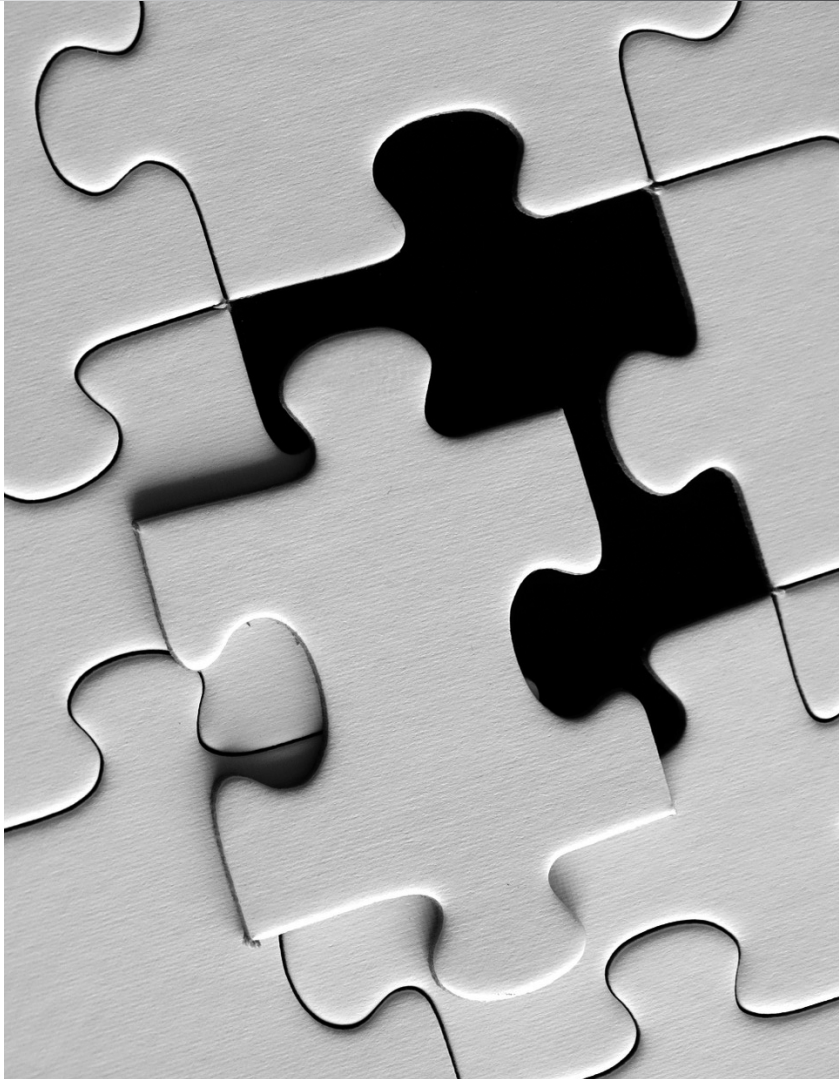


COMISIONES ESTATALES
DE ARBITRAJE MÉDICO



Comisiones estatales de arbitraje médico

Durante los primeros años de operación de la Comisión una de las pretensiones fue descentralizarla con la finalidad de que pudiera llevar a cabo sus funciones de una mejor manera, pero debido a la conjunción de diversos factores, se decidió no ampliar su estructura y apoyar la creación de comisiones análogas en todos los estados de la República Mexicana, en lugar de buscar la creación de delegaciones dependientes de esta. Este tipo de política se estableció como una forma de atenuar el rechazo que existía dentro del gremio médico en distintos estados de la República, al sentir que se les estaba imponiendo desde fuera una instancia persecutoria. Esta situación se derivaba de la falta de conocimiento en el sector sobre los mecanismos alternativos de solución de controversias, a conveniencia de aplicarlos como una manera de prevenir la judicialización de la medicina.

Un primer paso consistió en dar a conocer dentro del sector que el arbitraje se reserva para aquellos casos en los que prestadores y usuarios no llegan a conciliar sus diferencias, pero aceptan someterse a un análisis de expertos y acatar su laudo, que es la esencia misma del juicio arbitral, por lo cual al ser voluntario, se acepta libremente.

Al ser poco factible que los organismos de cualquier naturaleza cuenten con expertos en todas las especialidades del ramo de su competencia, se tuvo que idear la forma de asegurar la participación de personal especializado fuera de la estructura orgánica autorizada, para contribuir a la resolución de las quejas, situación que planteó la necesidad de contar con médicos provenientes de todos los estados de la República y no solo del entonces Distrito Federal. Para poder solventar esta situación, se buscó el invaluable apoyo de las academias Nacional de Medicina, Mexicana de Cirugía y Mexicana de Pediatría, así como de los consejos de cada una de las 43 especialidades médicas y de diversos Colegios Médicos Estatales, quienes propusieron de entre sus agremiados a médicos altamente especializados, reconocidos además por su capacidad y honorabilidad, a fin de integrar el Directorio de Asesores Externos, de donde se seleccionan a los médicos especialistas en la materia de la queja.

Este punto resultó vital para la creación de las comisiones en los estados, puesto que el gremio comprobó que las resoluciones estaban fundadas en opiniones dadas por sus pares y no por médicos legistas, que muchas veces desconocen el proceder de las especialidades involucradas, como sucede en algunos otros procedimientos legales.

Uno de los acontecimientos importantes que marcó el funcionamiento de la CONAMED, fue el establecimiento de las Bases de Coordinación con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, firmadas el 12 de noviembre de 1997, y con el Instituto Mexicano del Seguro Social, firmadas el 25 de febrero de 1998. Dichos convenios ejemplificaron que éstas instituciones médicas reconocieran los beneficios mutuos que genera esta nueva modalidad de atención de quejas, situación que permitió que más adelante se pudieran firmar convenios con las comisiones estatales, logrando que la cobertura en la atención de quejas a nivel estatal se ampliara en gran medida. En este mismo periodo se elaboró, en conjunto con los responsables de la Dirección General de Asuntos Sectoriales, el proyecto para el establecimiento de tres oficinas regionales de la CONAMED en el interior del país y de esta manera apoyar y promover la creación de comisiones estatales acercando los servicios de la Comisión al público usuario.

El paulatino surgimiento de las comisiones estatales de arbitraje médico permitió acercar geográficamente los servicios donde la población los requería, aunque cabe destacar que las quejas que tienen su origen en las grandes instituciones de seguridad social, en virtud de su carácter Federal, seguían siendo remitidas para su atención y seguimiento a la Comisión Nacional, quien para mayo de 1999 ya había turnado ocho expedientes a las comisiones estatales de arbitraje médico respectivas. Vale la pena señalar que dentro este periodo se concluyó la elaboración del documento denominado Protocolo de Atención del Usuario en la Dirección General de Orientación y Quejas, con la finalidad de hacer homogénea la atención del usuario por cada una de las salas de consultoría y lograr estandarizar el procedimiento.

Este documento fue producto de reiteradas revisiones y análisis al modo de hacer en la práctica; revisiones también al marco teórico y de numerosas sesiones de discusión y análisis colectivo por parte del cuadro técnico de profesionales de la Dirección General de Orientación y Quejas. Se consideró que dicho documento podía extrapolarse a las comisiones estatales que en ese momento existían, para que sin interferir en la autonomía de las mismas, se guardara unidad en la actuación.

Durante este mismo periodo, la CONAMED se dio a la tarea de asesorar a los gobiernos de los estados para la creación de instancias análogas mediante una estrategia basada en el calendario electoral del país, para crear, por conducto de las Secretarías de Salud, un clima favorable a su instauración por parte de los gobiernos que recientemente habían tomado posesión, o bien, que lo hubieran hecho durante el periodo de estudio. En este sentido, se elaboraron los correspondientes

estudios de planeación estratégica conjuntamente con las autoridades de salud de los estados de Chihuahua, Michoacán, Sonora, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas y se brindó asesoría a las autoridades de Aguascalientes, Michoacán, Puebla y Sonora sobre los proyectos de decretos para crear sus respectivas comisiones. Como resultado de estas tareas, se instalaron las comisiones de Colima, Guanajuato, San Luis Potosí y Veracruz, que sumadas a las tres existentes, elevan a un total de siete el número de dichos organismos.

Con objeto de intercambiar experiencias y unificar criterios, formatos y procedimientos con respeto a la autonomía de las comisiones estatales, el día 5 de enero de 1999, en la sede de CONAMED se llevó a cabo la primera Reunión de Acercamiento del Comisionado Nacional y los Comisionados Estatales, en donde se acordó un programa simplificado de intercambio informático y la suscripción posterior de Bases de Colaboración que buscaban facilitar la atención de quejas en los respectivos ámbitos de competencia.

Para el año 2000, del análisis de las quejas recibidas a lo largo de los cuatro años, se estableció que la problemática vinculada con la relación médico-paciente subyacía en la mayoría de los casos recibidos en la CONAMED, pese a que los usuarios no la manifestaban como el principal aspecto de inconformidad, y a que los prestadores de servicios desestimaran su importancia y trascendencia como uno de los principales elementos de valoración en los estudios sobre la calidad de las acciones que llevan a cabo. Para este año las quejas se encontraban clasificadas en tres grupos básicos: las que se turnaban para su desahogo a través del procedimiento de conciliación, las que se remitían a las comisiones estatales por tratarse de asuntos que son de su competencia y las que las comisiones estatales remitían a CONAMED para que esta realizara el procedimiento arbitral.

Los convenios establecidos con el IMSS e ISSSTE permitieron lograr que, no obstante la falta de atribuciones de las comisiones estatales para intervenir en este tipo de asuntos, por ser de competencia federal, la institución médica reconociera los beneficios mutuos que genera esta nueva modalidad de atención de quejas. Más adelante se firmaron convenios para la atención de quejas en las que formarían parte tanto las comisiones estatales como el IMSS e ISSSTE, permitiendo que la cobertura en la atención de quejas a nivel estatal se ampliara en gran medida.

Ya en ese año, la CONAMED ofrecía a los titulares de salud de los estados, seis líneas estratégicas de fortalecimiento y apoyo:

- I. Elaboración de estudios de planeación estratégica
- II. Asesoría en proyectos de decretos de comisiones estatales de arbitraje médico

- III. Reuniones de trabajo con el Sistema Estatal de Salud
- IV. Eventos de difusión (conferencias, conferencias-taller)
- V. Capacitación para el desempeño (visitas de funcionarios a la CONAMED)
- VI. Capacitación especializada (curso-taller y diplomado sobre solución alternativa de controversias dentro de la atención médica)

Con este marco metodológico, se estableció comunicación para promover la creación e instalación de comisiones de arbitraje médico con los titulares de las Secretarías de Salud de 16 estados: Aguascalientes, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Puebla, Querétaro, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas.

Por otra parte, para sensibilizar a las autoridades estatales, colegios médicos, sociedad en general y crear un clima favorable a la instauración de comisiones, se realizaron 118 eventos académicos (conferencias, talleres, foros y seminarios) con asistencia total de 15,333 personas en 22 entidades federativas: Aguascalientes, Baja California, Colima, Chihuahua, Distrito Federal, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas. Como parte de los compromisos de la reunión con los Comisionados Estatales, los días 20 y 21 de mayo del 2000, se celebró en la Ciudad de México el primer curso – taller de actualización para las comisiones estatales, como esfuerzo para homogenizar las metodologías y procedimientos que se siguen en las etapas de asesoría, recepción, calificación de la queja y conciliación.

Durante 2001, a efecto de contar con instituciones análogas en cada entidad federativa, la CONAMED promovió la creación de cinco comisiones estatales en Baja California, Jalisco, Morelos, Nayarit y Sinaloa, permitiendo contar con 19 organismos, no obstante que en los casos de Baja California y Nayarit se promulgaron sus decretos de creación sin que aún se hubieran instalado. Asimismo, con la finalidad de estrechar los mecanismos de colaboración y coordinar acciones que permitieran la estandarización del modelo de arbitraje médico, ese mismo año en los meses de abril y julio se llevaron a cabo la Primera y Segunda Reunión Nacional de Comisiones de Arbitraje Médico, respectivamente, donde la CONAMED presentó el proyecto para integrar un cuerpo colegiado de coordinación de acciones bajo la denominación de Consejo Mexicano de Arbitraje Médico (CMAM), el cual permitiría unificar criterios para la atención de inconformidades médicas, en la medida que los respectivos ordenamientos legales, tanto federal y estatales, lo hicieran posible.

Buscando fortalecer este proceso de homologación se realizó el Primer Taller Nacional de Homologación de Procesos, con la participación de funcionarios y personal operativo de las comisiones estatales de arbitraje médico, y así analizar y discutir los principales criterios operativos que se utilizan en la atención y resolución de las inconformidades para lograr la estandarización del modelo único de arbitraje médico.

Un aspecto fundamental para el desarrollo de las comisiones estatales se refiere a la posibilidad de establecer puntos de vista comunes en ciertos temas que inciden en sus tareas, de tal suerte que a partir de 2002, la CONAMED puso a disposición de sus homólogas en las entidades federativas 18 estudios jurídicos, entre los que destacan los siguientes temas:

- Seguros por responsabilidad profesional.
- Usurpación de profesión.
- Competencia de la CONAMED y Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros en las reclamaciones por la prestación de servicios de salud.
- Confidencialidad de los datos derivados de la atención médica.
- Consideraciones sobre la determinación y cuantificación del daño moral.
- Cumplimiento de laudos arbitrales.
- Consideraciones sobre el derecho de petición.
- Derechos humanos y mala práctica en medicina.
- El papel de la CONAMED ante hechos que presuman la comisión de un delito.
- Alcance y trascendencia legal de la contradicción de tesis por la cual se considera a la CONAMED autoridad para los efectos del amparo.
- La figura de la prescripción y su aplicación en el procedimiento de atención de quejas médicas de la CONAMED.
- Competencia de las comisiones de arbitraje médico para la recepción de quejas presentadas por extranjeros en regiones fronterizas y turísticas, o en cualquier parte de la República Mexicana. De esa manera, además de los estudios mencionados, se compilaron los criterios contenciosos derivados de los juicios de amparo en que había sido parte la CONAMED.

Con el objeto de conformar un registro nacional sobre el arbitraje médico, durante 2002 se diseñó el manual para la generación de información estadística y se entregó a las comisiones estatales. Dicho manual pretende homologar los criterios de aplicación, conceptos y

terminología utilizada en el proceso arbitral, así como describir las variables utilizadas para la generación de los reportes de salida. Resulta importante señalar que para este año el modelo de arbitraje médico contemplaba ya varias dimensiones a considerar, como son: el marco administrativo; marco jurídico; lógica procesal (ya acordada); perfil, habilidades y código de ética del personal participante; metodología de análisis de casos y el sistema informático. Este modelo fue elaborado junto con las comisiones estatales que se encontraban ya constituidas en ese momento.

Como puede observarse, a lo largo del tiempo y a través de la participación colegiada se han promovido las acciones necesarias que permitieron mejorar la práctica de la medicina y la calidad de los servicios que se brindan a la ciudadanía. Para ello, en términos de los acuerdos llevados a cabo con las comisiones estatales de arbitraje médico, durante 2002, se acordó denominar modelo de arbitraje médico al proceso de atención de inconformidades derivadas del acto médico, mediante el uso de mecanismos alternativos de solución de controversias como la conciliación y el arbitraje, incluido el estudio y análisis de las causas que motivan la inconformidad y su retroalimentación al Sistema Nacional de Salud. Es ese mismo año se adoptaron una serie de acuerdos encaminados a la homologación del conjunto de las comisiones estatales, tanto en lo que corresponde a los procedimientos, como a la estructura organizacional, pues se apreciaban diferencias que limitaban una óptima prestación del servicio encomendado.

En meses posteriores se llevó a cabo la publicación Modelo Mexicano de Arbitraje Médico, con la finalidad de avanzar en el fortalecimiento del arbitraje médico como vía alternativa a la judicial para la resolución de conflictos médico-paciente y extenderlo al ámbito nacional, promoviendo un módulo único de atención de inconformidades con reglas procesales comunes a través del entendimiento claro y práctico modo de operación, sus beneficios e impacto. Para el año 2003, el Consejo Mexicano de Arbitraje Médico ya se encontraba conformado por 21 comisiones estatales y la nacional. Durante 2004, un logro importante fue haber consensuado en dicho consejo los criterios para la homologación funcional, con lo cual, las comisiones estatales que alcanzaban esta etapa tendrían la posibilidad de que la CONAMED, a través de convenios especiales, desconcentrara la función para resolver asuntos de índole federal de las instituciones de seguridad social, en el ámbito local estatal. En este sentido se realizaron dos talleres de homologación con la participación de prácticamente todas las comisiones estatales y la asistencia de los titulares acompañando a su personal operativo, tanto médico como jurídico.

Para el año 2006, de las 27 comisiones estatales que contaban con instrumento de creación, 24 se encontraban operando, habiendo brindado atención a más de 10 mil personas, reduciendo con ello la necesidad de acudir a la CONAMED. De igual manera, se impartieron seis talleres nacionales de homologación de procesos y 15 comisiones estatales habían completado la primera etapa de dicho proceso y dos de ellas, Guanajuato y Veracruz, estaban formalmente homologadas.

Para 2008, se encontraban operando 25 comisiones estatales, (Aguascalientes, Baja California, Campeche, Chiapas, Coahuila, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luís Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán), pero por cuestiones inherentes a cada estado, y toda vez que se depende de la voluntad de los gobiernos locales, aún no entraron en funciones las comisiones de Baja California Sur, Quintana Roo y Zacatecas, no obstante que ya contaban con el instrumento jurídico de creación de sus respectivas comisiones.

En este año se determina que el CMAM se organizará en cuatro regiones, constituidas cada una de ellas por las comisiones estatales de las entidades federativas que se identifican con mayor comunicación geográfica, quedando en consecuencia integradas de la siguiente manera: Región Norte: Baja California, Coahuila, Nuevo León, San Luís Potosí (coordinador), Sonora y Tamaulipas; Región Centro: Estado de México (coordinador), Guerrero, Michoacán, Morelos, Querétaro, Tlaxcala y Veracruz; Región Sur: Campeche, Chiapas, Oaxaca, Puebla, Tabasco (coordinador) y Yucatán, y Región Occidente: Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco (coordinador), Nayarit y Sinaloa.

Durante 2010 se mantiene contacto con las autoridades estatales y miembros de los congresos locales de las entidades de Chihuahua, Durango e Hidalgo, para sensibilizarlos sobre la conveniencia de contar con una comisión estatal. Durante 2011 se homologaron las comisiones estatales de Tabasco, Sonora, Nuevo León y Coahuila; mientras que en 2012 se homologa la comisión estatal de Tlaxcala.

En el año 2013 se efectuó una visita de evaluación del convenio de colaboración CONAMED-Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Sinaloa, así como a las representaciones estatales del IMSS e ISSSTE encargados de la orientación y atención de quejas y prestaciones médicas. Para este año ya se encuentran homologadas las comisiones estatales de Aguascalientes, Campeche, Coahuila, Colima, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tlaxcala y Veracruz. Cabe señalar que durante 2013 las comisiones estatales atendieron 4,299 quejas en

su conjunto, mientras que la CONAMED atendió 2,033 quejas, con lo cual se observa la importancia del trabajo brindado por las mismas.

Cabe señalar que durante 2014, 24% de los asuntos recibidos en la Dirección General de Arbitraje de la CONAMED habían sido enviados por las comisiones estatales.

Durante este año se efectuaron visitas de evaluación a 13 de las comisiones homologadas (Sonora, Nuevo León, Querétaro, Tlaxcala, Puebla, Campeche, Oaxaca, Tabasco, Guanajuato, Nayarit, Colima, Aguascalientes, Veracruz), dando como resultado el fortalecimiento de la relación entre la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y dichas entidades federativas; así mismo, se refrescaron los compromisos y se restablecieron las líneas de colaboración señaladas en el convenio respectivo. También se promovió la estandarización de las redes sociales de las comisiones estatales, a fin de facilitar su accesibilidad y fortalecer la red de comunicación y difusión al usuario, así como los cursos de capacitación en aspectos centrales del proceso arbitral para el estado de Guanajuato, Campeche y Yucatán. Durante 2015 se realizaron visitas a Coahuila, Sinaloa, Guanajuato, Oaxaca, Campeche y Nuevo León para evaluar los convenios de colaboración existentes entre 16 comisiones estatales, la CONAMED, el IMSS y el ISSSTE.

Por otra parte, se impartieron dos talleres de capacitación para homologar la elaboración de dictámenes institucionales, mismos que se desarrollaron en las reuniones del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico en las ciudades de Mérida, Yucatán y Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Los resultados de las reuniones concluyeron con la elaboración de una guía de contenidos de los dictámenes, misma que se está aplicando y se evaluará en próximas reuniones. Asistieron a estos talleres Subcomisionados Jurídicos, Subcomisionados Médicos y Comisionados Estatales de todas las comisiones estatales.

El siguiente mapa muestra los estados que cuentan con comisiones estatales de arbitraje médico.



En el siguiente cuadro es posible apreciar la fecha de creación de las comisiones estatales de arbitraje médico y en operación.

Fechas de inicio de actividades de las comisiones estatales de arbitraje médico en operación

Estado	Inicio de actividades	Publicación Instrumento Jurídico de Creación	Naturaleza Jurídica
Tabasco	01-Jun-97	26-feb-97	Organismo Público Descentralizado
México	31-Mar-98	12-Feb-98	Organismo Público Descentralizado
Guanajuato	01-Oct-98	30-Jun-98	Organismo Público Descentralizado
Veracruz	16-Mar-99	11-Feb-99	Órgano Desconcentrado
Colima	27-Abr-99	22-Ago-98	Órgano Desconcentrado
San Luis Potosí	02-Jul-99	09-Oct-98	Órgano Desconcentrado
Querétaro	17-Ago-99	09-Jul-99	Órgano Desconcentrado
Aguascalientes	13-Abr-00	01-Ago-99	Organismo Público Descentralizado
Guerrero	01-Jun-00	19-Oct-99	Órgano Desconcentrado
Yucatán	01-Jun-00	14-Jul-03	Órgano Desconcentrado
Michoacán	01-Jul-00	20-Abr-00	Organismo Público Descentralizado
Puebla	01-Jul-00	27-Dic-99	Órgano Desconcentrado
Morelos	01-Ene-01	06-Sep-00	Organismo Público Descentralizado
Jalisco	18-Jun-01	13-Mar-01	Organismo Público Descentralizado
Sinaloa	31-Jul-01	08-Nov-00	Órgano Desconcentrado
Nayarit	01-Mar-02	16-Dic-00	Organismo Público Descentralizado
Tlaxcala	12-Ago-02	23-May-02	Órgano Desconcentrado
Chiapas	15-Ene-03	15-Ago-01	Organismo Público Descentralizado

Estado	Inicio de actividades	Publicación Instrumento Jurídico de Creación	Naturaleza Jurídica
Nuevo León	14-Feb-03	21-Ago-02	Órgano Desconcentrado
Tamaulipas	28-Abr-03	25-Oct-00	Órgano Desconcentrado
Baja California	06-May-03	23-Nov-01	Organismo Público Descentralizado
Campeche	01-Mar-04	27-May-00	Órgano Desconcentrado
Coahuila	16-Ago-05	09-Jul-04	Organismo Público Descentralizado
Oaxaca	09-Feb-06	11-Sep-04	Organismo Público Autónomo
Sonora	07-Jun-07	07-Ene-07	Órgano Desconcentrado
Hidalgo	01-Mar-11	19-Ene-11	Órgano Desconcentrado

El trabajo que las comisiones estatales de arbitraje médico han realizado a lo largo de estos años es múltiple y variado y en algunos casos ha hecho posible obtener logros significativos para los estados involucrados. Basta como ejemplo lo alcanzado por la Comisión del estado de Nayarit, cuya labor contribuyó a la reforma al Código de Procedimientos Penales en sus artículos 130 y 204, la cual le ha permitido una mayor participación en los procesos penales de dicho estado. Otro logro de gran relevancia es la celebración a menos de un año de su creación de un convenio entre la Comisión de Arbitraje Médico del estado de Hidalgo con la Comisión de Derechos Humanos de ese mismo estado; así como la firma de la Promulgación de la nueva Ley de la Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico (COCCAM), que otorga la Autonomía de la Comisión desde el año 2013.