

Resolución de quejas médicas por arbitraje Análisis de 140 casos

Armando Valle-González*

Resumen

El propósito del trabajo fue aplicar la experiencia de la CONAMED en la prevención de quejas médicas.

El autor analizó 140 casos selectivos de quejas médicas concluidas por Laudo, Dictamen Médico Pericial u Opinión Técnica, por la Dirección General de Arbitraje, de dicho organismo, en tres años seis meses.

De las quejas correspondieron al sexo femenino 79 casos y al masculino 61, con edad promedio de 37 años ocho meses; se originaron en instituciones públicas, 93 (66.4%) y privadas, 47 (33.6%). Numerosos casos fueron atendidos sucesivamente en establecimientos públicos y privados.

Las especialidades principales involucradas fueron: neurocirugía, cirugía general, ginecología y obstetricia, anestesiología, ortopedia y traumatología, oncología, urgencias y otras 22 especialidades. Numerosos casos fueron atendidos sucesivamente por varias especialidades.

Los motivos de queja fueron: tratamiento quirúrgico, tratamiento médico, diagnóstico, anestesia y causas mixtas. Hubo defunciones 59, secuelas 43 y se recuperaron 34.

Se emitieron 122 resoluciones: dictámenes médicos-periciales 94, juicios arbitrales 27 y opinión técnica 1. Algunas resoluciones incluyeron casos múltiples.

Más de 50% de arbitrajes y dictámenes médicos exoneraron de responsabilidad a los médicos involucrados.

Se concluye que no obstante que la Comisión actúa como Ombudsman de la salud, sus actuaciones imparciales pueden favorecer indirectamente a los médicos.

Palabras clave: *Quejas médicas, malpráctica, arbitraje médico, responsabilidad médica.*

Summary

The author studied 140 complex medical complaints handled by an Alternative Disputes Resolution Institution (CONAMED), between June 1996 and December 1999.

There were 79 females and 61 males, cases originated in public hospitals 93 (66.4%) and private hospitals or practitioners 47 (33.6%). Several cases were treated sequentially in both types of institutions.

The medical specialties involved were in frequency order: Neurosurgery, General Surgery, Gyn-Ob, Anesthesiology, Traumatology and Orthopedics, Oncology, Emergency, and 22 others.

The causes of complaints were: Surgical treatment, Medical treatment, Diagnosis, Anesthesia, and mixed causes.

There were 59 deaths, 43 anatomic or functional losses, disability or sequelae; and 34 recoveries.

CONAMED delivered 27 arbitration verdicts, 94 expert opinions asked by prosecutors or human rights organizations, and 1 technical advice to medical authorities. Some resolutions included more than one case.

More than half of physicians involved were found not guilty of malpractice.

Even though the main CONAMED purpose is to improve the quality of Medical Care acting as The Health Ombudsman, its performance may be on behalf of medical practitioners.

Key words: *Malpractice, medical arbitration, Medical liability, ADR.*

*Dirección general de asuntos sectoriales, Comisión nacional de arbitraje médico

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Armando Valle-González, Mitla 250 esq. Eugenia, 8º. Piso Col. Narvarte. 03020 México D.F. Tel. 5420 7103, 5420 7006

Introducción

En México como en otros países del mundo, se registra creciente preocupación por la calidad de los servicios médicos, porque se reconoce a la salud como un importante bien del ser humano elevado a la categoría de garantía constitucional, y, también porque la sociedad está cada vez más informada, crítica y demandante.

Las inconformidades por atención médica tanto en instituciones públicas como en las privadas, se han convertido en un tema prioritario de las demandas de la sociedad y de las políticas y programas del estado en la materia.

Numerosas instituciones de salud y seguridad social incluyen hoy día en su estructura orgánica, áreas especializadas en la atención del derechohabiente y manejo de quejas por atención médica.

Las quejas médicas son un renglón importante en las cargas de trabajo de los órganos de procuración e impartición de justicia, para esclarecer presuntas responsabilidades civiles o penales, como impericia, negligencia, dolo, daños y perjuicios.

En general estos órganos no gozan de mucha estima social porque suelen estar saturados de trabajo, por la lentitud de sus procesos, costos de toda índole e impactos en ocasiones devastadores en la economía, prestigio profesional e incluso estabilidad familiar y psicológica de los afectados.

Por otra parte las quejas médicas también pueden ser materia de competencia de las contralorías internas de los establecimientos públicos y de las comisiones de derechos humanos. Las primeras basan sus actuaciones en la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, y las segundas, actúan en aquellas quejas presuntamente violatorias de garantías individuales y cometidas por un servidor público en agravio de particulares.

En este panorama heterogéneo de agencias gubernamentales, surgió la necesidad de crear una instancia especializada y autónoma para resolver las controversias surgidas entre usuarios y prestadores de atención médica, sin sustituir a los órganos jurisdiccionales.

La creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico por decreto del Ejecutivo Federal de fecha 3 de junio de 1996,¹ se inscribe en el objetivo de Mejorar la Calidad y Eficiencia de los servicios, del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.

Este organismo tiene como misión *Contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud y a mejorar la calidad de los servicios médicos, a través de la resolución de conflictos entre los usuarios y prestadores.*

Para lograr esta misión utiliza métodos alternativos no judiciales como la conciliación y el arbitraje. Además elabora dictámenes médicos a petición de autoridades y formula de oficio, opiniones técnicas en asuntos de interés general o casos particulares.

La Comisión basa sus actuaciones en el principio rector de un *Juicio de expertos o juicio entre pares con acatamiento de las normas legales indispensables.* Sus procedimientos se fundamentan en los principios de imparcialidad, justicia, profesionalismo, igualdad jurídica de las partes, confidencialidad, gratuidad y economía procesal, entre los más importantes.

Al inicio de actividades de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y sus homólogas Comisiones Estatales de Arbitraje Médico existentes en la actualidad, encontraron una fuerte oposición de las asociaciones y colegios médicos del país, porque tenían imágenes distorsionadas acerca de *lo que no son dichas Comisiones: Procuradurías de la Salud, tribunales, juzgados, defensorías de oficio o instancias punitivas.*

El problema principal de orden público que motivó este trabajo, es la persistencia de desinformación acerca de la materia y procedimientos de estos organismos, imágenes que es necesario disipar a través de trabajos objetivos y eventos académicos, a fin de que las Comisiones se legitimen ante la sociedad, ganen la confianza de los médicos y puedan cumplir plenamente su función, que no es punitiva, sino orientada a mejorar la calidad de los servicios.

El objetivo del trabajo es aplicar la experiencia de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en la prevención de quejas médicas, con base en el análisis de una muestra selectiva de los casos más complejos, desahogados en tres años seis meses, compararlos con la casuística general del organismo, contrastarlo con el marco teórico de la resolución alternativa de controversias y proponer algunas generalizaciones para consolidar el impacto de este organismo en la mejoría de la calidad de la atención médica del país.

Se plantea como hipótesis alternativa: *A mayor información científica de los resultados de la Comi-*

sión, mayor aceptación social. El estudio pretende demostrar, que si bien la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, actúa primariamente como Ombudsman de la salud, sus resoluciones pueden beneficiar indirectamente a los médicos, y con ello ganar aceptación y reconocimiento de las agrupaciones profesionales del país.

Material y método

Se revisaron 300 expedientes in extenso y el acervo de laudos, dictámenes médico-periciales y opiniones técnicas emitidos por la Dirección General de Arbitraje del organismo entre Junio de 1996 y Diciembre de 1999.

Se seleccionaron 140 expedientes para integrar un banco de casos, con el criterio que sus apartados médicos y jurídicos estuvieran completos, y sus resoluciones concluidas y comunicadas a las partes.

El autor intervino personalmente como presidente de una sala de arbitraje, en el procesamiento y resoluciones de 20 juicios arbitrales, 37 dictámenes médicos y una opinión técnica.

Se registraron los siguientes parámetros: Sexo, edad, queja, institución, especialidad, motivos de queja, pretensiones, médicos involucrados, desenlaces médicos, síntesis del análisis, resoluciones (laudos), conclusiones (dictámenes) o recomendaciones (opiniones técnicas).

Se omitieron los datos reales que permitieran la identificación de los involucrados (nombre de quejoso y médicos, instituciones, números de expedientes) para acatar el principio de confidencialidad que rige en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Los resultados se tabularon en valores absolutos y porcentuales para cada categoría y compararon con las estadísticas globales de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la bibliografía disponible en la materia.

Se formularon algunas conclusiones generales.

Resultados

a) Banco de Casos:

Se seleccionaron y sintetizaron los expedientes originales en un máximo de tres cuartillas, de 140

casos de quejas médicas resueltas por la CONAMED en el periodo de junio de 1996 a diciembre de 1999. Colaboraron en esta tarea médicos especialistas adscritos a la Dirección General de Asuntos Sectoriales de la CONAMED.

b) Edad, Sexo e Instituciones.

Del total de la serie, fueron del sexo masculino 61 pacientes y del femenino 79, con edad promedio de 37 años ocho meses y rangos desde de recién nacido a 83 años, con casos en todos los grupos etáreos comprendidos.

**Cuadro I. Especialidad Médica Principal
(140 Casos)**

Especialidad	Núm.	%
Neurocirugía	20	14.3
Cirugía general	14	10.0
Ginecoobstetricia	11	7.8
Anestesiología	10	7.1
Ortopedia y traumatología	9	6.4
Oncología	8	5.7
Urgencias	7	5.0
Oftalmología	6	4.3
Pediatría	6	4.3
Medicina interna	5	3.6
Odontología	5	3.6
Angiología	4	2.9
Cirugía plástica y reconstructiva	4	2.9
Endocrinología	4	2.9
Urología	4	2.9
Cirugía cardiovascular	3	2.1
Gastroenterología	3	2.1
Infectología	3	2.1
Cirugía maxilofacial	2	1.4
Inmunología y alergia	2	1.4
Medicina naturista	2	1.4
Anatomía patológica	1	0.7
Cardiología	1	1.7
Cirugía de tórax	1	0.7
Endoscopia	1	0.7
Neumología	1	0.7
Otorrino	1	0.7
Proctología	1	0.7
Trasplante renal	1	0.7

Fuente: Estadísticas CONAMED.

Las instituciones de origen de las quejas fueron organismos públicos 93 (66.4%) y privados 47 (33.6%).

Un numero significativo de casos fueron atendidos sucesivamente en distintos establecimientos públicos y también en mezclas variadas de unidades públicas y privadas.

c) Especialidades

Las especialidades principales correspondientes a las quejas fueron en orden de frecuencia, neurocirugía, cirugía general, ginecología y obstetricia, anestesiología, ortopedia y traumatología, oncología y otras especialidades que se detallan en el cuadro I.

Numerosos casos no cuantificados incidieron en mas de una especialidad médica, pero los casos presentados se enmarcaron en el nombre de la especialidad predominante.

d) Motivos de queja

Los motivos de inconformidad fueron en orden descendente: Tratamiento quirúrgico, tratamiento medico, diagnóstico, anestesia y causas mixtas, con la frecuencia relativa que se describe en el cuadro II.

Motivo	Núm.	%
Tratamiento quirúrgico	53	38
Tratamiento médico	35	25
Diagnóstico	31	22
Anestesia	8	6
Diagnóstico y tratamiento quirúrgico	7	5
Tratamiento médico y quirúrgico	3	2
Diagnostico y tratamiento médico	2	1
Problema administrativo	1	1
Total	140	100

Fuente: Estadísticas CONAMED.

e) Desenlaces médicos

Los pacientes involucrados en las quejas tuvieron desenlaces que variaron entre recuperación completa y la defunción, según las categorías que se describen en el cuadro III.

Desenlace	Núm.	%
Defunción	59	42.0
Recuperación	34	24.3
Secuelas neurológicas y psiquiátricas	10	7.1
Disminución de la función	10	7.1
Amputación, pérdida de un órgano o función	8	5.7
Enfermedad activa	8	5.7
Cicatrices o deformidades	4	2.9
En rehabilitación	3	2.1
Se desconoce	4	2.9

Fuente: Estadísticas CONAMED.

f) Resoluciones, Conclusiones y Recomendaciones

Del análisis de los 140 casos, se emitieron 122 resoluciones, conclusiones o recomendaciones que se describen en el cuadro IV.

Algunas de estas resoluciones incluyeron casos múltiples.

	Núm.	%
Dictámenes médicos	94	77
Laudos	22	18
Arbitrajes conciliados	3	2
Arbitraje concluido por desinterés	2	2
Opinión técnica	1	1
Total	122	100

** Algunos documentos incluyeron casos múltiples.
Fuente: Estadísticas CONAMED.*

Se analizan por separado los contenidos de juicios arbitrales, dictámenes médico-periciales y opinión técnica:

Juicios arbitrales: De un total de 27 juicios arbitrales, se emitieron 22 laudos, se logró la conciliación durante el proceso en tres y concluyeron por desinterés dos. Las resoluciones de los juicios arbitrales se detallan en el cuadro V.

Cuadro V. Resoluciones y juicios arbitrales (27 juicios)*

Concepto	Núm.
Responsabilidad por negligencia o impericia	12
Sin responsabilidad del prestador	10
Responsabilidad de la institución	1
Responsabilidad del paciente o familiar	1
Conciliación durante arbitraje	2
Conclusión por desinterés	1
Visita de verificación	1
Prestaciones económicas	10

* Cada juicio pudo tener más de una resolución.

Fuente: Estadísticas CONAMED.

Cabe destacar que en 15 de 27 juicios arbitrales (56%) diversas resoluciones liberaron de responsabilidad del prestador o prestadores y solo en 12 juicios arbitrales (44%) se configuraron elementos de mala practica por impericia o negligencia.

Diez casos derivaron en prestaciones económicas variadas: reembolso de gastos médicos, indemnización por daños y perjuicios o erogaciones futuras a cargo del prestador.

Dictámenes médicos: Los dictámenes médico-periciales fueron solicitados en orden de frecuencia por el Ministerio Público, Contraloría Interna, Comisión Nacional de Derechos Humanos y otros organismos que se describe en el cuadro VI.

Respecto a las conclusiones, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico estimó que los prestadores médicos actuaron correctamente en 45 casos y que hubo diversas categorías de responsabilidad médica, paramédica, administrativa y de familiares, como se describe en el cuadro VII.

Cuadro VI. Organismos solicitantes de dictámenes médicos (94 casos)

Organismo	Núm.
Ministerio Público	53
Contraloría Interna del establecimiento	32
C.N.D.H.	5
SECODAM	3
Juez Civil	1

Fuente: Estadísticas CONAMED.

Cuadro VII. Conclusiones de dictámenes médicos (94 Dictámenes)*

Conclusiones	Núm.
Sin responsabilidad médica	45
Manejo médico inadecuado/incorrecto/deficiente	33
Mala practica médica (impericia/negligencia)	13
Responsabilidad administrativa de la unidad médica	16
Negligencia de enfermería	2
Responsabilidad del paciente o familiar	2
Responsabilidad ética	1
Deficiencias de paramédicos	1

* Cada Dictamen pudo contener más de una conclusión.

Fuente: Estadísticas CONAMED.

Opinión Técnica: La Comisión Nacional de Arbitraje Médico intervino de oficio en un hospital público a petición de una organización no gubernamental y denuncias de un médico del establecimiento referentes a deficiencias de neurocirugía, que fueron difundidas por un periódico de circulación nacional. La investigación concluyó que hubo responsabilidades institucionales en el manejo de seis pacientes que culminaron con defunción o secuelas, por demora en procedimientos de diagnóstico y tratamiento, falta de integración de especialistas de neurocirugía, turnos y horarios, retraso en valoraciones, diferimiento de cirugías, demora en la consulta externa, descuido en el postoperatorio, carencias materiales críticas, deficiencias de registros médicos y procedimiento poco ágil para practica de resonancia nuclear magnética.

En otros cinco casos se registraron deficiencias similares que no influyeron en la evolución de las

enfermedades, dos casos fueron de la competencia del Ministerio Público, y en un caso no hubo responsabilidad del establecimiento médico.

Se notificaron a la institución de salud las deficiencias observadas, a la SECODAM las irregularidades administrativas y al Consejo de la especialidad, las presuntas responsabilidades del denunciante médico.

El Director General del organismo federal a que corresponde la unidad médica, informó posteriormente a la CONAMED, de las medidas correctivas aplicadas.

Discusión

En numerosos países de la región la *Reforma del Estado* en materia de Salud se orienta a garantizar que toda la población tenga acceso a servicios de salud equitativos, eficientes, de buena calidad, con medidas costo - efectivas de alta externalidad y prioridad a los grupos vulnerables.²

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 de México, incluyó entre otros objetivos, mejorar la calidad y eficiencia de los servicios.³ En este propósito se ubica conceptualmente la misión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

La preocupación por la calidad de la atención médica ha cobrado gran relevancia en México y prácticamente en todos los países del mundo por diversos factores, entre los que Fernández Varela menciona: el reconocimiento de la salud como un importante bien del ser humano elevado al rango de garantía constitucional; la actitud de la sociedad, que se ha tornado más crítica y participativa respecto a la atención de la salud; los avances científicos y tecnológicos que exigen mayor rigor en la evaluación de la calidad, y los costos crecientes de la atención médica, que implican la necesidad de racionalizar el uso de los recursos.⁴

Las visiones acerca de la calidad difieren entre usuarios, prestadores e instituciones. Los primeros la asocian a la resolución satisfactoria de su problema de salud y al *trato* (incomunicación médico-paciente, diferimientos, carencias materiales). El personal de salud identifica la calidad con los aspectos científicos -tecnológicos, - *tratamiento*- y al desarrollo del personal (sueldos, prestaciones, motivación); mientras que a las instituciones inte-

resa la observancia del marco normativo, costos, número de quejas y resultados de la atención.⁵

El médico y el personal de salud durante el desempeño de su profesión, pueden incurrir en responsabilidades *civil, penal, administrativa, bioética y social*.

La Responsabilidad Civil por daños y perjuicios, implica el incumplimiento de un servicio al que se estuviere obligado. El daño se refiere a la pérdida o menoscabo sufrido en el patrimonio del agraviado como consecuencia del incumplimiento de una obligación. El perjuicio es la privación de una ganancia lícita que debiera haberse obtenido con el cumplimiento de la obligación del facultativo.

De acuerdo con el Código Civil, el que preste servicios profesionales solo es responsable hacia las personas que sirve, por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de las penas que merezcan en caso de delito.

Se entiende por *negligencia*, la falta de un deber de cuidado, diligencia, esmero o precaución; la dejadez ó descuido; por *impericia*, a la falta de pericia, conocimientos, destreza o habilidad. En la práctica médica es menos frecuente el *dolo*, que se entiende como la maquinación o artificio para engañar al paciente o afectar su salud. El ejemplo tradicional es el aborto provocado.

Respecto a la *responsabilidad penal*,⁷ los delitos se clasifican en dolosos o intencionales y culposos o imprudenciales. Algunos delitos posibles en la práctica médica son las lesiones, delitos contra la salud (suministro ilícito de psicotrópicos o estupefacientes), revelación de secretos, falsificación de documentos, usurpación de profesión, aborto y homicidio.

Los prestadores de servicio médico pueden incurrir también en delitos encuadrados en la *Ley General de Salud*:⁸ omisión de auxilio médico, manejo indebido de agentes patógenos, salida ilícita de sangre, hemoderivados, órganos, cuerpo humano, tejidos o cadáveres; investigaciones ilícita en seres humanos, inseminación artificial ilícita, alteración de insumos para la salud, entre los principales.

Además el personal de salud de instituciones públicas pueden incurrir en responsabilidades administrativas previstas en la *Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos*,⁹ referentes a la obligación de salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que

deben ser observadas en el desempeño de su empleo, cargo o comisión.

De acuerdo con García Ramírez¹⁰ los tres factores a considerar al valorar la Responsabilidad Médica son: *la Ciencia y Arte de la Medicina, el Derecho y las Circunstancias*.

También la actuación médica puede incurrir en violaciones a los principios de la *BIOÉTICA: Autonomía- Integridad; Beneficencia - no Maleficencia, y Justicia Distributiva*.¹¹ Algunas situaciones conflictivas de la práctica médica son el consentimiento informado insuficiente, el ensañamiento terapéutico, los tratamientos insuficientes, excesivos o innecesarios, el egreso voluntario, la investigación en seres humanos, los gastos médicos excesivos, la asignación inequitativa de recursos para atención de la salud y el racionamiento de servicios.

Estos dilemas deben ser resueltos por Comités de Bioética de los establecimientos médicos.¹²

Finalmente el profesional de la salud puede tener una responsabilidad social, como proporcionar servicios gratuitos a la población pobre, retribuir a la sociedad su propia formación profesional o el deber educar al público en el cuidado de su salud.

En la experiencia de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, los mecanismos más importantes en la generación de quejas son la incomunicación médico-paciente, comentarios negativos o injustos de médicos acerca de la actuación de sus colegas, burocratismo (listas de espera, diferimientos, carencias materiales), costos excesivos, intereses de terceros (bufetes legales), e inconformidades por los resultados de la atención médica, que incluyen casos de mala práctica, principalmente impericia y negligencia.

Otro aspecto de la *Reforma del Estado* es el tránsito de la *Cultura litigiosa* a la *Cultura conciliatoria* en ciertas controversias, tendencia que se explica por el progresivo desencanto, cuando no franca desconfianza de la sociedad respecto de los procedimientos judiciales, porque se basan en una polaridad inflexible ganador-perdedor muchas veces radicalizada por los abogados de las partes; a la sobrecarga de ministerios públicos y jueces, su formalismo excesivo, y ser generalmente costosos y prolongados.

La *Cultura conciliatoria*, por lo contrario, no implica necesariamente la polaridad ganador - perdedor, en virtud de que ambas partes pueden ser

ganadoras razonables en la medida que sean capaces de moderar sus pretensiones; el proceso es más flexible, práctico, de menor costo y duración.

En México, Estados Unidos y otros países se utilizan diversas herramientas de la llamada *Resolución Alternativa de Conflictos*, (ADR, de las siglas en inglés), para resolver controversias mercantiles, industriales, comerciales, bancarias, de derecho marítimo y derecho internacional, entre otras.^{13,14}

Algunas herramientas de Resolución Alternativa de conflictos son la *Mediación, Conciliación y el Arbitraje*.

La *Mediación* es una fórmula autocompositiva, en la que un tercero media entre las partes favoreciendo la negociación pero sin participar activamente en la misma, las partes conservan el dominio del conflicto y llegan a su eventual resolución.

La *Conciliación*, que también es un método autocompositivo, el tercero tiene un papel más activo que el mediador, propone alternativas y cursos de acción específicos analizando con las partes sus ventajas e inconvenientes, realiza reuniones, desecha propuestas inviables e instrumenta dinámicamente convenios y prestaciones que den término a la controversia.

El *Arbitraje* es un procedimiento jurídico heterocompositivo, una forma de justicia privada gracias a la cual los litigios son substraídos a las jurisdicciones de derecho común, para ser resueltos por terceros revestidos circunstancialmente de la misión de juzgarlos por voluntad expresa de las partes en conflicto.

La Dra. Stong,¹⁵ menciona que la Conciliación y el Arbitraje son procesos distintos que requieren habilidades diferentes. La Conciliación es un proceso intuitivo, artístico, creativo, producto del *cerebro derecho*, mientras que el arbitraje es un proceso racional, objetivo, analítico, producto del *cerebro izquierdo*.

Existen diferencias substanciales entre un *Juicio ordinario* en tribunales y el *Arbitraje*:

En el Juicio participan principalmente abogados, la materia es fija (civil, penal, familiar, administrativa, etc.), las leyes aplicables son específicas para cada litigio (Código Civil, Código Penal, Código de Procedimientos Civiles o Penales), el procedimiento es rígido, ritual, generalmente complejo, costoso y prolongado. Su desenlace es la *sentencia*, que tiene carácter coercible, porque el juez esta

revestido de imperio, es decir puede utilizar la fuerza del estado para hacer cumplir sus resoluciones.

En contraste, el *Arbitraje* es básicamente un *Juicio de expertos o Juicio entre pares*, en el que deben respetarse las garantías individuales de audiencia, legalidad y los mínimos procesales. Su materia es especializada (mercantil, comercial, derecho marítimo, derecho internacional, y últimamente, *Arbitraje médico*).

El juicio arbitral, particularmente *El arbitraje en conciencia*, es práctico, flexible, de menor complejidad, ("Juicio en mangas de camisa"), breve y menos costoso que los procesos en las instancias jurisdiccionales.¹⁶

Cecilia Azar¹⁷ del Centro de Arbitraje de México, institución privada dedicada al arbitraje comercial, describe las siguientes ventajas de este método de resolución de controversias: flexibilidad, rapidez, confidencialidad, especialización de los terceros, independencia o imparcialidad de los terceros y ejecutabilidad del laudo en México y el extranjero.

El desenlace de un arbitraje se llama *Laudo* y equivale a una sentencia, se considera final, "cosa juzgada", es obligatorio y vinculante para las partes.

En virtud de que el arbitraje se base principalmente en la autoridad moral de los árbitros, éstos deben tener las siguientes características: honorabilidad, independencia, espíritu de justicia, neutralidad, especialización, abogacía no indispensable y número impar si el procedimiento es realizado por paneles de árbitros.

A diferencia de los jueces, los árbitros carecen de la facultad de hacer cumplir sus laudos y en caso de que alguna de las partes pretendiera desconocerlo, la otra puede solicitar su homologación ante un juez civil para hacerlo cumplir.

Existe un amplio marco normativo del arbitraje, tanto en el ámbito nacional como internacional: Código Civil, Código de Comercio,¹⁸ Reglas UNCITRAL,¹⁹ entre otros.

Análisis de resultados. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico a partir de su decreto de creación ha recibido un total de 15 771 asuntos distribuidos como sigue (cuadro VIII).

De este universo, aproximadamente 50% de los asuntos se desahogaron en la primera instancia del organismo (Dirección General de Orientación y Quejas), por orientación y asesoría, con resoluciones expeditas en horas o pocos días de duración.

Cuadro VIII. Asuntos Recibidos por la CONAMED (Junio 1996 - Diciembre 1999)

Tipo	Total	%
Asesorías	6666	42.3
Asesorías telefónicas	733	4.6
Quejas*	7021	44.5
Quejas telefónicas	123	0.8
Quejas turnadas para arbitraje por Comisiones Estatales	3	0.0
Dictámenes Médico-Periciales	1177	7.5
Ampliaciones de dictamen	48	0.3
Total	15771	100.0

* Incluye dos registros concluidos también como dictamen
Fuente: SAQMED, Dirección General de Investigación y Métodos.

Del resto de los asuntos, se radicaron como quejas 7021, de las cuales se resolvieron en la segunda instancia (Dirección General de Conciliación) por conciliación y otras modalidades, aproximadamente 60% de los casos.

Llegaron a la tercera instancia (Dirección General de Arbitraje) 235 quejas en el periodo.

A esta instancia se turnan los casos más complejos, que correspondieron a aquellas controversias en que no se logró la conciliación, pero que las partes aceptaron el arbitraje de la Comisión.

También en esta Dirección se procesan los dictámenes médico-periciales solicitados por las instancias de Procuración e Impartición de justicia, Órganos de Control, Comisiones de Derechos Humanos y otros organismos. Durante el periodo se recibieron 1177 de tales solicitudes.

La muestra de 140 casos incluidos en esta investigación, se obtuvo exclusivamente de casos concluidos por la Dirección General de Arbitraje y que además reunieran requisitos descritos en la metodología. La serie incluye 22 laudos (26% del total) y 94 dictámenes médicos-periciales (9.4% del total). Ciertamente la muestra fue selectiva y no al azar, pero puede ser representativa del universo de casos concluidos en la instancia de arbitraje.

Los datos demográficos reproducen exactamente la distribución por sexos del total de quejas concluidas por este organismo: del sexo femenino 57% y masculino 43%. La edad promedio de los

pacientes involucrados fue la cuarta década de la vida, pero con casos prácticamente en todos los grupos etáreos.

Por lo que respecta a las diez especialidades más frecuentemente involucradas, coincidieron la serie investigada y la estadística general de la CONAMED,²⁰ en distinto orden de frecuencia relativa.

En la primera, las quejas más frecuentes correspondieron a neurocirugía, cirugía general, ginecología y obstetricia, anestesiología y traumatología y ortopedia; mientras que en la segunda lo fueron traumatología y ortopedia, ginecología y obstetricia, urgencias, cirugía general y odontología.

Estas diferencias pueden explicarse por los sesgos de selección y mayor complejidad de los casos incluidos en esta investigación.

En ambas series predominaron instituciones públicas de salud seguidas de establecimiento o médicos privados.

También se observó simetría de ambas series, en cuanto a los motivos de queja, que fueron en orden descendente, tratamiento quirúrgico, tratamiento médico, diagnóstico, y otras causas. En la serie estudiada se incluyó la categoría de quejas por anestesia por existir un número significativo e incluso una queja múltiple (seis casos) por complicaciones anestésicas.

Cabe destacar en los desenlaces médicos, la elevada frecuencia de defunciones (42%), pérdidas orgánicas y funcionales, enfermedad activa, discapacidad y secuelas (30.6%) comparadas con las recuperaciones (24.3%). Estos datos revelan la mayor gravedad y complejidad de los casos que llegan a la instancia de arbitraje.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos puede intervenir en una controversia entre usuarios y prestadores de servicios de salud, cuando se presume que un organismo público ha vulnerado el derecho a la protección de la salud de personas físicas.

En este sentido, la CNDH²¹ ha acumulado entre 1990 y 1998 un total 1203 quejas médicas por negativa o atención inadecuada y 1440 quejas por presunta negligencia. Como consecuencia, este organismo formuló recomendaciones a las principales instituciones de salud y seguridad social, las cuales han sido cumplidas en su mayoría.

La razón de ser de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico es la de *Ombudsman de la salud*, es decir una instancia de servicio a la sociedad a

través de actuaciones imparciales, profesionales y éticas.

Sin embargo *al dar la razón a quien la tenga*, sus resoluciones, conclusiones o recomendaciones, pueden beneficiar indirectamente a los médicos involucrados. Se destaca que no obstante la gravedad de las quejas médicas analizadas en esta serie, 56% de los juicios arbitrales exoneraron a los médicos de responsabilidad alguna y en 50% de los dictámenes se concluyó que los médicos actuaron correctamente.

En México y otros países del mundo se cuenta con considerable experiencia en la aplicación de métodos alternativos de resolución de controversias, principalmente en el ámbito comercial, pero no en quejas por atención médica, salvo la exhortación protocolaria y casi siempre inefectiva que realizan los juzgados civiles, previamente al proceso y emisión de sentencia por el juez.

Por ello este trabajo se puede considerar una aportación inédita a la resolución de conflictos médicos por métodos alternativos no judiciales y en la medida que sus resultados se difundan entre las agrupaciones médicas, podrá tener un impacto favorable en la prevención de controversias médico-paciente.

Referencias

1. **Secretaría de Salud.** Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996.
2. **Banco Interamericano de Desarrollo,** BIRF, CEPAL, OEA, OPS, OMS, UNFPA, UNICEF, USAID. Acceso Equitativo a los Servicios Básicos de Salud: Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud. Washington, D.C. 1995. Sept.29-30. p.1 (documento fotocopiado).
3. **Sistema Nacional de Salud.** Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. p.14-20.
4. **Fernández Varela MH.** La Comisión Nacional de Arbitraje Médico En: Valle GA, Fernández Varela MH. Arbitraje Médico. Análisis de 100 casos. 1ª ed, J.G.H. editores, S.A. de C.V. México, 2000.
5. **Aguirre GH.** Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Expectativas de paciente y trabajadores. Rev Salud Pública de México. 1990; 32:170.
6. **Leyes y Códigos de México.** Código Civil para el Distrito Federal. Ed. Porrúa. 65ª ed. México, 1996.
7. **Leyes y Códigos de México.** Código Penal para el Distrito Federal. Ed. Porrúa. 58ª ed. México, 1990.
8. **Leyes y Códigos de México.** Ley General de Salud. Ed. Porrúa. 13ª ed. México, 1996.

9. **Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.** Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo. México. 1997.
10. **García RS.** La Responsabilidad Penal y la Práctica Médica, Seminario sobre Responsabilidad Profesional y Ejercicio de la Práctica Médica. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. México. 15-16 de Agosto de 1996.
11. **Beauchamps TL,** Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press. 3a ed. New York, 1989.
12. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana,** Número Especial sobre Bioética. 1990; 108 (5-6): 369-586.
13. **Díaz LM.** Arbitraje: Privatización de la Justicia Colección, Ensayos Jurídicos. Ed. Themis, S.A. de C.V. 2ª ed. México, 1998.
14. **Magallón GE.** Medios Alternativos de Solución de Controversias. En Valle GA, Fernández Varela MH. Arbitraje Médico. Análisis de 100 casos. Op cit. pp. 60-65.
15. **Stong E.** Nuts and Bolts of ADR for Business Disputes American Arbitration Association. The New York Law Journal. 1997;6. <http://www.ljx.com/practice/arbitration/0306adrnut.html>
16. **Siqueiros JL.** El arbitraje: Marco Normativo, Tipos de Arbitraje: Compromiso Arbitral y Cláusula Compromisoria. En Valle GA, Fernández Varela MH. Arbitraje Médico. Análisis de 100 casos. Op cit. p. 72-74.
17. **Azar MC.** Experiencia Nacional e Internacional de Resolución de Controversias no Médicas. En Valle GA, Fernández Varela MH. Arbitraje Médico. Análisis de 100 casos. Op cit. p. 84-87.
18. **Leyes y Códigos de México.** Código de Comercio y Leyes Complementarias. Ed. Porrúa. 64ª ed. México, 1996.
19. **UNCITRAL.** Arbitration Rules (1976). <http://ra.irv.uit.no/trade-law/doc/un.arbitration.rules.1976.html>
20. **Comisión Nacional de Arbitraje Médico.** Dirección General de Investigación y Métodos. Informe Estadístico Junio 1996 - Diciembre de 1999. (Documento fotocopiado)
21. **Ponce de León A.** Derechos Humanos y Quejas sobre Atención Médica. En Valle GA, Fernández Varela MH. Arbitraje Médico. Análisis de 100 casos. Op cit. pp. 57-59.