

CALASS 2015

TECNOLOGIAS Y CRISIS EN LOS SISTEMAS DE SALUD. TECNOLOGIA Y ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE.

1. ¿Los profesionales de la salud, cómo afrontan y cómo enfrentan a las nuevas tecnologías?
2. Cómo utilizan los ciudadanos la red web para obtener información sobre su salud?
3. Dónde se necesita la tecnología y dónde no?

Comunicación Oral 65-M

“Modelo de Atención a la Queja Médica en México. 20 años de evolución”.

Autor: Salvador Chávez Ramírez

PALABRAS CLAVE: Práctica médica, conflicto, arbitraje, tecnologías, conciliación.

Introducción

En 1996 fue creada por Decreto Presidencial la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y a partir de esta se han venido creando en cada uno de los Estados (Provincias) Comisiones Estatales de Arbitraje Médico integrando así una “red nacional” y dando origen a un Consejo Mexicano de Arbitraje Médico (CMAM). (1)

Estas organizaciones han dado pie a trabajar y operar un proceso arbitral homologado para el país y como producto de las políticas en esta materia, sustentado en los principios éticos de equidad e imparcialidad y privilegiando los preceptos de la cultura de la paz y sus estrategias de mediación y conciliación de los conflictos, llamándolo “Modelo Mexicano de Arbitraje Médico” (MMAM).(2), (3)

La trascendencia de los cambios que en todos los órdenes se han sucedido en el seno de la sociedad mexicana nos induce a reflexionar acerca del avance de instituciones que, como las comisiones de arbitraje médico, se han desarrollado merced al respaldo social que generan sus acciones.

En tal sentido, el compromiso con la sociedad no sólo debe dirigirse a dirimir objetiva e imparcialmente las controversias o conflictos que se suscitan entre los profesionales de la salud y sus pacientes, sino que además debe influir positivamente en la mejora de la práctica médica pública y privada.

Por otro lado, existe un entorno tendiente a la desconfianza y falta de credibilidad que afecta a los profesionales de la salud y a las instituciones públicas y que prestan servicios de salud, lo que se ha traducido en un incremento importante en el número de quejas médicas, inconformidades o demandas judiciales.

El impacto negativo de esta tendencia y el incremento de la queja, puede afectar a los profesionales de la salud y modificar su práctica, convirtiéndola en “defensiva”,

tanto en actitud como en los hechos, encareciendo el costo y promoviendo la aplicación irracional de herramientas tecnológicas, entre otros.

Este MMAM a prácticamente 20 años de operación, se mantienen en evolución continua, creación y búsqueda de referentes, fortalecimiento de esquemas que mejoren su proceder, intercambio de conocimientos y experiencias entre los integrantes de esa “red nacional” y búsqueda de homologación de criterios,

Antecedentes

De acuerdo a Ulpiano el derecho es la constante y perpetua voluntad de dar a cada quien lo suyo, por su parte el Dr. Villoro lo define como El sistema racional de normas sociales de conducta, declaradas obligatorias por la autoridad, por considerarlas soluciones justas a los problemas surgidos de la realidad histórica, luego entonces entre estos conceptos de derecho que tienen más de tres mil años de diferencia existe un común denominador que es la justicia, lo que significa que en ambas definiciones se busca dar a cada quien lo que le corresponde.(4)

Sin embargo no siempre es fácil lograrlo, pues aunque muchas veces este fin puede darse de manera espontánea, en la mayoría de las ocasiones no es así y entonces es necesario acudir a un tercero para que solucione la controversia suscitada entre las partes.

Originalmente en Roma este papel le correspondió a los jurisconsultos quienes eran particulares con gran conocimiento en la ciencia del derecho y alto grado de honorabilidad, razón por la que eran escogidos por las partes contendientes para que solucionaran el conflicto suscitado, aunque también existían los tribunales del estado que al parecer no gozaban de mucha confianza.(5)

Independientemente de quién resuelva la controversia lo importante es hacer justicia, pero para ello es necesario establecer las reglas conforme a las cuáles se va a impartir, para que las partes en conflicto sepan como reclamar sus derechos.

En México, podemos identificar de manera clara este proceso a partir de la modificación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que, como “Carta Magna” introduce a partir de enero de 1983, una nueva garantía social: *el derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos*, que fue ratificada con la promulgación de la Ley General de Salud en enero de 1984.

Fue así, que fueron formulándose leyes secundarias, reglamentos, decretos, etc., que iban modelando y dando operatividad a esa Ley, y es hasta el 3 de junio de 1996 que por Decreto Presidencial se crea la llamada Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) como una “institución con sentido humanista, que tiene basado su quehacer en principios bioéticos, y que actúa bajo normas morales y claramente definidas para impartir justicia a través del proceso arbitral médico.(3)

A partir de este hecho, la CONAMED promueve entre los gobiernos de los Estados (Provincias) de la República la creación de organismos similares que atiendan los conflictos surgidos de la práctica médica local y propicien soluciones a los mismos de acuerdo a las características locales.

Todas estas entidades junto con la Secretaría de Salud (Ministerio Federal) y con el objetivo de elaborar lineamientos y estrategias operativas y hasta fuera posible homogéneas, integraron el llamado Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, que de manera inmediata se dio a la tarea de construir un documento de cierta manera “rector” de su quehacer y llamado Modelo Mexicano de Arbitraje Médico (MMAM).(6)

Este Modelo Mexicano, fue producto de la revisión y adecuación de leyes, normas y reglamentos del propio país y de otros países, así como de recomendaciones éticas y bioéticas de organizaciones internacionales para este fin. Siendo de aplicación en todas las entidades.

El Modelo Mexicano de Arbitraje Médico (MMAM)

Se ha dicho que una de las maneras de solucionar las controversias que surgen entre los sujetos de una relación jurídica es a través de los Tribunales, que conforme a lo dispuesto por el artículo 17 constitucional están expeditos para impartir justicia. Sin embargo existen otras vías para dirimir los conflictos que surjan entre las partes, como lo son los medios alternos a la disputa judicial, entre los que se encuentran el arbitraje en amigable composición, en estricto derecho, y en conciencia o equidad.

En esos términos, no basta la promoción del arbitraje, es menester que las partes observen las bondades del estudio institucional imparcial, especializado y de consenso.

Estos métodos alternos de solución de conflictos constituyen mecanismos generalmente más eficientes que los medios judiciales tradicionales, porque diseñan procedimientos ad hoc a la naturaleza de la controversia, procedimientos en los cuales, generalmente es un experto en la materia quien va a intervenir, ya sea para resolver el conflicto a través de un laudo, en arbitraje, o propiciando un acercamiento entre las partes, a efecto de que ellas mismas alcancen una solución al problema.

Merced a estas definiciones contenidas en MAMM, se han distinguido tres especies arbitrales, las cuales resultan complementarias entre sí.

ARBITRAJE EN AMIGABLE COMPOSICION.- Procedimiento para el arreglo de una controversia, entre un usuario y un prestador de servicio médico, oyendo las propuestas de los profesionales de la Comisión (médico y abogado).

ARBITRAJE EN ESTRICTO DERECHO.- Procedimiento para el arreglo de una controversia, entre un usuario y un prestador de servicio médico, en el cual se

resuelve la controversia según las reglas del derecho, atendiendo a los puntos debidamente probados por las partes.

ARBITRAJE EN CONCIENCIA.- Procedimiento para el arreglo de una controversia, entre un usuario y un prestador de servicio médico, en el cual se resuelve en equidad, bastando ponderar el cumplimiento de los principios científicos y éticos de la práctica médica.

Arbitraje en amigable composición.

A través de esta figura, un tercero imparcial con autoridad moral reconocida facilita el acercamiento entre médico y paciente, buscando evitar que sus posiciones los lleven a extremos irreconciliables, para lo cual, además de reunirlos e inducirlos a dialogar abiertamente sobre sus diferencias, les plantea formas concretas para resolver el conflicto en un ambiente que les permita acordar libremente los términos que satisfagan sus pretensiones.

La amigable composición en realidad no es una forma de impartir justicia pues el amigable componedor no va a dictar una resolución conforme a derecho que ponga fin a la controversia, sino que tan solo se va a limitar a proponer a las partes alternativas de solución, mismas que pueden ser aprobadas o no, en la inteligencia de que si una de las alternativas es aprobada por ambas partes, entonces de común acuerdo la adoptan y ellos mismos ponen fin al conflicto, pero de ninguna manera los sujetos del conflicto se someten a la potestad del componedor, ni éste tiene facultad alguna para emitir una decisión que los vincule.

En ello, radica la enorme ventaja de la amigable composición como alternativa extrajudicial para resolver controversias, pues el carácter especializado del tercero imparcial, le permite participar activamente en la avenencia de las partes, con una actitud propositiva, imparcial y objetiva, tendiente a la solución de sus diferencias.

A 20 años de evolución del Modelo de Arbitraje

México ha venido cambiando en su proceso de evolución como un país latinoamericano en desarrollo, su marco legislativo y sus estructuras e instituciones sociales se han venido adecuando a los acuerdos que a través de sus membresías en organismos internacionales y su propio desarrollo legislativo y judicial han venido integrando a sus estructuras.

La atención médica había experimentado un cambio paulatino al pasar de un modelo paternalista a un modelo bioético; en el que se conjugaban los derechos de las partes en la relación médico paciente, buscando el respeto mutuo, la colaboración y la justicia. Toca al profesional de la medicina ejercer una práctica acorde a la *lex artis*, respetando en todo momento el marco ético, normativo y legal. Es por ello que la relación médico paciente, se ubicó como una relación jurídica y por tanto coexisten derechos, obligaciones y cargas recíprocas.

En esos términos, el paciente tiene derecho a la protección de la salud, calidad en la atención y medios terapéuticos, así mismo existe bajo el principio de autonomía

o permiso, la garantía jurídica de manifestar su aceptación o desaprobación ante los medios, técnicas y procedimientos propuestos.

Por su parte, el médico tiene el derecho de libertad prescriptiva (garantizado por la constitución en su artículo 5º, bajo la libertad de trabajo: dedicarse a la profesión de manera lícita); merced a éste puede ofrecer al paciente los medios, técnicas y procedimientos que su leal saber y entender le aconseje y así también, tiene la facultad de proteger la salud, de ahí el término facultativo. (7), (8)

La interpretación de los derechos y obligaciones de las partes supone el surgimiento de puntos de vista e intereses discordantes y por ello, es innegable que el propio desarrollo del proceso de atención médica necesita adecuarse a las innovaciones y tecnologías que permiten no solo una mejor calidad de la atención, sino también una mayor seguridad en la asertividad y toma de decisiones que protejan de la mejor manera los intereses tanto del paciente como del profesional médico. (10), (11)

No resulta extraño que el número de reclamaciones ante los tribunales, los órganos de procuración de justicia, las contralorías internas y los organismos protectores de los derechos humanos se haya incrementado en los últimos tiempos. Sin embargo, se presenta en años recientes un fenómeno indeseable en la interpretación del acto biomédico, caracterizado por los siguientes elementos:

- Atención de controversias por instancias no suficientemente especializadas.
- Desahogo inoportuno y burocrático de los trámites.
- Injusticia en los pronunciamientos jurídicos.
- Deformación en los trámites, merced a la cual se puede dar una visión penal a situaciones jurídicas que sólo deben ser atendidas bajo el ángulo del derecho civil o desde el punto de vista del derecho sanitario.
- Entronización de la desconfianza en los servicios médicos.
- Ruptura en la relación médico – paciente.
- Denigración de los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud.
- Incursión de personal jurídico inescrupuloso.
- Inoportunidad de decisiones médico-terapéuticas (por dependencia de resultados de estudios de laboratorio y/o imagen), entre otros.

El panorama descrito anunciaba el fantasma de la medicina defensiva y los ineludibles estragos observados en otros países, por tanto era menester una respuesta social asertiva del Estado Mexicano, la cual no podría sino inscribirse en el ámbito del derecho sanitario.

Dos elementos que han venido a modificar las relaciones médico-paciente en ese marco de desarrollo de las mismas, son: por una parte, las cada vez más accesibles y usadas herramientas de comunicación (internet sobre todo), han propiciado que la población en general conozca y busque información relacionada

con sus necesidades, patologías y terapéuticas, interpretando esta información a partir de sus intereses personales y sin un contexto de comprensión científica en muchos casos. Por otra, en conocimiento de los derechos de la atención con calidad y seguridad, además de las cada vez más conocidas posibilidades de usar el sistema judicial para reclamos y controversias o juicios que pueden producir “supuestos beneficios” casi siempre de carácter económico para el paciente, su familia y los abogados.

Este “supuesto” ha propiciado la aparición y cada vez incremento notable del fenómeno conocido como “medicina o práctica médica a la defensiva”, que entre otras características tiene como una prioridad “el uso con frecuencia desmedida de las tecnologías de diagnóstico y terapéutica” en sus diferentes modalidades.

Esa práctica médica se inscribe en el también supuesto de “agotar todas las posibilidades del mejor diagnóstico y contar con las evidencias científicas de una atención de calidad y seguridad indiscutible” ante la posibilidad de una queja médica y/o una demanda judicial. (12), (13), (14)

Este fenómeno ha venido incidiendo en los procesos de la atención médica, que obligan no solo a los profesionales de la salud, sino también a los profesionales del derecho a estar en permanente atención, revisión y entendimiento de las “tecnologías para la atención médica”, como un elemento de juicio para dictaminar una buena o mala práctica médica.

Por lo anterior, el patrón disfuncional descrito entraña un problema no sólo de salud pública, sino de índole jurídico o legal que amerita la instauración de una referencia reconocida y validada de los aspectos tecnológicos “verdaderamente necesarios o no, para la atención segura y de la calidad requerida”, sin que esto incida en el incremento desmedido de costos de la atención ni de protocolos prolongados a partir de requerimientos de estudios o tecnologías que retardan la toma de decisiones médicas-clínicas. (12)

Así, podemos referir en el campo de la atención a los conflictos de la práctica médica algunos datos que han venido modificando estas tareas:

2009: Ley General de Salud. 17/04/09: Reforma Título Tercero, Capítulos I, II, III y IV Usuarios de los servicios de salud y participación de la comunidad. Artículo 51-Bis-3: Las quejas que los usuarios presenten por la atención médica recibida, deberán ser atendidas y resueltas de forma oportuna y efectiva . . . ó por las instancias que las instituciones de salud tengan definidas para tal fin . . .

2008: 13/06/08: Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

29/12/2011: Acuerdo para obligatoriedad a partir del 01-01-12, del requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios.

2014 – 2015: Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) “Corresponsabilidad de Hospitales Privados y Médicos”

Nov. 2014: Los hospitales son obligados solidarios con los médicos que incurren en negligencias . . .” Grupo Reforma/Mural

Tesis: CXVII, CXVII y CXXXI / 2015, sustentan la relación laboral entre hospitales privados y médicos; las responsabilidades del hospital; y la evidencia de trabajo coordinado entre hospital y médico (s)

Por lo tanto: “Hospitales privados obligados solidarios con los médicos que allí presten servicios de atención . . .”

Conclusiones

Todo lo anterior, ha venido propiciando una discusión nacional actual que sumada al aún proyecto en construcción del Gobierno Federal para reformar el Sistema Mexicano de Salud hacia un modelo de “universalidad de los servicios” que resuelva entre otras necesidades el “fragmentado sistema”, la no sistematizada vigilancia de la calidad y seguridad de los servicios, la no existencia de una estructura jurídica para la atención de los conflictos de la práctica médica, entre otras cuestiones.

Finalmente, hemos planteado tres preguntas que deberán ser abordadas a corto plazo buscando claridad en los cambios que el Modelo Mexicano de Arbitraje Médico tendrá de manera impostergable.

1. ¿Hacia dónde conducimos el Modelo Mexicano de Arbitraje Médico?
2. ¿Cómo y cuándo las Comisiones de Arbitraje Médico actualizarán y/o adecuarán sus atribuciones y procedimientos, para atender de manera integral el “acto médico” y/o “todos los profesionales y sus prácticas en salud”?
3. ¿Deberemos trabajar en el análisis de las tecnologías de la salud válidas para una buena práctica médica? ¿cómo plantear esta discusión?

Bibliografía

- 1) Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 3 de junio de 1996.
- 2) Convenio de Coordinación de Acciones que tiene como objeto establecer el Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, suscrito el 12 de abril de 2002.
- 3) Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Programa de Acción: Consolidación del Arbitraje Médico. 1era. Edición. 2001. México, D. F.
- 4) Villoro Toranzo Miguel, Introducción al Estudio del Derecho, Editorial Porrúa, S. A. Segunda Edición. México, D. F. 1974.
- 5) Petite Eugéne, Tratado Elemental de Derecho Romano, Edinal Impresora, S. A. México, D.F. 1975.
- 6) **El Modelo Mexicano de Arbitraje Médico**, se terminó de imprimir en la Ciudad de México en diciembre de 2003, en Walro Mexicana S. A. de C.V.
- 7) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Leyes y Códigos de México. Editorial Porrúa. 2001. México, D. F.
- 8) Ley General de Salud. Leyes y Códigos de México. Editorial Porrúa. 2000. México, D.F.
- 9) Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Leyes y Códigos de México. Editorial Porrúa. 2002. México, D. F.
- 10) Código Civil Federal. Leyes y Códigos de México. Editorial Porrúa. 2001. México, D. F.
- 11) Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal. Leyes y Códigos de México. Editorial Porrúa. 2001. México, D. F.
- 12) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Leyes y Códigos de México. Editorial Porrúa. 2000. México, D. F.
- 13) Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico. Diario Oficial de la Federación del 30 de septiembre de 1999.
- 14) Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 11 de agosto de 2003.