
Editorial

Como ha sido tradicional, se incluye el informe que el Comisionado Nacional presentó en octubre pasado al Consejo de la Institución. En él se da cuenta de los asuntos atendidos en el periodo enero-septiembre del año en curso y se destacan algunos aspectos relativos a las deficiencias detectadas en el proceso de atención de la queja.

Complementa este informe el análisis de expedientes de queja de área de odontología.

De nuestra Memoria del v Simposio Internacional CONAMED, realizado en octubre pasado incluimos, como muestra de la excelencia de las ponencias presentadas, dos de las más relevantes de dicho encuentro: la expuesta por la ministra Olga María del Carmen Sánchez Cordero de García Villegas, respecto a “Los precedentes de la SCJN en materia del derecho a la protección de la salud”, y la relativa a “La intervención de la autoridad sanitaria en la operación de las ISES”, dictada por el doctor Octavio Rivero Serrano.

Consideramos importante publicar la relatoría y las conclusiones del v Simposio para dejar constancia de la trascendencia de un acto que por quinta ocasión fue posible, gracias al apoyo del Dr. Héctor Fernández Varela Mejía, quien desde la creación de la institución quiso abrir un espacio en el cual se debatieran dos de los temas más sentidos para la población: La calidad de los servicios médicos y la relación médico paciente.

Con esta breve nota, quienes colaboramos en la Revista CONAMED queremos dejar constancia del apoyo que siempre recibimos del Dr. Héctor Fernández Varela Mejía, quien con empeño e imaginación estableció el camino que habremos de seguir para fortalecer a una institución que, estamos seguros, tiene un destino sólido por el bien social que buscan sus objetivos. 

Índice



Editorial 1

Designación presidencial del titular de CONAMED 3

Tablero 4

Análisis de expedientes de queja del área de odontología
Ariel Espinosa Carbajal 5



Precedentes de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en materia del derecho a la protección de la salud
Olga María del Carmen Sánchez Cordero de García Villegas 8

La intervención de la autoridad sanitaria en la operación de las ISES
Octavio Rivero Serrano 16



Conclusiones del v Simposio Internacional CONAMED
Agustín Ramírez Ramírez 20

Síntesis Ejecutiva del Informe de Actividades (enero-septiembre 2000)
..... 27



• Precedentes de la SCJN en materia del derecho a la protección de la salud

• Espinosa Carbajal • Rivero Serrano • Sánchez Cordero de García Villegas •

Portada de: Regina García Aguirre, 10 años
Fotografías: Rogelio Ramírez

Directorio de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

- Dr. Carlos Tena Tamayo, *Comisionado Nacional*
- Dr. Gabriel Manuell Lee, *Subcomisionado Nacional "A"*
- Lic. Agustín Ramírez Ramírez, *Subcomisionado Nacional "B"*
- Lic. Ma. de Lourdes Oviedo Espinoza, *Directora General de Orientación y Quejas*
- Dr. José Julio Bustos Pérez, *Director General de Conciliación*
- Lic. Octavio Casa Madrid Mata, *Director General de Arbitraje*
- Dr. Alfonso Cabrera Mir, *Director General de Coordinación Regional*
- Dr. Armando Valle González, *Director General de Asuntos Sectoriales*
- Dra. Eréndira Salgado Ledesma, *Directora General de Compilación y Seguimiento*
- Lic. Cuauhtémoc Solís Torres, *Director General de Investigación y Métodos*
- Lic. Jesús Enrique Pantoja Mercado, *Director General de Administración*
- Sr. Gonzalo Álvarez del Villar, *Director de Comunicación Social*
- Lic. Bernardo J. Ruiz López, *Director de Compilación y Difusión*

Revista CONAMED

- *Consejo Editorial:* Alejandro Cravioto Quintana, Sergio García Ramírez, Santiago Genovés Tarazaga, Federico Ortiz Quesada, Jorge Ruiz Dueñas, Miguel Stoppen Rometti.
- *Director:* Agustín Ramírez Ramírez
- *Coordinación:* Eréndira Salgado Ledesma
- *Jefe de Redacción:* Jesús Salvador Torres Díaz
- *Diseño:* Bernardo Ruiz y Mónica Sánchez Blanco
- *Servicios Documentales:* Ma. Azucena López Saucedo
- *Distribución:* Graciela Martínez Matías, Alejandro Rico Gómez, Carmen Cecilia Camacho Carrasco, Ma. Azucena López Saucedo

Atención y Quejas CONAMED
5420-7094 y 7134 Lada sin costo: 01 800 711 0658
Correo electrónico: infocnmd@data.net.mx

Revista CONAMED es el órgano de difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con domicilio en Mitla 250, Esq. Eugenia, Col. Narvarte, C. P. 03020, Delegación Benito Juárez, México, Distrito Federal. Tels: 5420-7092 y 5420-7066. Fax: 5420-7126. Correo electrónico: conamed@data.net.mx Página web: <http://www.conamed.gob.mx> Publicación trimestral, año 4, vol. 6, núm. 17, octubre-diciembre de 2000. Distribución gratuita. Elaborada por la Dirección General de Compilación y Seguimiento. Editor responsable: Lic. Agustín Ramírez Ramírez. Impresión: Impresora y Encuadernadora Progreso, S. A. de C. V., San Lorenzo Tezonco 244, Delegación Iztapalapa, México, Distrito Federal. Tiraje: 12,000 ejemplares. Distribución autorizada por SEPOMEX PP-DF-025 1098. Certificado de Licitud de Título número: 9969. Certificado de Licitud de Contenido número: 6970. Distribución a suscriptores: Proveedor de Servicios, S. A. de C. V. San José No. 14, Col. Molino de Santo Domingo, C. P. 01130, México, D. F. Reserva de derechos al uso exclusivo del título, número: 04-1998-080319142700-102. Los artículos firmados son responsabilidad del autor. Se permite la reproducción parcial o total del material publicado citando la fuente.

Dr. Carlos Tena Tamayo designado titular de la CONAMED



El 7 de diciembre de 2000, el doctor Julio Frenk Mora, secretario de Salud, dio posesión como titular de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico al doctor Carlos Tena Tamayo, médico cirujano especializado en cardiología, quien fue nombrado en el cargo por el C. Presidente de la República, Vicente Fox Quesada, en términos del artículo IX del *Decreto de Creación* de la CONAMED.

Al dirigirse al Consejo y al personal de la institución, quienes atestiguaron el acto, el doctor Tena comentó que buscará que la CONAMED se convierta en un organismo público descentralizado, y que sus procesos alcancen la certificación ISO 9002 de calidad. Adicionalmente propuso que la instancia sea «una fuente de retroalimentación para identificar claramen-

te de qué y quiénes se quejan los usuarios de los servicios».

Impulsará la creación de comisiones en las entidades donde no se tiene aún presencia, con el interés de acercar esta instancia a la sociedad. Aunado a ello, comentó en una posterior rueda de prensa, se incrementará la difusión de la Comisión para que ésta sea conocida por toda la población, independientemente de su estrato socioeconómico o su lugar de residencia, tanto en zonas rurales como urbanas.

Además del deseo de que «la profesión médica mantenga el prestigio que tradicionalmente ha tenido», la mayor prioridad de la institución, afirmó el doctor Carlos Tena, son y seguirán siendo los usuarios de los servicios de salud. 



Tablero

Diálogo con nuestros lectores



Año IV Vol.6, Núm. 17

Octubre-diciembre de 2000

ISSN 1405-6704

Un momento por favor...

Hicimos del conocimiento de nuestros lectores la salida del CDROM CONAMED. La edición se encuentra en proceso, por lo cual les aseguramos que para el 15 de enero de 2001 estará en sus manos. De no ser así, favor de avisar a nuestra área de distribución del retraso en el envío.

Hasta ahora, al cierre (diciembre de 2000), habían solicitado este material:

1. Lic. Ana Ma. Noble Yañez, Biblioteca del Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX
2. C. Imelda A. Rodríguez Ortiz
3. Dra. Silvia Landgrave Ibáñez, Biblioteca «Dr. José Laguna», Facultad de Medicina UNAM
4. Dra. Ma. Eugenia García Arévalo
5. Lic. Armando Guevara Ramos, Biblioteca Francisco Javier Clavijero, Universidad Iberoamericana
6. Dr. William Murillo A, médico cirujano del Hospital General Regional No. 12, IMSS
7. Dr. Francisco Javier Martínez García
8. Dr. Sabas Santiago Habana
9. C. Abraham Saavedra Martínez, Instituto Nacional de Neurología
10. Mtra. Martha E. Bañuelos, Directora del Centro de Información, Procuraduría Federal de Protección al Ambiente
11. Dra. Teresa Pérez Estrada, médico cirujano y homeópata
12. Lic. Juan Soria Vázquez, Jefe del Departamento de Publicaciones periódicas, Biblioteca Central UNAM
13. Mtra. Cielito Bolívar Galindo, Directora de Automatización, Comunicación y Proyectos, Instituto Nacional de Ciencias Penales
14. Dr. José Rafael Narváez Domínguez
15. Dr. José Alberto Armengol Ortiz
16. Dr. Roberto Ávila Cenicerros, médico cirujano
17. Dr. Ricardo Trigo Lara, Sociedad Mexicana de Oftalmología
18. Dr. Mario Valadez Cedillo, especialista en medicina familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 56 IMSS
19. C. Virginia Santander García, Colegio Médico Departamental de la Paz-Bolivia
20. Lic. Deborah Mata Cotera Pradal
21. Dr. Oscar G. Reyes Garavito, Secretario General de la Asociación de Médicos del Oriente de la Ciudad de México
22. Profa. Rosa Ortiz Rivera, profesora titular de la Escuela Superior de Enfermería, IPN
23. Dr. Baldemar Mendoza, médico del Hospital General de Zona No. 33, IMSS
24. Lic. José Luis Sapién, Jefe del Centro de Documentación del ISSSTE
25. Dr. y Lic. Manuel Enrique Montoya Gallardo, Jefe del Departamento Clínico de la Unidad de Medicina Familiar No. 37, IMSS
26. Dr. Héctor González Alvarado
27. Dr. Jesús Alfredo Sánchez Martínez, Coordinación de Servicios de Salud, Jurisdicción Sanitaria VII, GDF
28. C. Rita Vallari Alatríste
29. Dr. Masel Caballero Sandoval
30. Lic. Antonio Rivera Estrada

Seguimos, asimismo, a su disposición para hacer llegar esta colección de los 16 primeros números de la *Revista CONAMED* a quienes aún no lo han solicitado. El volumen contiene, adicionalmente, nuestro catálogo del Centro de Documentación, a fin de facilitar el intercambio con otras instituciones, y los dos primeros números del *Boletín CENDOCONAMED*, órgano informativo del Centro de Documentación de la CONAMED.

¿Dónde encontrar la NOM del consentimiento informado?

La *Revista CONAMED* no está a salvo del duende las erratas. Por este motivo, ofrecemos una disculpa a nuestros lectores por la desconcertante intervención de este personaje mundial de las publicaciones, quien

fue encarnizado e inmisericorde con nosotros en nuestro anterior número (*Revista CONAMED 16*), en ella, en el artículo del doctor José Edgar Naime Libián «Aspectos médico-legales en los servicios de urgencias» (pg.16, 1ª col., *infra.*) se transcribe que «se requiere del consentimiento informado con aceptación en forma libre autónoma y voluntaria para someterse al tratamiento de urgencia que se requiera, contemplado en la Norma Oficial Mexicana No. 186...»

Varios de nuestros acuciosos lectores de inmediato hicieron llegar sus preguntas respecto a la referida NOM que, evidentemente, está mal referida. El texto original del doctor Naime Libián señala con precisión que la norma respecto a Consentimiento informado es la NOM 168-SSA1-1998. Ofrecemos disculpas a nuestros lectores por tan penosa confusión, y agradecemos nos la hayan hecho notar.



Análisis de expedientes de queja del área de odontología

Ariel Espinosa Carbajal

Cirujano dentista, egresado de la Facultad de Odontología de la UNAM. Actualmente jefe de departamento del área de Odontología de la Dirección General de Coordinación Regional de la CONAMED.

La profesión de cirujano dentista está regulada por la *Ley reglamentaria del artículo 5º constitucional*, conocida como «Ley de Profesiones». Por su repercusión directa sobre la salud, pocos son los estudios elaborados sobre la atención brindada por dichos prestadores de servicios profesionales, si bien existen algunas encuestas que requieren ser analizadas. Lo anterior a pesar de ser ésta una especialidad con efectos no sólo sobre la estética sino como parte del sistema digestivo y fundamental en la fonación. De ahí el interés en realizar el presente trabajo.

Poco más del 5% de los expedientes de quejas ingresadas en la CONAMED indican que éstas se derivan de problemas por servicios odontológicos, por lo cual se consideró importante este análisis, en el que se procura una especial atención en los motivos que las originan, así como en la cobertura de las obligaciones de dichos prestadores, las modalidades de conclusión, el tiempo promedio de resolución, la incidencia por institución y la especialidad en donde hay con mayor frecuencia conflictos.

El criterio de selección utilizado fue considerar todas las quejas radicadas en la sala odontológica de la CONAMED, atendidas en la Dirección General de Coordinación

Regional, así como las recibidas por la Dirección General de Orientación y Quejas. En este último caso, se analizó la documentación presentada por los usuarios de los servicios a fin de determinar si era suficiente para establecer un plan de tratamiento basado en un diagnóstico de certeza, apoyado en auxiliares diagnósticos; si los expedientes de queja contenían el consentimiento informado correspondiente y, de lo contrario, si se explicaba de manera escrita el plan de tratamiento específico.



Resultados

Del total de quejas relacionadas con tratamientos odontológicos, observamos que 67 por ciento no presentaban la documentación requerida por la normatividad oficial; 28 % cuenta parcialmente con fichas odontológicas, odontogramas y algún tipo de registro para cada uno de sus tratamientos, y sólo 5 % tiene historia clínica, ficha de identificación y odontogramas por cada una de las especialidades. En general, en estos últimos, se encuentra la especialidad, pero ninguno contiene el consentimiento informado correspondiente.

Poco más del 67% de las quejas recibidas se concluyeron durante la audiencia de conciliación, y solamente el 16.5% no pudo resolverse mediante este procedimiento; 5.8% fue turnado a la Dirección General de Arbitraje; 2.4% se dieron por terminadas por falta de interés de las partes y 4.7% por no ser de competencia de la institución. En este momento están en proceso de atención 3.6%.

Modalidad	Porcentajes (%)
Conciliadas	67.0
No conciliadas	16.5
Arbitraje	5.8
Falta de interés	2.4
No competencia	4.7
En proceso	3.6
TOTAL	100.0

Tiempo para la solución de las quejas

El tiempo de resolución fue en promedio de 49 días como máximo y 12 días el mínimo. El retraso en la conciliación está determinado por el tiempo que lleva entablar comunicación con los prestadores del servicio, quienes no proporcionan papelería membretada a los usuarios, lo que dificulta su localización.

El setenta y ocho por ciento del total de quejas del área de odontología se resolvió en la primera audiencia. Debe destacarse el hecho de que la disposición de los prestadores de servicio aumenta a partir del conocimiento de la obligación de cumplir con lo establecido en la normatividad oficial, específicamente la *Norma Oficial Mexicana 168, para la elaboración del expediente clínico*, y la *NOM-13 para la prevención y control de enfermedades bucales*, además de

las implicaciones de llevar un juicio en otra instancia. El 15.2 % requirió de una segunda audiencia y solamente 6.9 % de una tercera.

Casos atendidos por institución

El mayor número de inconformidades por la atención odontológica se presenta de la siguiente manera: servicios particulares (95.3 %), ISSSTE (2.3 %), DIF e IMSS 1.2 %, cada uno.

Institución	Porcentajes (%)
Particulares	95.3
ISSSTE	2.3
DIF	1.2
IMSS	1.2
TOTAL	100.0

Incidencia de quejas por especialidad odontológica

El porcentaje del total de quejas recibidas por área es: 43.55% de prótesis (fija y removible), 22.4% de ortodoncia, 9.5% de cirugía, 8.3% de operatoria dental, 5.8% de endodoncia, 5.8% de prostodoncia, 3.5% de cirugía maxilofacial, y 1.2 % de implantología.

Especialidad	Porcentajes (%)
Prótesis fija y removible	43.5
Ortodoncia	22.4
Cirugía	9.5
Operatoria dental	8.3
Endodoncia	5.8
Prostodoncia	5.8
Cirugía Maxilofacial	3.5
Implantología	1.2
TOTAL	100.0

Conclusiones

De los resultados del análisis de la información, se desprende que se ha triplicado el número de quejas recibidas del segundo semestre de 1996 a la fecha. El 80% de casos de odontología atendidos se originan en el Distrito Federal, el restante 20% corresponde a las distintas entidades federativas.

Es relevante que 67% de las quejas pudieron resolverse mediante la conciliación, cumpliéndose así

con la misión fundamental de la CONAMED: contribuir en la resolución de los conflictos derivados de la prestación de servicios médicos, a través de la amigable composición.

Respecto al tiempo promedio de solución de quejas, los datos reflejan el interés de CONAMED por ofrecer una pronta respuesta a las solicitudes de los promoventes.

En el área odontológica, las cifras de los casos atendidos indican un comportamiento contrario a las demás especialidades médicas, es decir: en la práctica privada se encuentra la mayor incidencia de quejas.

Comentario

El análisis de las variables revisadas dan una clara perspectiva de las líneas de acción a seguir con respecto al comportamiento de las quejas motivadas por la atención odontológica en el país.

Destaca la necesidad de informar a la comunidad odontológica sobre lo establecido por la *NOM-13-SSA2-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales*, publicada el 6 de enero de 1995 en el *Diario Oficial de la Federación*; así como las disposiciones de

la *NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico*, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de septiembre de 1999. La primera refiere, en general, que la salud bucal de los individuos y de la población es resultante de un complejo y dinámico juego de factores, conocido como el proceso de salud y enfermedad.

Por lo tanto, el modelo de atención para las enfermedades bucales deberá estar basado en el conocimiento de este proceso y en el manejo de la prevención integral para la correcta conservación de las estructuras y funcionamiento del aparato estomatognático, los cuales permiten, en el mediano y largo plazo, disminuir el nivel de prevalencia e incidencia de las enfermedades bucales más frecuentes en la población mexicana, así como sistematizar y homogeneizar el manejo del expediente clínico con registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional, y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y de rehabilitación, que se constituyen en una herramienta para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud. 

Envíenos su solicitud:

CD-ROM 

Los cuatro primeros años
Incluye los números 1-16
del órgano oficial de la CONAMED
(1996-2000)

La presentación de cada número se guarda en archivos con formato PDF, (para lectura con *Acrobat Reader*) en computadora PC.

Se surtirán solicitudes a partir del 30 de octubre de 2000. Distribución gratuita.
Informes: 01 800-711 0658 (Lada sin costo) o al 5420-7092; o por Internet a:
conamed@data.net.mx

R E V I S T A 
CONAMED
Órgano de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Los cuatro primeros años

Precedentes de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en materia del derecho a la protección de la salud

Olga María del Carmen Sánchez Cordero de García Villegas

Ministra de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, licenciada en Derecho por la Universidad Nacional Autónoma de México, con estudios de posgrado en política social y en administración pública en Gran Bretaña; maestra de diversos colegios e institutos y miembro de diversas comisiones de la Universidad Nacional.

Notaria pública 182 del Distrito Federal y del Patrimonio Inmueble del Distrito Federal, actualmente con licencia. Magistrada numeraria del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal; cuenta con diversas publicaciones, entre ellas es coautora de la obra Derecho Notarial. Integrante de diversas federaciones y asociaciones internacionales, así como del Colegio de Notarios del Distrito Federal, de la Asociación del Notariado Mexicano, de la Barra Mexicana de Abogados y del Colegio de Abogados.

El régimen jurídico de la protección de la salud en México ha tenido siempre un lugar preponderante en la discusión académica y política; sin embargo, recientemente ha tomado una desusada importancia debido a que, por un lado, constituye la respuesta a una necesidad fundamental del individuo y, por otro, a la enorme complejidad que reviste tanto en los aspectos económicos, técnicos, asistenciales, jurídicos y humanos.

Esta discusión no se constriñe al derecho mexicano, pues en todo el mundo, pese a los frecuentes pronunciamientos constitucionales sobre la materia, en la mayoría de los países, está aún por definirse el régimen correspondiente a la actividad administrativa de carácter asistencial.

Por tanto, hablar sobre el derecho a la salud en México requiere, desde nuestro punto de vista, exponer primeramente algunas consideraciones teóricas que nos permitan comprender a los llamados “derechos sociales”, dado que la salud, como garantía jurídica, se encuentra inmersa en el contenido fundamental de estos derechos.

La definición de los derechos sociales es una cuestión de enorme complejidad. Tradicionalmente, los criterios utilizados para definir a los derechos sociales han sido tan variados como heterogéneos dependiendo de los elementos que de ellos quiera resaltarse.

La doctrina jurídica mexicana les dio un tratamiento ideológico que en realidad se vio pocas veces traducido en hechos concretos.¹ Sin embargo, actualmente las opiniones de los juristas que se han ocupado del tema coinciden en señalar que es preferible identificar a los derechos sociales con los derechos prestacionales, es decir, con aquellos derechos que en lugar de satisfacerse mediante la abstención del sujeto obligado, requieren de una acción positiva que se traduce normalmente en la prestación de algún bien o servicio.²

Es así que surge la idea del derecho social, considerándolo como una rama autónoma del sistema jurídico al lado de las tradicionales (público y privado), y cuya principal característica fuera la preeminencia de los intereses co-

lectivos por encima de los intereses de los individuos, a través de leyes protectoras y programas creados por el Estado para el establecimiento de condiciones más justas de vida que beneficiaran a los sectores más desfavorecidos de la población.³

La noción de “derechos sociales” tiene una historia larga y de múltiples raíces, pero podríamos identificar su surgimiento a finales del siglo XIX, como respuesta al régimen liberal irrestricto nacido de las ideas políticas de la revolución francesa de 1789 y como respuesta, también, a una desigualdad cada vez más marcada entre los diversos componentes de ese sistema liberal.

El argumento de que la injerencia del Estado en cualquiera de las actividades del individuo afectaría enormemente el postulado fundamental de la libertad e igualdad entre los hombres, fue siempre la crítica acérrima a esta concepción jurídica.

Tuvieron que pasar varios años para que la concepción ultra liberal de los derechos comenzara a declinar en favor de una concepción menos individualista.

Así, sin desconocer los beneficios que se vislumbraban con el reconocimiento de los derechos de igualdad entre los hombres, los Estados se vieron en la necesidad de establecer reformas legales que impidieran los efectos negativos que en ocasiones se presentaban en el ejercicio de estos derechos de igualdad.

El concepto de justicia distributiva formulado por Aristóteles ilustra bastante bien lo dicho anteriormente.

Según el filósofo griego, la justicia consistía en un tratamiento igual en condiciones iguales y desigual en condiciones de desigualdad, en otras palabras, decía, el trato debe ser diferente en la medida en que difieren los hombres y los hechos, por lo que no puede hablarse de una igualdad de tratamiento absoluto sino proporcional.⁴

En México, la revolución de 1910 fue un factor decisivo para la conformación de estos derechos prestacionales. Las principales demandas populares que originaron este movimiento

social fueron recogidas posteriormente en el texto constitucional de 1917, adicionando a los tradicionales derechos individuales, los nuevos derechos sociales que elevaron a norma fundamental la limitación de la propiedad privada en términos de su función social, así como la defensa de los derechos de los trabajadores, que no tardaron en incluir la protección a la mujer embarazada, la obligación patronal de establecer enfermerías, la atención de accidentes laborales y enfermedades profesionales, y la cobertura de las indemnizaciones por riesgos de trabajo, por principio.

De tal suerte que la doctrina coincide en reconocer a la Constitución de 1917 como uno de los puntos de partida de un vasto movimiento jurídico que incorporó los principios fundamentales de los derechos sociales a sus propias constituciones.⁵

La salud como derecho social

Una distinción clara entre los derechos individuales, como pueden ser los de libertad o propiedad, y los derechos sociales, radica en la actitud que asume el Estado frente a cada uno de ellos. Respecto a los primeros, el

Estado toma una postura meramente abstencionista, limitándose a vigilar que los mismos se ejerzan dentro de los límites previamente establecidos, mientras que en relación a los segundos, el Estado interviene activamente a través de políticas gubernamentales, programas sociales o reformas legales, con el objeto de satisfacer una necesidad pública.

Dicho en otros términos, “los derechos individuales imponen al Estado una obligación de no hacer, es decir, le obligan a abstenerse de violarlos, en tanto que los derechos sociales conllevan obligaciones de hacer para el Estado; el Estado debe generar las condiciones necesarias para que el derecho social pueda ejercerse”.⁶

Pues bien, en México, el derecho a la protección de la salud se circunscribe dentro de esta rama del ordenamiento jurídico y, por tanto, impone al Estado la obligación de realizar a favor del titular de este



derecho una serie de prestaciones, las cuales están destinadas a satisfacer una necesidad de índole individual, pero colectivamente considerada.

Se trata de un derecho que se revela frente al Estado, el cual asume el deber de proteger convenientemente la salud mediante la organización y puesta en funcionamiento de los medios que se consideran necesarios para acceder a ella.

El sentido de la intervención estatal en el ámbito de la salubridad —como en cualquier otro derecho social— no es otro que el de superar la desigualdad existente entre los miembros de una sociedad y que impide a muchos un tratamiento médico adecuado, entre otros aspectos que este derecho contiene.

El principio de igualdad entre los hombres, entendido como tratamiento en función a las capacidades de cada individuo, se concretiza en el derecho a la protección de la salud al garantizar el Estado la sujeción de las necesidades de cada persona mediante el mantenimiento y funcionamiento de los servicios necesarios para la atención de la salud.

Así el derecho constitucional a la protección de la salud “es aquel derecho que se ostenta frente al Estado a fin de obtener una acción positiva de éste dirigida a la efectiva satisfacción de la salud individual por encima de las posibilidades personales del sujeto”.⁷

Evolución del derecho a la protección de la salud en México

Desde la época prehispánica existieron organismos encargados de dar un cuidado permanente a la salud: enfermerías, centros de atención a los huérfanos y reclusorios para leprosos, entre otros, dan cuenta de ello.

Durante la Colonia, los conquistadores, apoyados fundamentalmente en las diversas órdenes religiosas, establecieron hospitales y casas de beneficencia. El primer centro de salud en la Nueva España —el Hospital de Jesús— fue producto de la obra de los misioneros de aquel tiempo.

Posteriormente, en el México independiente, únicamente la constitución centralista de 1836 y las bases orgánicas de 1843 se encargaron de regular expresamente lo relativo



vo a la salubridad pública, no reconociéndolo aún como derecho autónomo, sino únicamente para fijar competencia y delegar facultades a los Ayuntamientos y a las Asambleas Departamentales para que se hicieran cargo de este rubro.

Producto de las Leyes de Reforma fue la abolición de los fueros eclesiásticos y el desconocimiento de las órdenes religiosas. El Estado mexicano entonces se convirtió en el único encargado de velar por el cuidado y supervisión de la salud de sus habitantes. Lo que obligó a la creación de los primeras dependencias públicas que pudieran llevar a cabo dicha tarea, entre éstas: el Consejo Superior de Salubridad que operaba en el Distrito Federal y con delegaciones en distintas partes del territorio nacional.

El 15 de julio de 1891, el Ejecutivo Federal, en uso de facultades extraordinarias,

expidió el primer Código Sanitario del México independiente, ordenamiento que fue objeto de múltiples cambios en su contenido y denominación hasta llegar a nuestra actual Ley General de Salud, pues el carácter dinámico que la protección de la salud representa ha implicado una constante revisión y actualización del marco jurídico que rige esta materia.

La más importante modificación a la Constitución de 1857, en cuanto al ámbito de la salubridad se refiere, se llevó a cabo en 1908, cuando se facultó por primera vez al Congreso de la Unión para dictar las leyes que garantizaran una correcta actividad sanitaria en todo el país, corrigiéndose así la irregular actividad del gobierno federal, que hasta ese momento había implementado un sinnúmero de medidas, no sólo en el Distrito Federal sino a nivel nacional, careciendo de competencia constitucional para ello.

De tal suerte, el 12 de noviembre de 1908 se reformó la fracción XXI del artículo 72, para quedar como sigue:

Artículo 72.- El Congreso de la Unión tiene facultad:
XXI.- Para dictar leyes sobre ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y *salubridad general de la República*.

Posteriormente, el Congreso Constituyente de 1917 habría de adicionar a la fracción XVI del artículo 73 (correlativa a la fracción XXI del citado artículo 72 de la Constitución de 1857), cuatro bases generales que hasta la fecha siguen vigentes con algunas mínimas variantes, éstas disponían:

- 1ª.- El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.
- 2ª.- En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Ejecutivo.
- 3ª.- La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.
- 4ª.- Las medidas que el Consejo de Salubridad General haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la raza y que sean del resorte del Congreso serán después revisadas por el Congreso de la Unión.

Como se ha mencionado, la Revolución Mexicana significó un cambio importante en la función estatal. A partir de ese momento, el Estado se vio en la necesidad de resolver las principales demandas populares que le dieron origen, pero abordándolas desde una perspectiva distinta a la que imperaba hasta ese momento.

De esta manera, podemos observar cómo el concepto del derecho a la protección de la salud en México se ha ido transformando al paso de los años.

Así pues, en síntesis, este derecho se concebía inicialmente como una cuestión religiosa o de mera caridad; posteriormente, con base en el movimiento de Reforma, el Estado mexicano se asu-

mió como el único responsable de su cumplimiento, pero bajo un aspecto meramente individualista; finalmente, la Revolución de 1910 y las ideas progresistas del Constituyente de 1917, transformaron esta concepción otorgando al derecho a la salud su carácter social, al señalar al Congreso de la Unión facultades en la materia.

La protección de la salud en el texto constitucional

Como reconocimiento a uno de los derechos fundamentales contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas,⁸ el derecho a la protección de la salud, como derecho autónomo, fue elevado a rango constitucional mediante reforma al artículo 4º de la Constitución Federal, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 3 de febrero de 1983, por la cual se le adicionó el siguiente párrafo:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

De la lectura de dicho párrafo se desprende que debe existir concurrencia entre la Federación y las entidades federativas para hacer efectivo el derecho a la salud. Lo cual responde no sólo a un sano federalismo, sino también a una necesidad real y un interés fundamental de los mexicanos por procurar que todas las instancias de gobierno intervengan en su concreción, ya que sin el concurso de ambas instancias (federal y estatal) la acción sanitaria sería del todo ineficaz.

Asimismo, debe decirse que una interpretación armónica de la Constitución permite inferir que los municipios también pueden ser partícipes de esta tarea, ya que el inciso i), fracción III del artículo 115 constitucional otorga la posibilidad de que los mismos se hagan cargo de los servicios públicos que determinen las legislaturas estatales.

La incorporación del derecho a la salud en el texto



constitucional ha sido objeto de múltiples debates. Hay quienes han abogado en su favor y también quienes critican la inoperancia de dicho precepto; sin embargo, nosotros consideramos que dicha medida ha sido fundamental en la consolidación de un mejor sistema de salud, pues es la propia Constitución la que le impone al Estado la obligación de abocarse al cumplimiento de este derecho social.

El contenido específico del derecho a la protección de la salud

El derecho a la protección de la salud encuentra su contenido específico, por disposición expresa de la misma Constitución —en atención a la reserva de ley que se encuentra contenida en su artículo 4º—, en las disposiciones legislativas secundarias, a las cuales corresponde reglamentar y ampliar los contenidos del derecho a la protección de la salud constitucionalmente consagrado.

En este sentido, la Ley General de Salud se encarga de definir los propósitos que se persiguen con la protección de este derecho fundamental, al señalar expresamente que:

ARTÍCULO 2º. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I.- El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II.- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III.- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV.- La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V.- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI.- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII.- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Su regulación vigente

Actualmente es al Sistema Nacional de Salud a quien corresponde hacer frente a los problemas de salud que aquejan a nuestro país. El artículo 5º de la Ley General de Salud establece que ese sistema se compone de las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local; las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, y de los mecanismos de coordinación de acciones entre dichos organismos.

El derecho a la protección de la salud como auténtica garantía constitucional

Hablar sobre la eficacia de los derechos sociales es, sin lugar a dudas, un tema difícil. Mientras que respecto a

derechos tales como la libertad o la propiedad existe un entendimiento común, al que se ha llegado a través de una buena cantidad de estudios doctrinales y precedentes de los órganos jurisdiccionales, para los derechos sociales observamos una situación muy distinta, en razón a la falta de estudio sobre el tema o la escasa producción de criterios jurisprudenciales en esta materia.⁹

Muchas veces nos hemos cuestionado ¿cuál es el verdadero alcance que tiene el derecho a la protección de la salud en México?

Se ha dicho que no basta con la existencia del derecho a la salud como una idea, como simple expectativa o como plan de gobierno pendiente de instrumentar,¹⁰ sino que es necesario que éste se garantice a través de una norma subjetiva que haga efectivo el derecho en caso de incumplimiento por parte del obligado, que en este caso es el Estado, además de contar con un medio de control judicial que permita hacer exigible ese derecho; es decir, que ese derecho se haga justiciable.

Algunos autores coinciden en señalar que el derecho a la protección de la salud en México, consagrado en el artículo 4º constitucional, es una disposición de carácter programático, que establece simplemente directivas de acción para los poderes constituidos.¹¹ Ese tipo de normas programáticas en una Constitución solamente representan el estímulo y guía de la acción de gobierno, pero de ninguna forma alcanzan a tener carácter vinculatorio.

Los criterios antes señalados conducirían a sostener que en ningún caso el ciudadano podría tener acceso a la tutela jurisdiccional para hacer valer su derecho constitucional en juicio. Inclusive, hay quienes consideran que ante la imposibilidad de que el Estado se vea obligado coercitivamente a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, éste se vea sancionado por otros medios como la censura o el voto de castigo.¹²

Otros autores sostienen, en cambio,¹³ que si bien los derechos sociales no permiten reconocer desde la Constitución el otorgamiento de prestaciones, es decir, el reconocimiento de un derecho subjetivo oponible al Estado que garantice su exigibilidad, no por ello carecen de eficacia jurídica al punto de convertirse en meros enunciados programáticos.

Por nuestra parte coincidimos en señalar que aun cuando no pueda afirmarse que desde la Constitución federal se otorgue al particular un derecho subjetivo que obligue coactivamente al Estado para hacer efectivo dicho derecho; en el preciso momento en que el legislador desarrolla los principios fundamentales en esta materia, o como lo dice expresamente el texto constitucional, “define las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud”, surge de esta forma el derecho del gobernado para exigir, siempre que se encuentre dentro de la hipótesis legal, el cumplimiento de su derecho constitucional, y en caso de que éste sea desconocido, podrá acudir al juicio de amparo reclamando la violación a su derecho constitucional a la protección de la salud.

En otras palabras, el juicio de garantías habrá de “controlar la constitucionalidad de los actos de aplicación de leyes concernientes a esta materia, toda vez que, aun cuando el derecho fundamental se desarrolle en la ley, no se confunde con ella, permaneciendo como parámetro de constitucionalidad”.¹⁴

Por otra parte, cuando el legislador decide crear una ley que desarrolle o amplíe el contenido del derecho a la protección de la salud, deberá salvaguardar la dimensión esencial de dicho derecho, ya que de no hacerlo así, el particular que se vea afectado con dicha norma podrá validamente reclamarla en juicio de amparo alegando la inconstitucionalidad de la misma.

De esta forma podemos concluir que una vez regulado a nivel constitucional el derecho a la salud, el legislador ordinario no puede desconocerlo; sino, por el contrario, se ve obligado a regularlo conforme lo dispone la propia Carta Magna, con lo que se materializa el derecho del individuo para combatir aquellas situaciones que llegaren a violentar sus garantías individuales.

Al respecto existen algunos criterios emitidos por el Poder Judicial de la Federación que conviene mencionar, aun cuando sea en forma breve. Algunos de los más recientes, donde procedió el juicio de garantías y la justicia federal amparó a los individuos, a los gobernados, para exigirle al Estado el cumplimiento de la máxima constitucional respecto del derecho a la protección a la salud.

Precedentes relevantes emitidos por el Poder Judicial de la Federación

1.- Con fecha 9 de diciembre de 1996, una persona que se encontraba infectada del virus de inmunodeficiencia adquirida solicitó el amparo y protección de la Justicia Federal contra actos de diversas autoridades del Sector Salud, reclamando, esencialmente, la emisión del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos para 1996, mismo que formula año con año el Instituto Mexicano del Seguro Social conjuntamente con otras autoridades sanitarias, en virtud de que no se le iban a poder suministrar ciertos medicamentos que consideraba esenciales para su tratamiento, pues no habían sido incluidos en el catálogo de medicamentos de 1996.

De la demanda en cuestión tocó conocer al Juez Octavo de Distrito en Materia Administrativa en el Distrito Federal, quien con fecha de veintiuno de mayo de mil novecientos noventa y siete determinó sobreseer en el juicio y negar el amparo al quejoso.

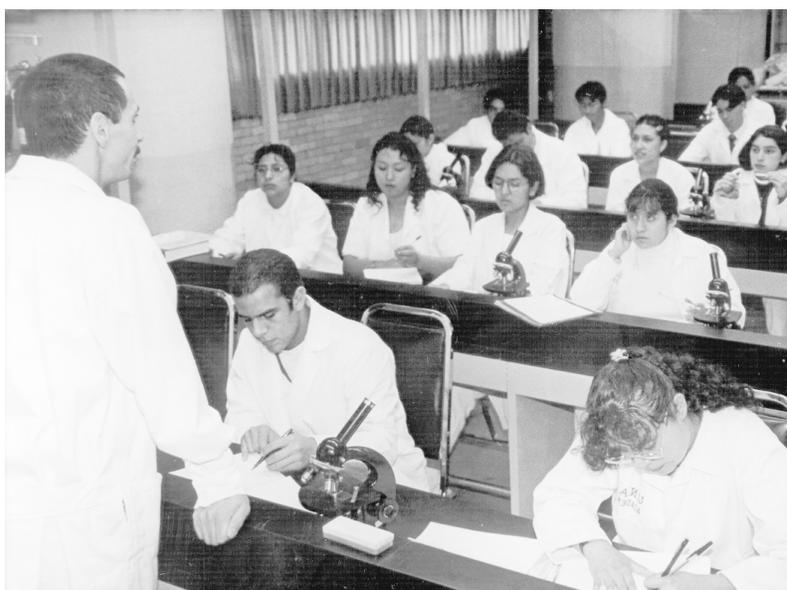
Las consideraciones en que se basó el Juez de Distrito para negar el amparo al quejoso se basaron en que, según éste, no existía una norma de derecho que obligara a las autoridades responsables a suministrar al quejoso los medicamentos que pretendía y que si bien era cierto que conforme al artículo 4º constitucional, toda persona tiene derecho a la protección de la salud y el acceso a los servi-

cios de salud, ello no se traducía en un derecho subjetivo a recibir en especial los medicamentos recientemente descubiertos que el quejoso señalaba, dado que también existían diversas enfermedades que atacaban a una gran parte de la población y que de la misma manera que el SIDA merecían la mayor atención médica por parte del Sector Salud.

La sentencia fue recurrida por el quejoso y le correspondió al Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación su resolución. El 25 de octubre de 1999, por unanimidad de votos de los ministros integrantes del Máximo Tribunal, se resolvió modificar la sentencia de primera instancia por considerar incorrecta la interpretación que del artículo 4º constitucional realizó el Juez de Distrito.

En esta sentencia se adujo que contrariamente a lo determinado por el juez del conocimiento, el derecho a la protección de la salud sí se traduce en el derecho subjetivo a recibir los medicamentos básicos para el tratamiento de una enfermedad, como parte integrante del servicio básico de salud consistente en la atención médica, sin que obste a lo anterior el que los medicamentos sean recientemente descubiertos y que existan otras enfermedades que merezcan igual o mayor atención médica por parte del Sector Salud, pues éstas son cuestiones ajenas al derecho del individuo de recibir los medicamentos necesarios para el tratamiento de su enfermedad, como parte integrante del derecho a la protección de la salud que como garantía individual consagra el artículo 4º de la Carta Magna.

Lo anterior pone de manifiesto lo expresado en líneas anteriores, en el sentido de que una vez creadas las leyes que desarrollan o reglamentan el derecho a la protección de la salud, surge para el gobernado la facultad (derecho subjetivo) de poder exigir frente al Estado su cumplimiento.



2.- Otra sentencia de gran relevancia pronunciada por el Máximo Tribunal en México, fue aquella en la cual se declaró la inconstitucionalidad de la fracción V del artículo 24 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado.

En ese caso particular, la norma reclamada —que por cierto fue combatida por más de diez trabajadoras que prestaban sus servicios al Estado mexicano— otorgaba un trato distinto para tener acceso a los servicios de salud proporcionados por el ISSSTE, según se tratara de la esposa del trabajador, o bien, del esposo de la trabajadora, pues al disponer dicho precepto, que para que el esposo o concubinario de la trabajadora, como familiar derechohabiente, tuviera derecho a la atención médica, de diagnóstico, odontología, hospital, farmacia o rehabilitación

en el citado Instituto, era necesario que fuera mayor de cincuenta y cinco años o estuviere incapacitado física o psíquicamente y dependiera económicamente de ella, en tanto que la esposa o concubina del trabajador, para obtener los mismos beneficios, sólo requería demostrar tal hecho, sin que se le exigiera alguna otra condición, lo que evidenciaba una clara trasgresión a la garantía de igualdad establecida en el artículo 4º constitucional.

Así, el Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, por unanimidad de once votos, con fecha 18 de mayo de 1999 determinó amparar a las quejas, concesión que tuvo por objeto que no se les aplicara dicho precepto y, pudieran, en consecuencia, incorporar al sistema del seguro social a sus esposos o concubinarios.

3.- Finalmente, quisiera hacer mención a la resolución emitida por el Segundo Tribunal Colegiado del Sexto Circuito con fecha 15 de noviembre de 1995. En el caso particular, el Secretario de Salud del Estado de Tlaxcala se



había negado a proporcionar atención médica y a autorizar el traslado del quejoso, quien en ese momento tenía el carácter de procesado, a un hospital especializado que pudiera hacerse cargo de los problemas de salud que evidenciaba.

Fundándose en el derecho que toda persona tiene a la protección de la salud y acceso a los servicios correspondientes en términos del artículo 4º constitucional, el tribunal del conocimiento determinó que la actitud de la autoridad responsable al no proporcionar la atención médica al procesado y negarle su traslado a un hospital para que fuera debidamente atendido, resultaba violatoria de la garantía individual al derecho a la protección de la salud.

A modo de conclusión

Los derechos fundamentales encuentran en estos días una mayor aceptación y signos de mejor realización y cumplimiento; sin

embargo, las resistencias a hacerlos efectivos siguen manifestándose en muchos ámbitos de nuestra vida cotidiana.

Los precedentes citados dan cuenta de cómo nuestro más alto tribunal constitucional ha favorecido la interpretación de nuestra Carta Magna en aras de una mayor igualdad y una mejor y más amplia protección de los derechos humanos.

El derecho a la protección de la salud ha sido interpretado por el Poder Judicial de la Federación como un derecho fundamental que encuentra su consagración a nivel constitucional y su contenido específico en la regulación secundaria.

El tránsito hacia una mejor protección de los derechos sociales, en este caso el derecho a la protección de la salud, se tendrá que ir dando en los hechos mediante las sentencias de los tribunales de la federación y mediante la creación de mecanismos más concretos que hagan *justiciables* y tangibles los derechos sociales.

Obligar al Estado a tomar acciones positivas que se traduzcan en la prestación de los bienes o servicios que pro-

tegen los derechos sociales es un camino de justicia, fundado en la igualdad, que permitirá un proceso de mejor redistribución.

Los derechos sociales son normas, y como tales deben tener efectos vinculatorios para los sujetos obligados, en este caso para el Estado, entre los que se encuentran, por supuesto, los poderes públicos.

Cuando la prestación que esas normas imponen al Estado es considerada fundamental y se incorpora a la Constitución, esas normas se convierten en normas objetivas de eficiencia directa e inmediata que sirven para justificar

leyes ya dictadas y también para escoger significados posibles, en el ámbito semántico, de esas leyes.¹⁵

La función de los derechos sociales en la Constitución debe servir como medio de control de las políticas públicas y de los actos del Legislativo y del Ejecutivo que se aparten de los fines establecidos en la Constitución.

Por todo ello, la protección de los derechos sociales de contenido prestacional, como el derecho a la protección de la salud, tendrá que ser, en el futuro, el medio que nos conduzca hacia un verdadero Estado de Derecho, social y democrático, más justo y más igualitario. Muchas Gracias. 

NOTAS

1. Ver, p. ej. Cossío Díaz, José Ramón. *Dogmática constitucional y régimen autoritario*. Biblioteca de ética, filosofía del derecho y política. Fontamara, México, 1998. De reciente publicación, pueden consultarse los ensayos de Juan Antonio Cruz Parceró, (sobre el tema de la ideología del concepto derechos sociales, particularmente el de este autor), Luis Prieto Sanchís, Robert Alexy, Gerardo Pisarello y Carlos S. Nino, en Carbonell, Miguel, Cruz Parceró, Juan Antonio y Vázquez Rodolfo, compiladores. *Derechos sociales y derechos de las minorías*. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas (Serie Doctrina Jurídica Número 28), México, 2000.
2. Cruz Parceró, Juan Antonio. "Los derechos sociales como técnica de protección jurídica". *Derechos sociales y derechos de las minorías*. Op. cit. pp. 90 y 91.
3. Esta nueva rama pugna por entender al derecho social como "el conjunto de leyes y disposiciones autónomas que establecen y desarrollan diferentes principios y procedimientos protectores a favor de las personas, grupos y sectores de la sociedad integrados por individuos económicamente débiles, para lograr su convivencia con las otras clases sociales dentro de un orden justo." Mendieta y Núñez, Lucio. *El Derecho Social*, 2ª Ed., Porrúa, México, 1967, p.59.
4. Aristóteles, *Ética Nicomaquea. Política*; tr. Antonio Gómez Robledo. 12ª edición, Porrúa, colección "Sepan Cuántos..." No. 70, México 1989; p. 157.
5. Sobre la importancia que la Constitución Mexicana imprimió en el desarrollo del derecho social puede consultarse a: Villalpando, Waldo. "La cuestión de los derechos humanos con especial referencia a América Latina". *Defensa de los Derechos Humanos*, Ed. Tierra Nueva, Buenos Aires, 1976, p.12 y sigs. Nuestros constitucionalistas del siglo xx, coincidieron e incluso exaltaron esa función en la Constitución de 1917; sin embargo, muy poco dijeron en torno a la protección efectiva de estos derechos en los hechos. Vid., p. ej. las obras de Don Mario de la Cueva, de Alberto Trueba, Rubén Delgado Moya, o más recientemente de José Francisco Ruiz Massieu, Diego Valadez o Enrique Álvarez del Castillo, entre otros, y el análisis hecho en el apartado C) del capítulo vi, de Cossío, op. cit. pp. 81-85.
6. Ruiz Massieu, José Francisco. "El contenido programático de la Constitución y el nuevo derecho a la protección de la salud". Soberón, Díaz Alfaro, et. al. *Derecho Constitucional a la Protección de la Salud*, Miguel Ángel Porrúa, México, 1983, p. 71.
7. Escribano Collado, Pedro. *El Derecho a la Salud*. Cuadernos del Instituto García Oviado, Universidad de Sevilla, España, 1976. p. 44.
8. Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.
9. Salvo algunas excepciones, es sólo recientemente que el tema de los derechos sociales comienza a tratarse en la doctrina con la profundidad que amerita, pero debe señalarse que la base de los estudios sobre el tema en México parte de la teoría constitucional que se viene produciendo en Europa. Por lo que respecta a la jurisprudencia constitucional sobre derechos sociales también debe señalarse que la producción no ha sido muy prolífica, debido principalmente a factores tales como el entendimiento y la representación de la Constitución (ver Cossío, op. cit. pp. 43 y ss.), la carencia de una teoría constitucional propia que permita un referente interpretativo más consistente, etc. Sin embargo, recientemente la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha comenzado a realizar una interpretación que favorece un mejor entendimiento de los derechos sociales. Prueba de ello son los criterios que más adelante se expondrán, así como la tesis sobre la Jerarquía de los tratados internacionales aprobada el año pasado. (Se trata de la tesis de pleno LXXVI/99 "TRATADOS INTERNACIONALES SE UBICAN JERÁRQUICAMENTE POR ENCIMA DE LAS LEYES FEDERALES Y EN UN SEGUNDO PLANO RESPECTO DE LA CONSTITUCIÓN FEDERAL.", aprobada en la sesión privada del 28 de octubre de 1999.)
10. "Lo que puede ser una consideración con validez política no sirve absolutamente en el campo del derecho. Para éste es preciso que el derecho a la salud, como cualquier otro, sea ejercitable por su titular y encuentre en el ordenamiento jurídico la adecuada protección frente al sujeto obligado a hacer efectivo el contenido del mismo." Pedro Escribano Collado, op. cit. p. 12.
11. Sobre normas programáticas, véase, entre otros, Biscaretti di Ruffia, Paolo. *Introducción al Derecho Constitucional Comparado*. FCE, México, 1975, pp. 321-322.
12. "El ciudadano que ve frustrado su derecho constitucional a la protección de la salud tiene el recurso de imponer al agente estatal las supremas sanciones políticas que pueden darse en un sistema democrático: negarle el voto en las próximas elecciones; deteriorar la legitimidad de su mandato; censurar su gestión pública; acusarle de iluso, de demagogo, de utópico o de inconsistente." José Francisco Ruiz Massieu, op. cit. p. 71-72.
13. Cossío Díaz, José Ramón. *Estado Social y Derechos de Prestación*. Centro de Estudios Constitucionales., Madrid, 1989. p. 235 y sigs.
14. Idem.
15. Vid. Prieto Sanchís, Luis. "Los derechos sociales y el principio de igualdad sustancial." *Ley, derechos, justicia*. Madrid, Dykinson, 1998.

La intervención de la autoridad sanitaria en la operación de las ISES

Octavio Rivero Serrano

Jefe de neumología y subdirector médico del Hospital General de México de la Secretaría de Salud; director de la Facultad de Medicina de la UNAM, profesor emérito y rector de la máxima casa de estudios; coordinador del Programa Universitario del Medio Ambiente; fue embajador de México en Italia, ha publicado numerosos artículos científicos en revistas nacionales y extranjeras, así como varios libros de texto y consulta. Ha sido presidente de la Sociedad de Neumología y Cirugía de Tórax, de la Academia Nacional de Medicina y actualmente es secretario del Consejo de Salubridad General de la República.

Es muy importante hacer algunas aclaraciones sobre las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), para entender el marco con el que llegan a nuestro país. En primer lugar significan un intermediario; históricamente los intermediarios siempre han encajecido la vida. Llegan a la medicina de un México que no está en crisis; si ustedes conocen las cifras de morbilidad y mortalidad en los últimos años tendrán que aceptar conmigo que la medicina mexicana ha tenido progresos extraordinarios.

El aumento en el promedio de vida, la disminución de mortalidad general y de mortalidad infantil —semejante que se acerca a la de países desarrollados, es todavía un éxito mayor porque se da en un país pobre, donde todavía hay muchas áreas de pobreza extrema—, la desaparición de algunas enfermedades y el control de otras; es decir, no llegan a una medicina que esté mal, y esto es muy importante porque deberíamos analizar lo que la medicina socializada ha logrado en nuestro país. Desgraciadamente en ocasiones, por la anécdota de un caso mal maneja-

do, de un paciente que no fue recibido a tiempo, se juzga a la institución de seguridad social.

Nunca he trabajado para el ISSSTE o el IMSS, pero he analizado —por la obligación que he tenido— y me siento con amplia posibilidad de poder decir que reconozco un extraordinario adelanto para la medicina de nuestro país. El doctor Rojo Padilla ha mencionado cómo las enfermedades preexistentes representan la mayor parte de lo que en el momento actual enfrentamos como enfermedades crónicas, y éstas habitualmente son negadas por los seguros.

Yo quisiera recordarles muy brevemente lo que se logra en la seguridad social, llámese SEDENA, ISSSTE o IMSS: el paciente tiene la seguridad de la atención médica por el resto de su vida, hasta que se le da de baja en forma voluntaria. Lo tiene igual su familia; tiene un seguro de retiro, la posibilidad de adquirir una vivienda con facilidades, la oportunidad de acercarse a fenómenos de culturación y de enseñanza; la posibilidad de tener a nivel familiar una protección completa, que no le van a discutir la enfermedad preexistente.

Por eso es muy interesante estudiar el fenómeno de las ISES a la luz de lo que tenemos. Yo recomendaría a todos ustedes que leyeran el editorial que aparece en el último número de la *Gaceta Médica de México*, órgano de la Academia Nacional de Medicina. A mi criterio, en forma magistral, en dos paginitas se relata lo que para los médicos con experiencia de la medicina mexicana representa el problema de las ISES.

Significa la preocupación de una forma de medicina administrada, que se ha probado ya en otros lugares del mundo; en particular en Estados Unidos hay una gran experiencia con administradoras de salud, que tienen otro nombre, no se llaman ISES, se llaman HMOs, pero de alguna forma sí han logrado contener el crecimiento de los costos de la medicina, para lo cual fueron creadas, pero generan una situación para el médico que es muy distinta a la concepción que del acto médico tenemos y hemos tenido durante muchas décadas en México.

En el momento actual, pero mucho más en el futuro, el médico mexicano se enfrentará a dos fenómenos —de dirección distinta— que van a presionar su ejercicio: por una parte estará presionado por los directores y los dueños de los insumos, entre ellos los hospitales, para utilizar la mayor parte de esos insumos, porque como dueños de éstos quieren sacar el rédito de la inversión que han hecho; por otra parte se van a ver presionados por las administradoras de salud, que premian a aquél que no usa insumos, aquél que no interne enfermos.

En consecuencia, el médico deberá tener mucho cuidado en dirigir su práctica médica exclusivamente con factores académicos, con factores que le obliguen a pensar siempre en el aspecto académico, médico, clínico, de la solución de sus problemas, y hacerse a un lado de esos factores de presión financiera, de los cuales esas instituciones de seguros son parte.

Las administradoras de servicios de salud fueron por ley aceptadas por las cámaras de Diputados y Se-



nadores el 31 de diciembre del año pasado; a los grupos médicos no se les tomó en consideración para opinar acerca de ello; posteriormente a los grupos médicos la SSA les pidió que opinaran en relación al reglamento de las ISES. Creo que es aquí donde el papel de la autoridad sanitaria, pero no sola-

mente de la autoridad, sino la medicina organizada deberá tener un ojo muy pendiente de lo que suceda con esas instituciones.

Es posible que sea útil para el 0.02 o 0.03% de la población que puede pagar un seguro caro, siempre y cuando se cumplan una serie de aspectos que voy a mencionar, y hay que cuidar; creo muy difícil que pueda sustituir a los seguros sociales —llámense como sea en México, puesto que proporcionan mucho más, estadística e históricamente, que estas administradoras.

Los principales problemas son: la incompetencia financiera; en nuestro medio ya ha habido alguna ISE que ha *tronado*; no se llamaba así, pero *tronó* Labor Médica S.A., justamente por el abuso en la petición de estudios por parte de los pacientes. El incumplimiento de las condiciones pactadas, la calidad irregular, las formas de recontractación, y diría las formas en que la administradora da de baja a un sujeto. En una plática en la que escuchamos a algunos de los directivos de estas administradoras de salud, yo hacía la pregunta de qué sucedía cuando a un sujeto en octubre o noviembre le demostraban cáncer en algún lugar, si lo recontractaban para su seguro en enero; la contestación fue la siguiente: *usted pretende que nosotros vendamos seguros para coches chocados, de ninguna manera*; naturalmente se da un mecanismo de baja del asegurado.

Finalmente en la diversidad de planes se puede encontrar prácticamente cualquier plan que el sujeto le convenga: los mejores planes naturalmente serán los más caros.

¿Qué cosa debe controlar la autoridad sanitaria, vuelvo a insistir, no solamente la autoridad sanitaria



sino la sociedad médica en su conjunto? En primer lugar deben contar al ser aceptadas con una estructura y una organización perfectamente conocida, tener perfectamente definidos sus mecanismos de operación, con minutas a la vista, no de palabra sino todo escrito; con un plan de trabajo perfectamente integrado, con una información todo lo amplia que sea necesaria para aquel que va a contratar y con mecanismos que promuevan la investigación y la enseñanza.

Si nosotros estamos convencidos —como creo lo estamos la mayor parte— de que la investigación y la enseñanza son factores fundamentales para acrecentar la calidad de un acto médico, por qué vamos a permitir que un segmento de la medicina del país se haga al margen de este beneficio: las ISES en México deben tener proyectos de enseñanza e investigación para mejorar la calidad de su trabajo.

Creo que la satisfacción de los afiliados es un mecanismo muy importante para poder entender —y esto debe vigilarlo la autoridad— que deben ser sometidos

a una evaluación externa periódica, si en el momento actual estamos certificando el trabajo de los especialistas, si se ha iniciado la propuesta de certificar el trabajo de los médicos generales, si se está certificando la calidad de los hospitales, yo creo que también hay que evaluar a estas administradoras de servicios de salud; debe haber un buzón de quejas abierto continuamente para el afiliado, vigilarse con todo cuidado el porcentaje de solicitudes de cambio de los afiliados, porque en esto puede encontrarse un mecanismo para entender por qué está haciendo la solicitud del cambio o la baja voluntaria; cuando un paciente no ha sido atendido adecuadamente, lo que pide es un cambio a otra administradora o simplemente darse de baja.

Debe cuidarse con toda precisión la información que los afiliados reciben a través de un boletín periódico, esto puede ayudar a entender cómo está funcionando la administradora de servicios de salud.

En los documentos que el paciente recibe al inscribirse debe tener muy claro su derecho a la información. En todo momento recibir un trato digno y respetuoso, y lo pongo porque no sucede con frecuencia, sucede lo contrario; la forma de tratamiento del paciente, que a veces es muy criticada en los servicios de admisión —en las clínicas y en los servicios de primer contacto de la medicina social y de la medicina a la población abierta, son exactamente igual de criticables en los mejores lugares donde hay medicina administrada. Los empleados, que representan el primer contacto del paciente en la medicina administrada, no tienen mejor nivel, en muchos casos, de los empleados que reciben al paciente en la medicina social o la medicina pública, la cual se crítica.

El paciente debe tener derecho a la privacidad y la obligación de proporcionar datos fidedignos. Probablemente en este aspecto existe el mayor problema o gozne, donde puede darse la problemática para la autorización del tratamiento: en lo que el paciente ha dicho. La enfermedad preexistente es aquella que ha dado síntomas o signos, pero para el paciente puede que tenga algo de cinco años de evolución y naturalmente, de buena fe no lo habla al contratar. Este es un punto muy delicado y es un punto que da mucha fricción en cualquier tipo de servicio en la medicina privada.

Probablemente el aspecto más redituable en nuestro medio ha sido la medicina preventiva. No hay ci-

fras para poder definir qué tanto han impactado los adelantos en la ciencia y el desarrollo tecnológico — en diagnóstico y tratamiento— en las cifras de morbi-mortalidad, pero lo que sí es seguro es que las medidas de medicina preventiva en nuestro medio han sido de extraordinaria utilidad y han aumentado los promedios de vida de los mexicanos.

Sin embargo, la medicina preventiva es poco favorecida por los sistemas de ISES; entonces la autoridad sanitaria deberá estar muy pendiente de que cumplan, por lo menos, con los protocolos para edad y riesgo, con la cartilla de vacunación para el menor, para el adulto, para la mujer, y con la detección permanente y periódica de las enfermedades crónico degenerativas o preexistentes, que representan el 80% en la actualidad y las cuales hay que prevenir. Si se previene a tiempo la diabetes, si se detecta la hipertensión arterial a tiempo, el tratamiento da muchos mejores resultados.

Respecto al expediente clínico: deben cumplir en todos los casos con la norma oficial mexicana (NOM), la cual recoge los mínimos que puede tener este instrumento. Podría parecer una perogrullada que yo diga esto, pero he tenido acceso a expedientes de estas áreas y no cumplen con la NOM de expediente clínico. Y olvidémonos de la norma, en un momento dado, lo importante es que dicho instrumento contenga todos los datos necesarios para entender y comprender el futuro la salud del paciente. Debe tener una responsabilidad restringida, pero una disponibilidad al sistema; es decir, un expediente que ha sido recogido en una primera instancia en una institución de este tipo, debe estar de alguna forma inmerso en un sistema de informática, para que en algún momento dado pueda ser consultado por otros médicos del sistema.

Debe haber, por supuesto, confidencialidad: no podrían acceder a este sistema más que aquellos que el paciente ha definido que deben entrar. Y debe estar archivado por un tiempo suficiente para poder seguir la evolución del mismo.

Los indicadores de resultados nos han dado una mejor imagen de lo que sucede en un hospital, cuando hemos analizado el proceso de certificación de hospitales. En Norteamérica durante mucho tiempo, igual que en Canadá, se utilizaron fundamentalmente para la estructura física y organizativa de la institución; con el tiempo se dieron cuenta de que no era sufi-

ciente. Cuando nosotros ingresamos a este sistema, cuando iniciamos el proceso de certificación, ya definimos muy claramente los cuatro aspectos que íbamos a estudiar: la estructura, la organización humana, los procesos del hospital en sí y los indicadores de resultados.

Los indicadores de resultados nos han dado mucha mayor precisión para conocer el desempeño de un hospital. Naturalmente los indicadores de una ISE son distintos. Qué tan accesible es el sistema por parte de los usuarios, qué por ciento de atención en consultorios por usuario, porcentajes de atención hospitalaria por usuario, de laboratorio y gabinete por usuario y de hospitalización.

Qué por ciento de acciones preventivas se han llevado a cabo, qué porcentajes de renovación de pólizas lo cual habla de la satisfacción del usuario—, de bajas voluntarias, cuánto ha costado la atención anual del usuario y qué acciones de investigación y enseñanza se han llevado a cabo.

Considero que este tipo de análisis, sobre lo que podría hacerse como control de una institución de seguros especializada en salud, nos podría dar una imagen más certera de lo que será su posible utilidad para, creo, un sector restringido de la población en México. 



Conclusiones del v Simposio Internacional CONAMED

Agustín Ramírez Ramírez

Licenciado en derecho, egresado de la Universidad Autónoma Metropolitana. Ha ocupado diversos cargos en la administración pública, y es actualmente Subcomisionado Nacional “B” de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Una vez más, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico concluye hoy los trabajos de este Simposio, rico por el contenido de las propuestas expresadas por nuestros conferencistas, con toda seguridad orientarán en el futuro las reflexiones de los aquí presentes en torno a los temas que nos reunieron: la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico paciente.

Llegar a este punto del evento ha sido posible, gracias al empeñoso esfuerzo de quienes comparten con nosotros la responsabilidad de su organización, bajo la dirección del Dr. Héctor Fernández Varela, titular de la institución.

No podríamos plantear estas conclusiones, si no fuera por la claridad con la que nuestros ponentes y panelistas se han expresado sobre los temas que en estos tres días han sido materia de nuestra atención.

Por ello, gracias por hacer más fácil nuestra encomienda a los que nos acompañaron de esta ciudad capital y del interior de la República, como a los que viajaron desde Uruguay, Argentina, Chile y Costa Rica, a quienes manifestamos la correspondencia de su afecto, pues compartimos intereses y preocupaciones comunes, que sólo pueden superarse en un marco de mutua cooperación.

Su desinteresada participación es sólo equiparable con el compromiso que han mostrado al presentar puntos de vista altamente apreciables por su calidad y rigor conceptual, por lo cual esperamos, como lo expresó el Lic. José Antonio González Fernández, Secretario de Salud, al inaugurar este evento, que hayan encontrado en nuestro país, *los brazos abiertos y la cordialidad y amistad que nos es característica y de la cual estamos orgullosos.*

Esta quinta edición fue dedicada a temas que, por su impacto en el ejercicio actual y futuro de la medicina, son

de interés creciente para la comunidad médica, y las instituciones públicas que prestan servicios de esta naturaleza al igual que para los que tenemos el encargo de atender las demandas de la población de contar con mejores servicios.

En ese sentido, fueron trascendentes las aportaciones de respetados miembros del Poder Judicial de nuestro país, por las definiciones escuchadas así como por la polémica creada.

El derecho y la medicina —como lo señaló el Comisionado Nacional el primer día de trabajos de este Simposio son disciplinas de vocación humanista que buscan servir a la sociedad, por el valor de los bienes jurídicos que tutelan, indispensables para la consecución de los fines que aseguren una vida digna.

Sin salud, indicó, *el individuo se encuentra en un estado de discapacidad social, pues si bien la enfermedad vulnera su condición física, por otra parte, le impide desarrollar cabalmente las potencialidades que derivan de su entorno social.*

En ese contexto, lo que señaló la señora ministra de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Olga Sánchez Cordero de García Villegas, en el sentido de que el derecho a la protección de la salud se ubica dentro de aquellos derechos *que en lugar de satisfacerse mediante la abstención del sujeto obligado (el Estado), requieren de una acción positiva que se traduce normalmente en la prestación de un bien o servicio*, nos hace reflexionar sobre la pertinencia de las acciones llevadas a cabo en esta materia, y en particular, con la función que tiene a su cargo la CONAMED.

Cumplir con este derecho de carácter social implica de alguna manera atender el ideal de justicia que —como nos

lo recordó la señora ministra— consiste, según Aristóteles, en un *tratamiento igual en condiciones iguales y desigual en condiciones de desigualdad*.

Nos recordó así, que una de las deficiencias más importantes del sector salud ha sido *la falta de cobertura, principalmente entre los grupos más pobres de la sociedad*. De ahí la importancia de las acciones emprendidas en esta administración para ampliar la cobertura de servicios a la población.

Al hablar de la participación del Poder Judicial como medio de control que permita hacer exigible el derecho a la protección de la salud —que se haga *justiciable*, como ella lo llamó— resaltó el caso reciente de un paciente seropositivo a quien no le fueron proporcionados los medicamentos necesarios para controlar su estado de salud, por lo que promovió un amparo que le fue negado en la primera instancia, bajo el argumento de que *no existía una norma de derecho que obligara a las autoridades a suministrar al quejoso los medicamentos que pretendía, ya que el derecho a la protección de la salud no se traducía en un derecho subjetivo a recibir los medicamentos que el quejoso señalaba*.

Nos recuerda la ministra Sánchez Cordero que al llegar el asunto a la Suprema Corte de Justicia, por unanimidad se resolvió modificar la sentencia recurrida por considerar incorrecta la interpretación que hizo del artículo 4° Constitucional, con lo cual, dijo, *nuestro tribunal constitucional ha favorecido la interpretación de nuestra Carta Magna en aras de una mayor igualdad y una mejor y más amplia protección de los derechos humanos*.

Por otra parte, no podría ser más categórico, a la vez que cabalmente cierto, lo expresado por el señor magistrado Juan Luis González Alcántara Carrancá, presidente del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, en el sentido de que *los tribunales constituyen la columna vertebral del sistema (de justicia) ya que garantizan que cualquier controversia en torno a un derecho que se suscite entre particulares, entre autoridades, o entre los primeros y las segundas, será resuelta de manera pacífica, expedita, imparcial e independiente*.

No obstante lo anterior, todos los presentes comparti-

mos su punto de vista en cuanto a que *alrededor de la relación médico-paciente se construyen vínculos positivos como la confianza, el afecto, la empatía; pero de ella también pueden surgir relaciones de dominación y dependencia, por lo que la estructura formal —y en ocasiones fría— del procedimiento judicial puede dificultar que dentro del proceso se ventilen (las controversias médicas) y se llegue a conocer toda la verdad respecto de un tratamiento médico inadecuado*.

Por ello son tan importantes los conceptos vertidos por el señor magistrado González Alcántara Carrancá, entre ellos el que afirma que debe erradicarse *la creencia de*



que el litigio —hoy en día— es la única alternativa en la solución de una disputa legal. En la CONAMED estamos de acuerdo con lo expresado por él, más aún cuando afirma que *los mecanismos de justicia alternativa han llegado para quedarse, no para suplir la función judicial, sino para complementarla*; por la congruencia con los considerandos que fundamentaron la creación de la Comisión, los cuales señalan, entre otros, que la institución fue creada para contribuir a disminuir las cargas de trabajo de las instancias jurisdiccionales sin sustituirlas.

La controversia siempre es bienvenida en espacios de discusión académica, como el que hemos presenciado estos tres días. Por ello, seguramente fueron bienvenidos los

puntos de vista expresados por el magistrado Neófito López Ramos, cuando señala que *la legalidad del pacto arbitral (...) debe ser objeto del juicio de amparo.*

Para quienes laboramos en la CONAMED, lo anterior hace resurgir una controversia sobre un tema que antaño supusimos superado, en virtud de que, como el señor magistrado lo señaló, *tradicionalmente la Suprema Corte de Justicia de la Nación, se ha orientado por considerar que el árbitro no es autoridad.*

En su brillante disertación, encontramos igualmente la esencia del debate, cuyos puntos de partida podrían ser, por una parte, el necesario apego a la legalidad en un Estado de derecho; y por la otra, la legitimidad de una demanda social que exige un sistema de justicia expedito, pues como él mismo afirmó *el servicio público de administración de justicia ha venido sufriendo deficiencias por múltiples razones, y los procesos se demoran, (lo cual) redundan en gastos y falta de credibilidad en la bondad de nuestras instituciones jurídicas y en el proceso (judicial) como forma de solución de las controversias.*

No debemos olvidar que el derecho es expresión de la realidad social, y que el interés que tutela está estrechamente vinculado con un ideal de justicia, de tal suerte que sería importante reflexionar sobre las virtudes de la necesaria complementariedad entre el proceso jurisdiccional y los medios alternos para resolución de controversias, pues como lo afirma el señor magistrado López Ramos, *el juicio de amparo se vuelve (incluso) una táctica para quien no desea cumplir, y justicia que llega tarde es denegación y eleva su costo.*

No obstante, recogemos con interés su punto de vista en el sentido de que *debe abandonarse el criterio formalista que determina la improcedencia (del amparo) sobre la base de que (el árbitro) no es autoridad porque no es un órgano jurisdiccional del Estado, ya que con sus actos puede crear, modificar o extinguir un derecho o una obligación.*



Una vez que nuestros invitados del Poder Judicial expresaron sus puntos de vista, se abordó el tema de la contribución pericial de la CONAMED.

Al maestro Benigno Licea González le correspondió presentar los fundamentos legales del tema, precisando que *el dictamen pericial consiste en una opinión fundada sobre un hecho generalmente pasado, en el que se determina el adecuado diagnóstico; el estado patológico; los principios científicos y técnicas aplicables, (así como) si el personal médico dispuso de instrumentos materiales y recursos que debieron emplearse, entre los aspectos más relevantes a examinar.*

Tocó su turno a uno de nuestros invitados del extranjero, el maestro Carlos Alberto Bergese, profesor de la Universidad Católica de Córdoba, Argentina, quien se refirió a los aspectos éticos de la peritación médica, sobre lo cual poco se ha hablado, quizás por lo evidente de su aplicación en la práctica de la medicina.

El perfil ético del perito, anotó, Bergese debe englobarse en las virtudes éticas de cualquier médico, tales como: *competencia profesional técnico científica, ciencia y conciencia, así como coherencia de criterios.* Entre las cualidades y requerimientos para un perito, destacó el *esfuerzo constante de actualización, formación permanente, posesión de conocimientos teóricos, habilidades, destrezas, prácticas y actitudes que le permitan ejercer la medicina con eficiencia, además de ser una persona cuya libertad y dignidad no puedan subordinarse a ninguna instancia ajena o extraña a su propia conciencia, la cual ha de decidir y tutelar la conducta personal y profesional de su ciencia.*

Asimismo, resaltó la *prudencia, secreto, deferencia, respeto y templanza,* como deberes del perito que se refuerzan en todo acto pericial, principalmente cuando se actúa en un caso de responsabilidad profesional.

Al continuar con este desarrollo temático, el Dr. Enrique Aguilera Beteta expuso las características de opera-

ción y funcionamiento de la CONAMED y de las instancias locales, que en conjunto integran el modelo de arbitraje médico, destacando que con ello se ha puesto a disposición de 46 millones de mexicanos los servicios de conciliación y arbitraje médicos.

Como preámbulo al debate del panel siguiente, señaló las dificultades que en el trabajo cotidiano implica el desahogo de los requerimientos de las autoridades de procuración e impartición de justicia, cuando se nos solicitan dictámenes médicos. Por ello resaltó la necesidad de que las comisiones de arbitraje médico sean reconocidas formalmente como peritos institucionales.

En el segundo día, inició el debate el Dr. Fernando Rocha Larráinzar al señalar que el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene un esquema que fortalece la seguridad social en este país, cuya realidad nos hace ver que pese a contar con la infraestructura más grande del país, *sin duda, también tenemos un Estado lesionado, con múltiples carencias en sus tareas fundamentales sociales y políticas.*

Precisó —y cito— *la imagen de nuestro gran Instituto se fue deteriorando a la par de esas carencias económicas, problemas que aun persisten en los sistemas de atención y abasto, para después hacer énfasis en el Plan Integral de Calidad que ha impulsado el Sindicato de esa institución, el cual contempla una mayor participación de los trabajadores en la solución de los problemas que lo aquejan.*

Sentenció que el IMSS peligra, pues las modificaciones legales a la Ley de Sociedades Mutualistas y de Seguros pretendían *tener un mercado más amplio y convertir a los médicos en asalariados de las empresas aseguradoras privadas*, ante lo cual propuso que debe pugnarse por el fortalecimiento del Instituto para dar cobertura universal a los trabajadores y sus familias mediante el régimen ordinario.

En su participación, el Ing. Pablo Gómez Meza, Su-

perintendente de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) de Chile, al hablar de la experiencia que en la materia se tiene en su país, señaló que *la regulación en salud pone el acento en los aspectos sanitarios de largo plazo, lo que se refiere a mejorar el estado de salud y satisfacción de la población y hacerlo a un costo razonable.*

Llamó la atención del auditorio la amplitud de su exposición, que sería ocioso intentar resumir en tan poco espacio, por lo que del conjunto cabe rescatar en estas conclusiones los propósitos de los sistemas de salud, que son la *eficacia* —entendida como la capacidad de producir salud socialmente—, la *satisfacción* a manera de expresión objetiva del bienestar provista por los servicios de salud, y la *equidad*, que es la asignación de recursos para todos de acuerdo a las necesidades.

Sin duda, la experiencia que Chile tiene en el manejo de un sistema de salud como el expuesto en este evento, será de gran utilidad para reflexionar sobre el futuro que las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) tendrán en nuestro país.

Como preámbulo a la discusión sobre algunos aspectos del modelo de atención que se prevé con la operación de las ISES, el Lic. Agustín Carrillo Suárez se refirió a los antecedentes de una institución que ha logrado consolidarse como instancia de utilidad social para la población del país: la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO).

Precisó que la PROFECO es una institución pionera en la defensa de los derechos sociales, algunos de ellos relacionados con la prestación de servicios médicos, resaltando *la tendencia internacional de constituir órganos de defensa especializados por materia, siendo responsabilidad del Estado nacional el dotar a la población de mecanismos que atiendan sus nuevas demandas.*

Tocó su turno al Dr. José Antonio Rojo Padilla, quien nos recordó que en



México la protección social de la salud ha sido responsabilidad estatal, coexistiendo con la *protección privada enfocada a grupos minoritarios de medianos y altos ingresos*, que además de los beneficios de la seguridad social cuentan con los llamados seguros de gastos médicos mayores o menores.

Reseñó las modificaciones a la Ley de Sociedades Mutualistas y de Seguros, para después referirse específicamente al ramo de salud, y en especial al tema de las enfermedades preexistentes, destacando que *ningún servicio público fuera de la seguridad social es suficiente para ofrecer todos los servicios implícitos en los programas de salubridad general*.

En tal sentido, hizo un minucioso análisis de las razones por las cuales la aparición de las ISES complicará el problema de cobertura en el panorama de salud en México, señalando, entre otras conclusiones, que *la carencia de aseguramiento de las enfermedades preexistentes por parte de las ISES, agravarán las condiciones de salud en el país y la economía de las instituciones gubernamentales*.

Por su parte, el Dr. Octavio Rivero Serrano, al abordar el tema de la participación de la autoridad sanitaria en la operación de las ISES, destacó que *la crítica que muchas veces se hace en la forma de tratar al paciente en los servicios de admisión de la medicina social y a población abierta, son exactamente igual de criticables en los mejores lugares en donde hay medicina administrada*.

Al referirse a la medicina preventiva que se ha practicado en México, señaló su extraordinaria utilidad para la salud de la población, y al precisar que la medicina preventiva es poco favorecida por los nuevos sistemas, advirtió la necesidad de que la autoridad sanitaria esté atenta para que cumplan, entre otros aspectos, con protocolos para evitar el riesgo, como es el caso de la detección de enfermedades crónico degenerativas.

Otro de los temas relevantes expuestos en el segundo día de trabajos del Simposio es el que abordó el Dr. Horacio García Romero, referido a las implicaciones éticas en la operación de las ISES.

En su intervención, identificó la operación de estas compañías aseguradoras como negocio, en el que se busca la eficiencia en un esquema de costo-efectividad, no obstante que su fin es la prestación de servicios de atención médica, y sin perder de vista la necesidad de desarrollo profesional de sus directivos y trabajadores.

Un esquema que a simple vista se antoja complejo para una forma de prestación de servicios de esta naturaleza. Al respecto, el expositor recalcó que *si bien no es posible concebir un negocio en el que no se recuperen los gastos y se obtenga algún provecho económico, se estaría ha-*

ciendo daño a los individuos y a la sociedad —además de quebrantar los principios éticos más elementales— si las instituciones que manejan la salud de la población dejan de proporcionar una atención de calidad sólo para aumentar las ganancias de la empresa.

Para ilustrar de alguna manera el tema, se refirió al caso hipotético en el cual el paciente no podrá elegir a su médico, sino que se lo asignarán, corriendo el riesgo de que la institución le ofrezca a este profesional incentivos económicos si los costos de la atención se mantienen bajos, con lo cual, aseveró, el paciente *no tendrá autonomía ni el médico podrá libremente prescribir exámenes o medicamentos*, con las consecuencias que ello seguramente acarreará.

En la parte conclusiva, subrayó que este tipo de instituciones pueden ser de utilidad, si se conciben como complementarias al sistema establecido, pero llamó a oponerse a que se les considere como una opción para cubrir los problemas de salud de nuestra población.

Los puntos expuestos con anterioridad se complementaron con los conceptos que sobre *medicina social y privada en el marco de un nuevo modelo de atención* plantearon los doctores José Luis Ibarrola Calleja, Julio Sotelo Morales, Javier Bordes Aznar, Francisco Manzano Alva, Francisco Becerra Posada y Francisco Sámano Guerra.

La sesión inició con una explicación sobre el significado de las ISES, su forma de operación, funcionamiento y su regulación jurídica, a cargo del Dr. Becerra Posada. La explicación fue vasta, y aclaró en la parte final de su intervención que en ningún momento se ha dicho que las ISES deban ser un sustituto del IMSS ni que se busque la reversión de cuotas.

Por su parte, el Dr. Sámano Guerra hizo un análisis de la evolución que en la materia han tenido este tipo de instituciones, que —aseguró— son parte de un modelo que surge en los años setentas en Estados Unidos, con el fin de disminuir los crecientes costos de la atención médica, aunque una década después el modelo cambió de forma radical, hasta llegar a ser parte —en la actualidad— de un sistema privado de prestación de servicios médicos que ya ha llegado a nuestro país, por lo cual, la Federación Nacional de Colegios Médicos se ha opuesto al desarrollo de dicho modelo en México.

En su participación, el Dr. Bordes Aznar acotó que el esquema se inscribe en el marco de una insuficiencia de recursos fiscales para atender con eficiencia la prestación de los servicios médicos, y la necesidad de participación de la sociedad en esta materia, recordando que *hay sólo un tipo de medicina, que es la buena medicina, y no puede hablarse de la medicina gubernamental y no gubernamental, (considerando) que es la medicina buena la que va*

permitir que pueda llevarse a cabo un buen papel en el cuidado de la salud a largo plazo.

Sobre el tema, el Dr. Sotelo Morales comentó que la perspectiva de la medicina integral tiene —entre otras— la vertiente de la medicina curativa, y el nacimiento de este nuevo modelo es parte de la búsqueda de llevar a la medicina curativa a niveles de satisfacción. Agregó que se trata también de un nuevo esquema internacional, por lo que será importante revisar los beneficios que pudieran traer para el país, y que el reto será la manera de combinar una medicina social y una medicina privada que genere una nueva forma de ejercerla.

En su turno, el Dr. Manzano Alva señaló que la medicina privada tiene tantos problemas como la medicina pública, destacando que los servicios institucionales generalmente tienen mejores protocolos de atención, por lo que sería indispensable buscar un esquema mucho más organizado.

En el tercer y último día de trabajo, quisimos privilegiar el análisis de lo que significa la participación de la sociedad en la prestación de servicios médicos, a través del funcionamiento de organizaciones no gubernamentales que, en el ámbito exterior como en nuestro país, se preocupan por la calidad de los servicios que recibe la población.

Para ello, contamos con las apreciables exposiciones de quienes nos visitaron de Costa Rica, Uruguay y Chile, así como de representantes de organizaciones sociales de México.

En su presentación, el maestro José Valerio Monge hizo énfasis que en Costa Rica, como parte de los procesos de reforma sanitaria, se ha establecido un postulado fundamental en cuanto a que el nuevo modelo de atención de la salud debe ser aquél que fortalezca los principios de la seguridad social: solidaridad, universalidad y equidad, los cuales encuentran vigencia en la medida en que el sistema sea lo suficientemente democrático y participativo.

Con posterioridad, tuvimos oportunidad de escuchar al Dr. Francisco Fernández Fredes, quien resaltó que en Chile las organizaciones sociales en esta materia se encuentran en fase de desarrollo. En su ponencia, encontramos una exposición clara del significado de este esquema de complementariedad que se puede ejemplificar en los Planes Colectivos de Salud; por otra parte fueron motivo de atención sus consideraciones sobre las condiciones que prevalecen en la operación de las ISAPRES, lo cual nos hizo recordar los debates del día de ayer respecto de las ISES.

Con toda seguridad, en virtud de los temas que ahora debatimos, serán motivo de reflexión sus consideraciones en torno a la subsidiariedad que opera del sistema público al privado en su país, tanto en los casos que detalló —urgencia médica—, como en los problemas que derivan de la atención de ancianos y mujeres.

En lo que corresponde a lo expresado por el Dr. Hugo Rodríguez, de Uruguay, llama la atención la certeza que causa escuchar que los derechos de los pacientes se encuentran regulados en el decreto 258/992 de su país.

Se trata de una serie de deberes a cargo del médico, que se convierten en sus correlativos derechos del usuario



de los servicios de salud, que por su contenido pretenden asegurar una relación equitativa y justa; habrá que revisar, sin embargo, la eficacia de dichas disposiciones, como lo señaló el propio conferencista, ya que no basta que una norma sea válida, sino que requiere ser eficaz para atender la función social que cumple el derecho.

En cuanto a lo señalado por el Dr. Enrique Ruelas Barajas, sin duda que los resultados gráficos presentados hablan de la seriedad con la que se revisan los aspectos de calidad en QUALIMED, tema en el cual la Comisión comparte el interés de lograr mejores estándares en la prestación de servicios médicos.

Como servidores públicos, nos satisface el comentario de un especialista en estos temas —como lo es el presidente de QUALIMED— cuando señala que la importancia de

CONAMED está en haberse convertido en un articulador de la relación medico-paciente, con lo cual, además, se ha acentuado el valor de este concepto en la práctica médica, y empieza a haber retroalimentación, por lo cual será necesario continuar trabajando en fortalecer el modelo de arbitraje médico que cuenta con una importancia nacional: la CONAMED y 13 comisiones estatales.

Para terminar este módulo, correspondió hacer uso de la palabra al maestro Juan María Alponente, para hablar de la legitimación social de las instituciones públicas. Como lo dije al final de su presentación, confieso no tener elementos de juicio para intentar destacar ninguna de sus ideas, todas ellas de un gran valor conceptual y emotivo.

Sobre nuestro último panel, cabe destacar que la presencia de representantes de organizaciones sociales y los puntos de vista expuestos sobre la operación de los servicios médicos, será fundamental para que los aquí presentes reflexionemos en el futuro sobre la importancia de dar vigencia plena a un principio de corresponsabilidad, en el que la sociedad juegue un papel trascendente en el cuidado de la salud de sus miembros, modificando el tradicional esquema paternalista de atención médica.

Por ello, considero ha sido de un interés mayúsculo escuchar sus consideraciones sobre la percepción que tie-

nen respecto de los servicios médicos que se prestan en el país, así como las motivaciones que en sus respectivas organizaciones los condujeron a ser interlocutores sociales con las instituciones prestadoras de servicios.

Vemos con interés que la tutela del derecho a la protección de la salud no es sólo una preocupación de las instituciones públicas, sino que de igual manera interesa a las organizaciones sociales, lo cual tiene un significado importante para construir los consensos futuros que permitan el cumplimiento de un derecho cuyas connotaciones sociales tienen un reconocimiento constitucional.

Para finalizar esta intervención —con la que he pretendido hacer una versión sucinta, lo más apegada a las opiniones que han expresado en este foro nuestros invitados nacionales y extranjeros—, permítanme traer a colación la cita que del ilustre fundador de la Academia de Atenas hiciera el magistrado López Ramos en este foro, en virtud de la pertinencia de su contenido con las tareas que se le han asignado a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico: *Que los primeros jueces sean aquellos que el demandante y el demandado hayan elegido, a quienes el nombre de árbitros conviene mejor que el de jueces; que el más sagrado de los tribunales sea aquél que las partes mismas hayan creado y elegido de común consentimiento.* 



Serpientes y escaleras de la salud

Distribución gratuita

El juego de ayer adecuado para los niños de hoy

Existencias limitadas

Décimo Novena Sesión Ordinaria del Consejo

Síntesis Ejecutiva del

Informe de Actividades

(enero-septiembre de 2000)

El 25 de octubre pasado, el doctor Héctor Fernández Varela Mejía, titular de la institución, presentó ante el Consejo el informe de labores con cifras de enero a septiembre del año en curso. A continuación se presenta una síntesis del mismo.

En el periodo de este informe se atendieron 7,967 *orientaciones* que la población formuló en forma personal, telefónica y por la vía del Internet, a diferencia de los 9,546 servicios del periodo similar de 1999, lo que significa un decremento de un 16.5%.

Las solicitudes de información que presentaron los usuarios, han seguido registrando un comportamiento muy similar al de los meses anteriores, desde la información más simple, como datos sobre la ubicación física de la Comisión y horarios de atención al público, hasta orientación para saber qué hacer por retención indebida de paciente o cadáver, o bien por cobros improcedentes o exorbitantes.

Mediante *asesoría*, se atendieron 1,265 inconformidades lo que significó un decremento del orden de un 6.1% con respecto a la reportada en el mismo periodo del año anterior, donde la cifra alcanzada fue de 1,348. De estos asuntos el 52.9% (669) se presentó por comparecencia en las oficinas de la Comisión; el 45.7% (578) por correspondencia y el 1.4% (18) de manera telefónica.

A diferencia de la orientación, la asesoría es brindada por los médicos o abogados adscritos al área, quienes por la naturaleza de los asuntos que se plantean en ocasiones solicitan la comparecencia del usua-

rio o el envío de documentación a fin de disponer de mayor tiempo para analizar con profundidad e integralidad el asunto planteado, de ahí el menor uso de la forma telefónica.

Del análisis de los casos abordados mediante *asesoría*, se encontró que en 321 asuntos no se presentaron los supuestos para intervención de la Comisión, toda vez que no se trataba de irregularidades en el acto médico; en otros 228 casos se carecía de elementos de presunción para admitir la queja, por lo que se resolvieron a través de brindar a los quejosos una amplia explicación técnico-médica.

En 442 inconformidades, se carecía de la información suficiente que permitiera calificar la admisión de la queja por lo que se les orientó y asesoró por escrito sobre la manera de configurar la queja, en tanto que en 227, se proporcionó asesoría sobre las diversas alternativas legales con que contaban para ventilar su queja. Finalmente, en 47 casos se otorgaron asesorías sobre los derechos y obligaciones que les asisten.

En lo que concierne a las *quejas*, se admitieron 1991 inconformidades registrándose con ello un incremento del orden de un 20.2% con respecto al mismo periodo del año anterior, que ascendieron a 1,656, con lo cual se ha observado un incremento gradual y sostenido.

Por su fuente de ingreso, 1,457 fueron presentadas de manera personal, lo que significó el 73.1%, 464 fueron por correspondencia, representando un

23.3% y las restantes 70 se presentaron de manera telefónica, lo que las ubicó en un 3.5%.

Se admitieron 1,048 de quejas en contra del IMSS, cifra que porcentualmente significó un 52.6% respecto del total, mientras que en contra del ISSSTE fueron 368, lo que representó porcentualmente el 18.4% del total admitido, y por los servicios médicos *privados* se recibieron 415 que ubican a este sector en un 20.8%.

Las cifras que alcanzaron las unidades médicas coordinadas por la Secretaría de Salud fueron 65 lo



que porcentualmente representa un 3.2%, las Secretarías de Salud en los Estados registraron apenas un 1.1% con respecto del total admitido, y de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal se admitieron 30 quejas.

Es de hacer notar que el comportamiento de las diez especialidades en las cuales se registró mayor incidencia de quejas, viene a ser proporcionalmente similar a los periodos que anteceden a éste, así

Ginecobstetricia se ubicó en el primer sitio con 276 (13.8%), Urgencias 245 (12.3%), Ortopedia 178 (8.9%), Medicina Familiar 164 (8.2%), Cirugía General 155 (7.7%), Oftalmología 100 (5.0%), Odontología 79 (3.9%), Urología 71 (3.5%), Traumatología 71 (3.5%) y Medicina Interna 67 (3.3%).

De manera muy similar a los periodos anteriores la mayor parte de las quejas provino del Distrito Federal, en este caso con 1,224 (61.4%), seguido del Estado de México que se ubica con 224 (11.2%), en tercer lugar Jalisco que registró 54 (2.7%), Guanajuato en un cuarto sitio con 40 (2.0%) y Veracruz con 35 (1.7%), el resto de las quejas se distribuyó en las otras entidades federativas lo cual fue de manera mas atomizada, en ellas las cifras porcentuales oscilan entre un 1.6 y 0.2%.

En cuanto al proceso de atención de quejas, a través de *gestiones inmediatas* se atendieron 457 (22.95%), es decir, casi la cuarta parte del total de quejas ingresadas. Asimismo, por la *vía telefónica* se abordaron 70 quejas, lo que significó atender el 3.5% de las quejas admitidas.

En lo que corresponde a las *áreas de conciliación*, en el periodo enero a septiembre del 2000 se presentó un incremento del 18.6% en las quejas recibidas, que fueron 1,452 (228 más que los 1,224 casos recibidos en el mismo lapso de 1999). Estas quejas aunadas a las 455 que estaban en proceso al final del año de 1999, conformaron un total de 1,907 casos a conciliar.

En el lapso que se informa, se concluyeron 1,496 casos y se enviaron a arbitraje 44 asuntos, lo que da un total de 1,540 asuntos desahogados en esta etapa conciliatoria (incluye 1 caso de acumulación de queja), lo que significa un aumento del 25.5% más en relación con los 1,227 atendidos en el mismo periodo de 1999. Conforme a lo anterior, quedan en proceso de atención 367 asuntos.

Respecto a la emisión de *Opiniones Técnicas* destacan las emitidas al gobierno del estado de Jalisco y a la autoridad Sanitaria Federal, relacionadas con los acontecimientos en Puerto Vallarta, y que ya han sido abundantemente comentadas en las sesiones pasadas de este cuerpo colegiado.

En lo que corresponde a las Opiniones enviadas al ISSSTE, dicha institución reconsideró su resolución ini-

cial de *improcedencia* de la queja en 6 expedientes y en todos los casos se siguieron las recomendaciones de la CONAMED dirigidas a corregir las desviaciones detectadas y mejorar la calidad de la atención.

De esa manera, la propia institución en la Delegación Regional Zona Norte ha revisado 650 expedientes de sus unidades médicas, llevando a efecto una sesión taller, 22 pláticas y 3 sesiones generales para corregir las deficiencias, lo que con seguridad redundará en documentos completos, que describan las acciones realizadas para atender las enfermedades de sus pacientes, su justificación y resultados, con respeto a los derechos de los pacientes al incluir el consentimiento informado en relación a su internamiento, cirugías o procedimientos que entrañen riesgo para su vida.

Además, se tomaron medidas para que en la Delegación Zona Oriente de esa institución se conozca el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; que en las nuevas contrataciones se verifique que el personal médico y paramédico esté debidamente capacitado, así como que se verifiquen las acciones del Comité de Evaluación de la Calidad y se establezca un programa de supervisión a las unidades médicas, coordinado por el Subdelegado Médico y los titulares de los hospitales y clínicas.

En relación con el *Instituto Mexicano del Seguro Social*, se emitió la Opinión Técnica No. 02/2000 al Lic. Genaro Borrego Estrada, Director General de esa institución, debido a deficiencias en la integración del expediente clínico y en la elaboración de certificados de defunción, además de retraso en la respuesta institucional a las quejas de los pacientes.

Al respecto, las autoridades del IMSS enviaron un oficio circular a los Directores y Delegados Regionales, Estatales y del Distrito Federal, además de los Coordinadores Regionales y Delegaciones de Atención y Orientación al Derechohabiente, con la instrucción de cumplir con los plazos que indica la normativa en la respuesta a las inconformidades de sus pacientes e integrar adecuadamente los expedientes clínicos.

En este periodo, también se elaboraron 29 *dictámenes dirigidos al IMSS*, con la finalidad de que reconsideraran su determinación de *improcedencia*, en los cuales el estudio y la valoración de la CONAMED fue de que sí existieron deficiencias en la atención,

por lo que se consideró que debían cambiar su resolución a favor del quejoso, pero además en forma más importante tomar medidas para evitar las desviaciones detectadas en la atención a sus derechohabientes.

De los 29 elaborados, se han recibido 22 respuestas y en todas el IMSS reconsideró su respuesta con base en los argumentos y fundamentación de CONAMED, autorizando reintegro de gastos o indemnización a los pacientes.



También se nos entregaron 7 respuestas a *Dictámenes* elaborados en 1999, en todos ellos (100%), el IMSS también modificó su resolución.

En atención al Acuerdo de este cuerpo colegiado sobre la clasificación de las deficiencias detectadas en las quejas, a partir del mes de junio del 2000 se tomaron en consideración el cumplimiento de obligaciones de medios y seguridad con y sin consecuencias para el órgano, función y expectativa de vida, lo que permitió el análisis de 692 casos, con los siguientes resultados:



19 restantes se emitieron los respectivos laudos. De estos últimos, 6 fueron a favor del prestador del servicio y 13 a favor del quejoso.

En lo que respecta a la *función pericial*, en el periodo sujeto a análisis se recibieron 468 asuntos, de los cuales el 60% (277) correspondieron a peticiones de la SECODAM, el 27% (127) a la Procuraduría General de la República, 12% (58) a las Procuradurías del Distrito federal y del Interior de la República, y sólo 1% (6) a los tribunales.

En cuanto a la emisión de dictámenes, se atendieron 537 solicitudes y 45 ampliaciones, lo que da un total de 582 asuntos desahogados, que en comparación con los 370 del mismo periodo de

- En 132 asuntos, se encontró incumplimiento de obligaciones de medios y seguridad con consecuencias para el órgano, función y expectativa de vida, lo que significó el 19.1% de los asuntos revisados.
- En otros 279 se observó incumplimiento de obligaciones de medios sin consecuencia directa en el órgano, la función o la expectativa de vida, lo que porcentualmente registró el 40.3%.
- En los 281 asuntos restantes (40.6%), se determinó un correcto cumplimiento de las obligaciones de medios y seguridad.

Respecto de la *gestión arbitral* se recibieron 46 expedientes, de los cuales 27 corresponden a Instituciones Privadas lo que equivale al 59% y 19 a Instituciones Públicas.

De las instituciones públicas que se someten al arbitraje 7 casos corresponden al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 7 a la Secretaría de Salud y 5 a los Servicios de Salud del D.F. y de los estados del interior de la república.

De ese total, se atendieron 39 casos, de los cuales en 7 se firmaron convenios de conciliación, en 13 se presentó el desistimiento o la falta de interés y en los

1999, representa un incremento del 57 %.

De los dictámenes concluidos, en 339 se observó mala practica (58%), mientras que en 194 no se observaron irregularidades (33%). En otros 48 existió falta de interés.

Respecto de las acciones de *seguimiento de compromisos*, se atendieron 1280 asuntos, integrados por 526 conciliaciones inmediatas, 742 convenios de conciliación —incluidos 7 celebrados ante la Dirección General de Arbitraje—, y 12 laudos en los que existen compromisos. En total se concluyeron 1049 (81.9%) quejas durante el periodo y quedan 231 (18.1%) en proceso.

El monto de los compromisos de tipo económico pagados durante el periodo que se informa fue de: \$91,174.33 (1%) por concepto de condonación de adeudo; \$2'513,778.20 (39%) por reembolso de gastos y 3'860,204.50 (60%) por indemnización, haciendo un total de \$6'465,157.03 (seis millones cuatrocientos sesenta y cinco mil ciento cincuenta y siete pesos 03/100 M.N.).

Del análisis y seguimiento de los laudos en los que existe negativa del prestador del servicio médico a acatar la condena resuelta por la Comisión, se elaboraron tres solicitudes de homologación para su

presentación ante la autoridad judicial civil correspondiente. Estos proyectos se adjuntarán a la guía con la que se pretende orientar a los interesados para que consigan la homologación de sus laudos. Cabe destacar que dos de los quejosos interesados (laudos números 819/96 y 673/98) no han asistido a las instalaciones de la Dirección General de Compilación y Seguimiento para recibir la solicitud de homologación y para explicarles el procedimiento a seguir.

En cuanto a la instalación de instancias similares a la Comisión en los estados del interior de la República, a la fecha se cuenta con catorce comisiones estatales de arbitraje médico, que al igual que la Nacional brindan a los usuarios de los servicios médicos la posibilidad de resolver sus controversias médicas mediante los procesos de conciliación y arbitraje.

Con el objetivo de intercambiar experiencias y unificar procedimientos con las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, el 22 de septiembre se realizó la III Reunión de Acercamiento del C. Comisionado

Nacional de Arbitraje Médico y sus colaboradores, con los Comisionados Estatales de Arbitraje Médico o sus representantes, de Tabasco, Estado de México, Guanajuato, Colima, San Luis Potosí, Veracruz, Querétaro, Aguascalientes, Guerrero, Puebla, Michoacán, Yucatán, Morelos y Quintana Roo.

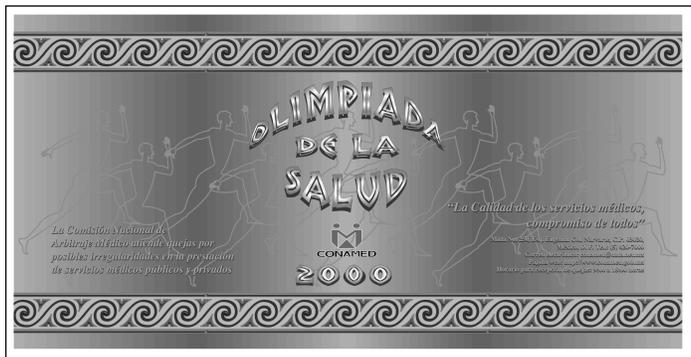
Entre los asuntos pendientes que se abordaron en esta reunión, cobra relevancia el proyecto de firma de Convenios de Colaboración de la Comisión Nacional con cada una de las Comisiones Estatales, para que las mismas cuenten con facilidades para atender quejas de las instituciones federales en sus respectivos estados, principalmente de los usuarios del IMSS, lo que se llevará a cabo una vez que la CONAMED y el IMSS formalicen modificaciones a sus respectivas Bases de Colaboración.

Dr. Héctor Fernández Varela Mejía
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico



Juego tipo maratón para adolescentes y adultos

Solicítelo a nuestra oficina distribuidora



- Salud reproductiva
- Salud infantil
- Higiene y salud
- Legislación sanitaria
- Cultura general

¡Gánale a la enfermedad!

Existencias limitadas (máximo un juego por suscriptor)

R E V I S T A
CONAMED

Órgano de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Información de Calidad para la Práctica Médica

PUEDA ENVIAR SUS DATOS POR CORREO, VÍA FAX O INTERNET

Revista CONAMED, Mitla 250, 4° piso,
Esq. Eugenia, Col. Narvarte, C. P. 03020
Delegación Benito Juárez, México, Distrito Federal,
tels.: 54 20 70 63 y 70 66, fax: 54 20 71 26
Correo electrónico: conamed@data.net.mx

Nombre: _____ Cargo: _____

Profesión: _____ Especialidad: _____

Dependencia u Organismo: _____

Institución o Centro Hospitalario: _____ Área de Adscripción: _____

SEÑALE EL LUGAR DONDE DESEA RECIBIR LA REVISTA

Oficina

Hogar

Calle y número (ext. e int.): _____

Colonia: _____ Delegación o municipio: _____ Código postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono (s): _____

Fax: _____

E-mail: _____