconocimiento de la competencia de CONAMED por los órganos de impartición de justicia	<p>Diseñar, proponer y gestionar la inclusión de un prerequisite procesal o requisito procedimental para que la CONAMED conozca de todas las quejas médicas, con base en su autoridad moral y técnica, y la gratuidad de sus servicios.</p> <p>Esta estrategia requeriría la ampliación y fortalecimiento de la plantilla técnica y administrativa de la CONAMED.</p>
Papel de la Comisión como legítimo árbitro en materia de controversias médicas	Establecer un acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social a fin de que acepte someter sus casos al arbitraje de la Comisión.
Sobre las atribuciones de la Comisión	
Atribuciones de la CONAMED	<p>Analizar la incorporación, o fortalecimiento en su caso, de las siguientes atribuciones para la Comisión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actuar como procurador y representante en la defensa de los usuarios; ▪ Proponer reformas al ejecutivo para salvaguardar el derecho a la protección de la salud; ▪ Emitir recomendaciones por quejas relacionadas con la atención médica cuyo cumplimiento modifique la estructura de los servicios y mejore la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes; ▪ Verificar el cumplimiento de la ley en materia de salud. ▪ Intervenir de oficio en cualquier cuestión que se considere de interés general en la esfera de su competencia; ▪ Realizar visitas <i>in loco</i> para gestionar el auxilio a pacientes en casos de urgencia médica calificada; ▪ Adoptar medidas cautelares para evitar la consumación irreparable ocasionada por negligencias o irregularidades médicas; ▪ Exigir inmediatamente la prestación de servicios médicos negados; ▪ Imponer sanciones administrativas; ▪ Aplicar medidas de apremio; ▪ Elaborar estudios de derecho comparado sobre las instituciones de protección

Sobre el alcance jurídico de las acciones de la Comisión

Ámbito de aplicación de las disposiciones	Ampliar los instrumentos normativos de la CONAMED al ámbito de protección de los derechos de los usuarios.
Suplencia de la deficiencia de la queja	Reconocer en el marco normativo de la CONAMED la procedencia de la suplencia de la deficiencia de la queja.
Papel de los Dictámenes Técnicos emitidos por la CONAMED	Modificar la figura jurídica denominada <i>opinión técnica</i> , dotándola de los mismos atributos que actualmente tienen los dictámenes emitidos por la PROFECO y la CONDUSEF.
Sujetos obligados ante la CONAMED	Establecer en el marco normativo de la Comisión la categoría de "sujetos obligados por la Ley", con el propósito de vincular jurídicamente a los prestadores de servicios de salud y asegurar una mejor protección de los derechos de sus usuarios.

Sobre la normatividad interna de la Comisión

Integración del Consejo de la CONAMED	Analizar la posibilidad de participación de las asociaciones profesionales, academias, asociaciones de abogados, representantes de organismos sociales, y cuota de género para garantizar una integración plural.
Naturaleza de las disposiciones que rigen a la CONAMED	Incorporar en el marco normativo disposiciones de mayor jerarquía que señalen el interés público de las normas de la CONAMED, reduciendo el plano de desigualdad material de los usuarios frente a las instituciones prestadoras de servicios de salud.
Bases de coordinación con las instituciones de salud	Actualizar las bases de colaboración con las instituciones prestadoras de servicios de salud a fin de disminuir los plazos de atención de inconformidades y ampliar la efectividad de las gestiones de la Comisión.

Sobre la operación de la Comisión

Continuidad de los proyectos institucionales	<p>Integrar un programa rector de mediano plazo, en el que intervengan tanto personal directivo como operativo.</p> <p>Establecer mecanismos de toma de decisiones colegiadas para mejorar los procesos y fortalecer el Modelo de Arbitraje Médico.</p> <p>Flexibilizar la toma de decisiones rápidas e interactivas.</p>
Difusión de la CONAMED	<p>Gestionar recursos para la difusión de la CONAMED en medios masivos de comunicación, como prensa, radio y televisión.</p> <p>Diseñar y distribuir mayor cantidad de materiales impresos y audiovisuales de difusión y propaganda.</p> <p>Establecer acuerdos y convenios interinstitucionales para desarrollar estrategias de difusión dirigidas a instituciones y profesionales de la salud, instituciones formadoras de recursos humanos en salud y derecho, y a la sociedad en general.</p>
Canales de comunicación institucional interna	<p>Fortalecer los canales de comunicación institucionales vinculados a los procesos sustantivos, a fin de hacerlos flexibles, ágiles y expeditos.</p> <p>Programar reuniones periódicas para resolver casos específicos y establecer mejoras a los procedimientos de atención de inconformidades y quejas.</p>

Personal de la CONAMED

Estructurar un programa de incentivos fundado en la disposición y compromiso de los trabajadores de la CONAMED y con incentivos académicos, económicos y en la distribución de actividades y funciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Acción de Inconstitucionalidad, 26/2006. /Resolución/ Instancia: Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Promovida por Senadores integrantes de la Quincuagésima Novena Legislatura del Congreso de la Unión. 7 de junio de 2007.
- Acción de Inconstitucionalidad 33/2006. /Resolución/ Promovida por el Procurador General de la República. 10 de mayo de 2007.
- Acción de Inconstitucionalidad 38/2006. /Resolución/ promovida por el Procurador General de la República en contra de las cámaras de Diputados y de Senadores del Congreso de la Unión y del Presidente de los Estados Unidos Mexicanos. Cossío Díaz, José Ramón, Voto Particular. *Diario Oficial de la Federación*. Primera Sección. Lunes 2 de marzo de 2009.
- Acosta Romero M. *Compendio de Derecho Administrativo, Parte General*. México: Porrúa, 1996.
- Acosta Romero M. *Teoría General del Derecho Administrativo*. 8ª ed. México: Porrúa, 1988.
- Aday L, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Care Research* 1974; 209-220.
- Allsop J. Withering the Citizen: Managing the Consumer Complaints in Health Care Settings. *Social Policy & Society* 2007; 7 (2): 233-243.
- Álvarez Escudero H. Los órganos constitucionales autónomos y la seguridad Pública. en: *Los desafíos de la Seguridad Pública en México*. México: ed. IIJ, 2002: 47.
- Seguros Interamericana AIG México. Instancia: Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, sentencia de 12 de junio de 2002.
- Atkinson *et al*, Validation of a general measure of treatment satisfaction, the Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication using a national panel study of chronic disease, *BMC Health and Quality of Life Outcomes* 2004; 2 (12).
- Blanco Escandón C. Nuevas tendencias en el ámbito de la justicia de menores: La mediación víctima-infractor. en: III Congreso Nacional de Mediación y II Congreso Internacional "Encuentro de las Américas". Celebrado en Monterrey, Nuevo León. 23 a 27 de septiembre de 2003.
- Briseño Sierra H. *El arbitraje en el derecho privado*. México: UNAM. 1963.
- Camposeco Cadena M. Técnica Legislativa, Crónica Legislativa, Órgano de Información de la LVIII Legislatura de la Cámara de Diputados. 2008; 3ª época, 1º julio al 28 de agosto.
- Cappelletti M. Formaciones sociales frente a la justicia civil. Congreso "Libertades fundamentales y formaciones sociales". Florencia 9-11 de mayo de 1975.
- Cárdenas Gracia J. *et al*. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 11ª ed. México: Porrúa- IIJ- UNAM. 1997.
- Chang. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 1999; 15 (5): 541-547.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Competencia en Amparo Contra sus Actos Cuando Funge como Árbitro, Corresponde al Juez de Distrito en la Materia Propia de las Normas Jurídicas que Regularon el Procedimiento Arbitral y Conforme a la Naturaleza de la Acción Intentada. Registro No. 176586. Novena Época, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Fuente: *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, XXII, Diciembre de 2005, Página: 2638.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. El Modelo Mexicano de Arbitraje Médico. Elementos recomendables que deben contener los instrumentos jurídicos de creación de las comisiones estatales de arbitraje médico. [Sin fecha de publicación]
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Sus Laudos Arbitrales son Actos de Autoridad para Efectos del Juicio de Amparo. Registro No. 188434, Localización: Novena Época, Instancia: Segunda Sala, Fuente: *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, XIV, Noviembre de 2001, Página: 31, Tesis: 2a. /J. 56/2001, Jurisprudencia, Materia(s): Administrativa.

- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Marco Jurídico de la CONAMED*. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/10anos/capitulo9.pdf>
- Cuba MM. Calidad en los Servicios Farmacéuticos Hospitalarios. *Master en Farmacia Clínica* 2008: 1-10.
- Danis M, Clancy C & Churchill L. *Ethical dimensions of Health Policy*. New York: Oxford University Press, 2002.
- D'arcy F. La experiencia descentralizadora en Francia y España. *Revista de Administración Pública*, INAP. 1985. No. 63.
- David F. *La Gerencia Estratégica*. 8ª reimpresión, Fondo Editorial Legis. Santafé de Bogotá. 1994.
- De la Fuente J. Presentación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Revista de la CONAMED*. 1996; 1 (1): 6.
- Diario Oficial de la Federación. *Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*. DOF 03-06-1996. México, D.F. 1996, disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/transparencia/pdf/decretocomision.pdf>
- Diario Oficial de la Federación. *Lineamientos generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal*. DOF 30-03-2007. México, D.F. 2007.
- Diario Oficial de la Federación. *Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*. DOF-2003. México, D.F. 2003.
- Donabedian, A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly* 2005; 83 (4): 691 –729.
- Donabedian, A. *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*. México. Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana. 1984.
- Facultad Reglamentaria del Presidente de la República. Principios que la Rigen. Localización: Novena Época. Instancia: Primera Sala. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. XXVI, Septiembre de 2007: 122.
- Fix Zamudio H. Suplencia de la Queja, *Panorama del Derecho Mexicano*. Instituto de Derecho Comparado. México: UNAM. 1965.
- García Ramírez S. La relación médico-paciente: consenso y conflicto. *Revista CONAMED*. 2002; 7 (2): 46.
- Gil Rendón R. ¿Qué son los órganos constitucionales autónomos? *Derecho y Cultura, Academia Mexicana para el Derecho, la Educación y la Cultura*. 2001, (15):11.
- González de Cossío F. La naturaleza jurídica del arbitraje, un ejercicio de balance químico. *Anuario Mexicano de Derecho Internacional*. 2008, Vol. VII:512.
- Gudiño Pelayo J. *Introducción al amparo mexicano*. 3ª edición. México: Noriega Editores. 1999.
- Gouvêla GC, *et al.* Health care users satisfaction in Brazil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* 2003; 21:109 -118.
- Hamann *et al.* Complaint-management in psychiatry: a nation wide survey in Germany. *BCM Psychiatry* 2007; 7: 131.
- Hanson MJ, Callahan D. *The goals of medicine: the forgotten issues in health care reform*. Washington DC: Georgetown University Press, 1999.
- Hernández Moreno J. *et. al. Cuadernos de Medicina Forense*. 2002: (28).
- International Council on Human Rights [Consejo Internacional para Estudios de Derechos Humanos]. Evaluar la Eficacia de las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos. Oficina de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Berna, 2005.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D.C. Institute of Medicine, 1999.
- Lastra Lastra J. Paradojas de la Autonomía de la Voluntad en las Relaciones de Trabajo. *Revista de Derecho Privado*. 2003; 2 (5).

- López Olvera M. Técnica Legislativa y Proyectos de Ley. en: *Elementos de técnica legislativa. México*. UNAM, Serie Doctrina Jurídica, Núm. 44, 2000.
- McLean S. *Old law, new medicine*. UK: Ed. Pandora, 1999.
- Medianero-Burga D. Metodología de planeamiento estratégico en el sector público: Conceptos esenciales, disponible en: <http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocionsalud/recursos/diplomado/m3/t1/planificacionestrategica.pdf>
- Mosset J. El orden público y la tutela del consumidor y usuario. *Revista Latinoamericana de Derecho*, 2009; [9-10].
- Nava A. Nuevo control de los organismos descentralizados y empresas de participación estatal. *Revista de la Facultad de Derecho*, Núm. 79-80, 1970.
- ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS. *Métodos Alternativos de Resolución de Conflictos en los Sistemas de Justicia de los Países Americanos*. Estudio del abogado especialista Sebastián Cox Urrejola. Oficina del Subsecretario de Asuntos Jurídicos. Subsecretaría de Asuntos Jurídicos. Secretaría General de la Organización de Estados Americanos. Cuarta Reunión de Ministros de Justicia o de Ministros o Procuradores Generales de las Américas. 10 a 13 de marzo de 2002. OEA/Ser.K/XXXIV.4. REMJA-IV/doc.13/02. 21 febrero 2002.
- Platt AW, Donaldson L. *Conciliation in Healthcare: Managing and Resolving Complaints and Conflict*. Radcliffe Publishing, 2008.
- Petersen A, Bunton R. *Foucault, health & medicine*. Ed. Routledge, 1997.
- Prats L. coord., *Estudios en homenaje a la profesora Teresa Puente*. Volumen II. España, Universidad de Valencia, 1996.
- Salgado E. *Medios alternos de resolución de controversias, una opción para modernizar la administración de justicia*. *Revista CONAMED*, 2001; 7(18): 27-31.
- Schneider *et al*. The federal government commissioner for patients issues in Germany: initial analysis of the user inquiries, *BMC Health Services Research*, 2007, 7-24.
- Secretaría de Salud. *Programa de Acción Específico 2007-2012. Fortalecimiento e Innovación de la CONAMED*. México, D.F. 2009.
- Seguro Social, Instituto Mexicano del. Por su Carácter de Organismo Descentralizado, No es Parte Integrante de la Federación. Localización: Séptima Época, Instancia: Segunda Sala, Fuente: Semanario Judicial de la Federación, 52 Tercera Parte, Página: 84, Servicio de Administración Tributaria. Sus Características le Otorgan la Naturaleza Jurídica de un Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Novena Época. Pleno. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. XII, Septiembre de 2000. Página: 44.
- Sharpe V, Faden A. *Medical Harm: historical, conceptual and ethical dimensions of iatrogenic illness*. UK: Cambridge University Press, 2001.
- Smith B. Reformas a la administración centralizada. *Revista de Administración Pública* 1978; [35].
- Smith KB, Humphreys JS, Jones JA. Essentials tips for measuring levels of consumer satisfaction with rural health service quality. *Rural and Remote Health* 2006; 6 [594].
- Soberanes Fernández JL. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico. en: *El Médico y la Ley*. *Gaceta Médica*. México 1999.
- Survey on medical attention complaints and Knowledge about the CONAMED. *Revista Conamed* 2008; 13 (3):19-25.
- Tena C. Contexto del Modelo Mexicano de Arbitraje Médico. *Revista CONAMED*, 2002; 7 [2].
- Valle González A, Fernández-Varela Mejía H. *Arbitraje Médico. Fundamentos teóricos y análisis de casos representativos*. México, D.F.: Ed. Trillas, 2005.