

## Contexto del Modelo Mexicano de Arbitraje Médico

DR. CARLOS TENA TAMAYO

*Egresó de la Facultad de Medicina de León de la Universidad de Guanajuato y realizó estudios de pregrado en el Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán". Realizó la especialidad de Medicina Interna en el Hospital General de México. Concluyó su formación como cardiólogo en el Instituto Nacional de Cardiología. Fue fundador y Presidente del Colegio de Médicos del Estado de Guanajuato y Secretario de Salud en esa Entidad durante el Gobierno de Vicente Fox. Actualmente es Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.*

El estar aquí nos da la oportunidad de reflexionar acerca de los temas que creo debemos revisar. Cuestiones que están perjudicando la práctica de la profesión médica, pero, fundamentalmente, la satisfacción de quienes son nuestro principal objeto de ser médicos, nuestros pacientes.

Voy a presentarles en estos minutos, el contexto en el que se da la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en este país. Seguramente muchos de los puntos que voy a tocar serán motivo, en otros momentos, de un tema para reflexionar, pero me gustaría poner el contexto general de lo que sucede en México, y lo que pudiera estar ocurriendo en otros países.

Primero recordar que el tema de las quejas contra los médicos, e incluso lo relativo a las sanciones, no es algo que acontezca de un tiempo corto para acá. En ocasiones escuchamos decir que últimamente a los médicos se les está demandando y sancionando. En los anales de la historia se señala que acontece desde antes de Cristo, donde el médico que se equivocaba recibía sanciones que, en algunos casos, llegaban a la muerte.

Durante toda la historia de la humanidad, particularmente en Europa y en nuestra referencia española, se ha demostrado que diferentes autoridades han tratado el tema de la negligencia médica.

Por ejemplo, Juan II encargó a su médico particular que se dedicara a vigilar la profesión médica y sancionar a los médicos que actuaban mal. En España, con los Reyes Católicos, que son el referente del protomedicato, nombraban a protomédicos que eran encargados de determinar quién ejercía la Medicina y vigilaban la práctica de la profesión.

En el México recién conquistado, el ayuntamiento de México nombró protomédicos que además de vigilar la profesión aplicaban sanciones.

El libro del Real Protomedicato, que, por cierto, tenemos la traducción de doctor José Luis Soberanes, menciona que en México se nombraron protomédicos. El Virrey Marqués de Villamanrique desde España mandó un protomédico, sin embargo el ayuntamiento de México no lo aceptó, toda vez que éste tenía la facultad de nombrar al protomédico y no España. Acompañando a Cristóbal Colón llegó a México un médico de nombre Pedro López, designado protomédico por la Corona en España. Pretendía ejercer dicha profesión, sin embargo el ayuntamiento no lo aceptó porque el nombramiento era anterior a la Conquista, y estaba llegando después. No obstante, se puede considerar que fue el primero que ostentó el papel de protomédico en México. Después el Virrey de Monterrey también nombró desde España a otro

protomédico para desempeñarse en México, pero hubo tantos problemas que se acabó el Protomedicato en México.

Los antecedentes históricos brevemente mencionados nos dan la oportunidad de conocer cuándo empieza a ocurrir este fenómeno, y particularmente de una manera formal en nuestro país.

Ahora, quiero compartir con ustedes algunas cifras que están publicadas en algunas revistas internacionales como Medical Care, en la cual se muestran estadísticas de mala práctica efectuadas en el estado de California en 1974, encontrándose que la probabilidad de negligencia por cada hospitalización es de 0.79%, y la tasa de muerte por cada negligencia es de una por cada cuatro negligencias médicas.

En otro estudio llevado a cabo en Nueva York en 1984, se muestra una negligencia por cada 100 hospitalizaciones, existiendo el mismo índice de muerte, por esta causa, que en el estado de California.

En Utah y Colorado otros dos estudios demuestran que la probabilidad de muerte aquí ya es solamente de una por cada 11 negligencias médicas. De tal manera que en los Estados Unidos se estudia como un problema que amerita un análisis. En contraparte, algunos estudios que conocemos rebaten este tipo de información, ya que realmente es muy complejo asegurar que el paciente se murió por negligencia médica, sobre todo cuando se realizan estudios retrospectivos. Si bien hay quien dice que esto no puede tener una absoluta certeza, sí nos da una idea de lo que ocurre en el vecino país del norte.

Asimismo, los informes de datos de muerte por daños yatrogénicos son importantes de analizar, toda vez que en el estudio de Nueva York se dice que existen por error médico aproximadamente 180 mil muertes anuales en Estados Unidos; en California se calculan 150 mil muertes por año. En el reporte del Instituto de Medicina, que creó el ex presidente William Clinton en ese país, se analiza este tipo de problemas y calcula entre 44 y 98 mil muertes por error médico al año en hospitales. Aquí hablamos en general de las muertes relacionadas con errores médicos por año en hospitales. De tal suerte que tendremos que ir identificando que el error médico ahí está, ocasionando problemas y muerte a los pacientes.

En nuestro país, tenemos algunas cifras que sirven como referencia para hacer esta reflexión, ya que no tenemos muchos datos que podamos analizar en este momento.

En la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de 6 mil 336 demandas que se concluyeron a través de la conciliación y el arbitraje o a través de un dictamen médico pericial, se detectó que no había culpa en el 41% de los casos, y sí en el 59%.

De esta forma, hay dos problemas que debemos reconocer: primero, no siempre hay culpa, pero al médico se le está demandando porque existe una deficiente relación médico-paciente, la cual no permite que el paciente entienda con claridad la naturaleza de su enfermedad. Segunda, si se demuestra culpa, entonces hablamos de la existencia del error médico.

Me parece importante centrar nuestra atención en que estos son problemas reales. Cuando los pacientes se inconforman, seguramente tenemos una deficiente relación médico-paciente o, quizá, porque sí existe el error médico. Ya les presenté las cifras de los Estados Unidos, es algo que ocurre y seguirá sucediendo, simplemente porque los médicos somos seres humanos que nos podemos equivocar en la práctica de nuestra profesión.

Vamos a analizar cuál es el origen real de la mala calidad de la atención médica, y pongo como primer punto lo que considero

es la raíz en muchos casos del problema: una formación deficiente de los profesionales de la salud.

En nuestro país hay más de 70 escuelas de medicina, de las cuales, al día de hoy, solamente 23 se encuentran en proceso de acreditación o acreditadas ante la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. Ello quiere decir que estas 23 escuelas son las únicas que han garantizado haberse sometido a una evaluación para demostrar que tienen calidad en la formación de los profesionales de la salud. Con lo anterior no quiero decir que las que no estén acreditadas no la tengan, simplemente lo que sí nos consta es que solamente 23 la tienen demostrada. En México estudian medicina 50 mil estudiantes y aproximadamente egresan 10 mil médicos al año, incorporándose a la práctica profesional. Pocos médicos alcanzan una especialidad por lo reducido de los campos clínicos para realizarla.

Pero déjenme señalar que la calidad en las escuelas de medicina es cuestionable. Se forman médicos que no tienen la capacidad y los conocimientos adecuados. Naturalmente, en el momento de la práctica profesional estarán incurriendo en mala práctica, seguramente por impericia.

El otro extremo es la certificación, una vez que el médico ha concluido sus estudios, siendo ésta actualmente voluntaria en nuestro país. La certificación significa demostrar que nos estamos actualizando permanentemente para brindar una atención de calidad. Hoy existe una cédula profesional cuyo requisito es estar certificado, sin embargo, dentro de cinco años continuaremos con nuestra cédula profesional y ya no será necesario demostrar que estamos recertificados.

De tal manera que no hay forma de vigilar el compromiso de los médicos para estar en una permanente actualización. Esto me parece que es de raíz, que si no atacamos este problema, si no se reglamenta adecuadamente la calidad de las escuelas de medicina y la recertificación del médico, difícilmente podremos estar exigiendo que la práctica de la medicina sea apegada a los mejores estándares y a la *lex artis* médica.

Segundo: es de destacar que los procesos y procedimientos están ausentes o son ineficientes en muchas de las instituciones de salud, y podemos mencionar la mala selección del personal, que, en muchos lugares, no se conoce a ciencia cierta cómo se determina el ingreso a un hospital.

Hemos identificado personal médico adscrito a los servicios de urgencias que tiene poca capacidad, y a veces mínima capacitación para atender ese tipo de servicios. Los médicos aprendimos cómo hacer las cosas, pero algunos lo aprendimos de una manera y otros de forma diametralmente distinta. No tenemos todavía en muchos lugares guías que nos digan por dónde hay que ir caminando. Tenemos Normas Oficiales Mexicanas para algunos padecimientos, pero consideramos que las guías clínicas y los protocolos de atención permitirán a los médicos, sobre todo cuando están tratando pacientes en servicios de urgencias, en donde hay que tomar decisiones de acuerdo a una guía clínica, mejorar la calidad de la atención.

El no ajustarnos a estos procesos, no tenerlos bien diseñados o no tener procedimientos de atención, permiten que si acudo a un hospital porque tengo una afección respiratoria me traten de una manera, si recurro al de la esquina me tratan de otra o si estoy en otra ciudad me tratan distinto. No hay una forma estandarizada, desde luego con la libertad prescriptiva del médico.

Tercero, la insuficiencia de recursos es un hecho que naturalmente impacta y pudiera ser el origen de la mala calidad en la

atención médica. Se ha señalado, dicho por el propio Secretario de Salud, que México es uno de los países con insuficiente presupuesto para la salud. Carecemos de tecnología suficiente para hacer diagnósticos oportunos, no se cuenta con suficientes vehículos para trasladar a nuestros pacientes de forma segura, no disponemos de las herramientas para atender patologías que hoy en día son complejas en su tratamiento. Son situaciones que afectan gravemente a gran parte de la población.

Por otra parte, la falta de información al paciente, ni siquiera de la historia natural de su enfermedad, es otro factor que origina las demandas médicas y propicia la mala calidad de la atención médica. Tenemos pacientes que a pesar de su enfermedad piensan que salvarán la vida y nunca les informan la gravedad de su mal, no les explican la historia natural de ésta, cuáles pudieran ser las complicaciones ni los riesgos que, en muchas ocasiones, tendrán cuando aceptan someterse a procedimientos para tratamiento o diagnóstico. El no tener esta claridad por parte del paciente, naturalmente origina una demanda contra el médico, y esto también se considera mala calidad en la atención. Adicionalmente está el mal trato al paciente o a su familia, evidentemente cualquier cosa provocará una demanda contra el médico.

¿Qué favorece una demanda médica? El deterioro de la relación médico-paciente. La super-especialización. Nos dedicamos sólo a atender el corazón, el estómago, el ojo, pero no realizamos una atención integral a nuestros pacientes, dificultando una relación médico-paciente de confianza. La mercadotecnia definitivamente también ha impactado en la relación médico-paciente, particularmente cuando estamos aceptando que nosotros somos proveedores y los pacientes son consumidores, cuando aceptamos que ellos son usuarios de los servicios y nosotros prestadores de ellos.

El aceptar esto y hacerlo propio conlleva a identificar que el binomio médico-paciente se ha convertido en una relación proveedor-consumidor. He insistido: al cliente, al usuario, al consumidor no se tiene la obligación de comprender, escuchar, entender y reitero de amar. En cambio al paciente sí, porque paciente no es paciente porque tenga paciencia, sino porque es padeciente, porque padece una enfermedad, sufre un mal y nosotros estamos obligados a escucharlo, a comprenderlo, a consolarlo e incluso a amarlo. Es la gran diferencia entre ser proveedor-consumidor y ser médico-paciente.

Si nosotros aceptamos que los médicos nos convertimos en proveedores y nuestros pacientes en consumidores, con seguridad también estaremos cambiando internamente dicha relación, porque nosotros vemos que quien vende una televisión ni escucha, ni comprende, ni entiende, ni ama al cliente que le está vendiendo, aunque le dé un buen servicio.

Otro factor es el acceso a la información. La sociedad está mejor y más informada, hecho que puede favorecer las demandas, no las origina. Los pacientes conocen ahora más sobre su enfermedad, saben buscar en Internet la última novedad terapéutica, y si no encuentran respuestas en su médico, pueden pensar que está actuando incorrectamente, lo que puede ocasionar una demanda, sobre todo, cuando se carece de información apropiada, no hay buena comunicación y se adolece de una relación médico-paciente.

La industria del litigio, nuevamente disculpen que insista, las favorece pero no las origina. Fuera de este hospital hay abogados incitando al paciente a que demande a su médico, y si éste recibió mal trato, no se le otorgó buena información o definitivamente hubo un error médico que no se le explicó, naturalmente acepta-

rá la asesoría de ese abogado para que se presente una demanda. Igualmente, afectan los seguros de responsabilidad profesional que se venden con el garlito de que con eso se va a defender al médico, y se van a pagar todos los gastos que ocasione una demanda. Ello genera que haya más demandas contra los médicos porque ya se encuentran asegurados, de tal suerte que los mismos sujetos que les venden los seguros, en contubernio con los abogados, no en todos los casos, frecuentemente participan del mismo negocio. En esta industria ganan abogados y compañías de seguros, pierden pacientes y médicos.

Los medios de comunicación también favorecen las demandas, pero no las originan. Todos hemos visto la publicación en los diarios del caso de algún médico, un compañero acusado de negligencia u homicidio, cuando ni siquiera se ha estudiado si eso ocurrió o no. El desprestigio ya está presente, y eso indiscutiblemente la sociedad lo conoce y emite juicios *a priori*, pensando que los médicos están actuando cada vez más con mayor negligencia, con mayor impericia.

Actualmente, se exhiben en la televisión programas de denuncia en donde la gente puede hablar para efectuar denuncias contra el médico. Yo insisto, esto sucede, pero no podemos decir que sea el origen de la mala práctica, de una deficiente atención y de las propias demandas. El origen es lo que yo he mencionado con anterioridad.

En la Comisión hemos creado un modelo cartesiano de calidad en la atención médica, mediante el cual manifestamos que si el médico se apega a la *lex artis* médica y tiene pacientes satisfechos, estamos hablando de calidad en la práctica médica, siendo eso precisamente lo que pretendemos, que los médicos hagan lo que tienen que hacer, que saben hacerlo en general y que logren una buena relación para que tengan pacientes satisfechos.

Cuando el médico no se apega a la *lex artis* médica, pero sus pacientes están satisfechos, hay mala práctica, sin embargo, se está utilizando una medicina de ornato. Un médico muy *apapachador*, con un consultorio muy bonito, le manda rosas a la señora el día de su cumpleaños, le habla por teléfono y la tiene muy contenta, pero al mismo tiempo hay una gran ignorancia del paciente, éste se puede morir muy contento con su médico, sin saber que éste lo atendió equivocadamente.

Por otra parte, lo que nos preocupa también, es que hay médicos que hacen muy bien su tarea, son médicos con mucha capacidad, con buen entrenamiento, con una educación médica continua, gran experiencia, pero sus pacientes están insatisfechos con la atención, aunque vemos que todo lo que hizo el médico fue correcto. Es aquí donde volvemos a que la relación médico-paciente es fundamental para tener pacientes satisfechos.

La Comisión, como ya les mencioné, ha encontrado que en 41 por ciento de los asuntos no hay culpa del médico, no obstante, se presentó la demanda. Cabe preguntarse por qué, fundamentalmente la razón es que no había una buena relación médico-paciente. Cuando los pacientes no están satisfechos y no hay apego a la *lex artis*, estamos hablando de que ahí no existe ni calidad técnica, ni interpersonal. La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud está tratando de mejorar la calidad técnica, así como la relación interpersonal.

¿Adónde puede ir un paciente cuando se siente insatisfecho? Puede recurrir a la vía judicial, al ministerio público, a las propias contralorías de las instituciones, a la Comisión Nacional de Derechos Humanos, por mencionar algunas. Particularmente, y con este tipo de asesoría de los abogados, los inconformes prefieren la

vía judicial, en donde hay burocracia, muchos requisitos, mucho tiempo, falta de transparencia, no sabemos quién está opinando sobre el acto médico, es costosa e incómoda. La persona que ha requerido acudir a alguna agencia del ministerio público estará de acuerdo conmigo que es muy desagradable por el ambiente que se respira. Asimismo, algunas instituciones están acotadas y solamente atienden casos que hayan ocurrido en instituciones públicas. De tal manera que las demandas contra los médicos, si se presentan en dichas vías, tienen consecuencias que vamos a revisar.

En primer lugar, la vía judicial provoca un mayor deterioro en la relación médico-paciente, un médico demandado por esta vía se involucra en una controversia con su paciente, por lo mismo no va a tratar de resolver ésta para llegar a la verdad, aunque no la tenga, ya se encuentra inmiscuido en un litigio y ahora quiere ganar. El abogado del médico o paciente, aunque en el proceso identifique que ellos no tienen la razón, de todas maneras tratará de lograr por cualquier vía una sentencia a favor de su defendido, más no siempre con la verdad.

¿Se da un trato injusto al médico?, pues sí, hemos señalado que en un ministerio público al médico se le relaciona con un criminal cuando lo que presuntamente sucedió fue una equivocación en el intento de ayudar a una persona, pero es tratado como un criminal, y ese es un trato injusto.

El paciente desconoce realmente cuál fue la verdad, se queda con la resolución de un juez, sea ésta a favor de él o en contra, pero no tendrá jamás la certeza que se haya llegado a la verdad.

Por estas vías lo que se busca es la sanción no la prevención, y con la sanción no podemos seguir pensando que vamos a resolver los problemas. El sancionar a quien incurre en una falta no ayuda a que no se vuelva a cometer, al contrario debemos pensar qué hacer para prevenir.

El apelar a la justicia por las vías judiciales motiva que se eleven los costos de la atención médica y que al mismo tiempo se ejerza la "medicina defensiva". El médico demandado no se encuentra con una franca disposición de apoyar a su paciente simplemente para beneficiarlo, sino frecuentemente especula que este último también lo puede demandar, y si alguien ya lo hizo ¿por qué no lo va a hacer otro? Imagina cómo ha de ganar alguna demanda cuando eso ocurra. La consecuencia normal para evitar una demanda sería comenzar a pedir exceso de estudios de laboratorio, solicitar interconsulta con todos sus compañeros para que de alguna manera se compartan las responsabilidades o se apoye en el caso de una demanda. Esto ya se mencionó, eleva los costos, deshumaniza la relación, abre la brecha de la injusticia social y naturalmente no mejora la calidad de la atención médica.

Ahora tenemos este círculo vicioso donde la mala relación médico-paciente genera una demanda médica, la cual produce "medicina defensiva", y ésta fractura la relación médico-paciente. De tal manera que insisto, si el origen de los problemas se encuentra aquí, debemos combatirlo, hacer todo lo posible para que el médico cuente con las herramientas necesarias que lo lleve a mejorar la relación médico-paciente, y sobre todo reconozca la importancia de tener una buena relación.

Nuestro compromiso hoy, junto con las autoridades, incluso de otros países, es tratar de trabajar para evitar la medicina defensiva. Es nuestro objetivo que no proliferen la "medicina defensiva" y que haya buena relación médico-paciente, acabando con este círculo vicioso y transformarlo en un círculo virtuoso.

Además de ocasionar estos problemas en la relación médico-paciente, la "medicina defensiva", ¿cuánto cuesta?, bueno, algu-

nos datos a los que hemos tenido acceso nos dicen que en Estados Unidos se calcula que 10.6% de los gastos de atención médica se van a la "medicina defensiva"; en el estado de Texas se gastan 702 millones de dólares anuales, solamente en este tipo de medicina. El British Medical Journal calcula que el 98% de los médicos en los Estados Unidos aceptan tener práctica defensiva. Por cada dólar para pagar una prima de seguro se gastan 2.7 dólares en "medicina defensiva".

En nuestro país no tenemos información suficiente, no se ha analizado este tipo de situaciones a detalle, sin embargo, resultados preliminares de una encuesta que realizamos a médicos que la contestan voluntariamente y en forma anónima, muestran, en aproximadamente mil cuestionarios, que el 40% de los médicos mexicanos aceptan estar ejerciendo la "medicina defensiva", es decir, solicitando, entre otros, exceso de interconsultas al pensar que los pueden demandar y cómo librarse o ganar esa posible demanda.

¿Cómo mejorar la calidad de la atención?, ¿qué hacer para tratar con dignidad a pacientes y médicos a efecto de fortalecer la relación médico paciente?, y finalmente nuestro objetivo: ¿qué hacer para tener satisfechos a nuestros pacientes y médicos por el trato que se le da a las inconformidades que se llegan a presentar?

En algunos países se están ejerciendo acciones para resolver este tipo de problemas. En España existe el Tribunal de Arbitraje Médico, que resuelve en menos de seis meses ese tipo de conflictos, es voluntario y si hay un acuerdo previo, naturalmente se refleja a través del laudo.

En Suecia se instituyó la Comisión de Responsabilidades de la Asistencia Médica, ésta impone medidas disciplinarias y las instituciones reparan todo daño, haya o no negligencia, es decir, independientemente de haber o no negligencia, si el paciente expone un daño derivado de la atención médica, la propia institución se encarga de repararlo, se compruebe o no la negligencia médica, naturalmente para eso se tiene un fondo, un presupuesto para atender este tipo de situaciones.

En el Reino Unido, el ombudsman de la salud investiga las quejas contra los servicios de salud, pero primero deben pasar por las propias instituciones de salud, para que el caso se trate de resolver ahí y sea el ombudsman la última instancia a la cual se acuda. Asimismo, se crearon los autoseguros de los hospitales o membresías voluntarias para pagar los costos que puede ocasionar reparar el daño, existiendo actualmente un esquema piloto de mediación voluntaria.

En Perú se constituyó la Superintendencia para las entidades prestadoras de salud, que son las que autorizan y reglamentan las entidades prestadoras de salud y establecen mecanismos de arbitraje entre pacientes y prestadoras de salud. Tienen la facultad de imponer sanciones a los médicos.

Por su parte, Colombia presenta el Tribunal de Ética Médica creado por ley, instrumento que prevé se pueda sancionar desde el punto de vista moral al médico; adicionalmente, lleva a cabo evaluaciones que caen en el ámbito de lo moral, sin embargo, también contribuye a fomentar la buena relación médico-paciente.

En México se creó en 1996 la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, pero con plena autonomía técnica. La Comisión se encuentra conformada por un Consejo que es la máxima autoridad, el cual se integra por 10 ciudadanos distinguidos, dos de ellos, representantes académicos de la medicina mexicana: el Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía y el Presidente de la Academia Nacional

de Medicina, así como ocho representantes de la sociedad, nombrados por el Presidente de la República, los cuales vigilan que las políticas de la Comisión sean de acuerdo a lo estipulado en el decreto de creación de la propia Comisión y que esto satisfaga las necesidades de la ciudadanía.

El Comisionado Nacional, nombrado por el Presidente de la República y dos Subcomisionados Nacionales "A" y "B" conforman el organigrama directivo de la Comisión. Adicionalmente, las Direcciones Generales de Administración e Innovación y Calidad, dependientes del Comisionado, apoyan la cultura de calidad dentro de la institución, para así poder garantizar, como es obvio, que los servicios sean de calidad. Sería inaceptable que llegara una persona a nuestra institución y se quejara de la mala calidad de nuestros servicios.

De la Subcomisión Nacional "A" dependen tres Direcciones Generales: Orientación y Gestión, Conciliación y Arbitraje, que son las direcciones sustantivas de la Comisión. Subordinadas a la "B" se encuentran tres Direcciones Generales: la de Promoción y Difusión, de Asuntos Jurídicos y Apoyo Legal y Enseñanza e Investigación, la cuál estamos fortaleciendo para llevar la enseñanza del conocimiento que ahora tenemos de los errores médicos y conflictos a las aulas, llevarla al gremio médico, para prevenir que esto vuelva a ocurrir. Esta es la estructura funcional de la directiva de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Nuestra misión: propiciar relaciones sanas entre los profesionales de la salud y sus pacientes. Es importante que quede claro, no perseguimos médicos, tampoco los solapamos, no defendemos a ultranza a pacientes que van con nosotros, investigamos quién tiene la razón. Es decir, contribuimos a resolver el conflicto a través de un diálogo y creemos que con esto cumplimos con nuestra misión principal que es propiciar que la relación médico-paciente se fortalezca y no derive en un proceso judicial.

El objetivo de la CONAMED es contribuir a resolver los conflictos suscitados entre pacientes y profesionales de la salud en el ámbito público o privado a través de la orientación, conciliación y el arbitraje médico.

¿Cuáles son nuestros compromisos? Primero, fortalecer la relación médico-paciente, evitar la medicina defensiva, así como la cultura litigiosa en la atención médica. Es un objetivo muy preciso, que cada vez haya menos denuncias en los ministerios públicos por la vía judicial, y naturalmente con ello tendremos más casos en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Queremos quitarle este trabajo a las autoridades de procuración de justicia. Buscar la conciliación en las controversias médicas, mejorar la calidad de la atención y prevenir el error y la causa de la demanda son tareas de la Comisión. No podemos conformarnos con estar tratando de resolver los conflictos entre médicos y pacientes, tenemos que hacer algo para prevenir el error médico, y lo podemos lograr analizando lo que hemos detectado durante estos cinco años, y dando recomendaciones.

Los principios con los que actuamos son la imparcialidad y confidencialidad. Al paciente se le pide desde que llega a la Comisión que debe guardar absoluta confidencialidad, y tendrá que abstenerse de acudir a los medios de comunicación, porque esto puede propiciar la difamación de su médico, cuando aún no se ha realizado un análisis especializado.

Los servicios que ofrece la Comisión son gratuitos, bueno nada es gratis en ningún lado, éstos se pagaron con los impuestos de la población. Hay objetividad y agilidad, tratamos de resolver los asuntos entre tres y seis meses. Es pertinente destacar que en una ins-

tancia judicial se puede llevar tres, cuatro o hasta cinco años para llegar a una resolución.

Naturalmente actuamos bajo un principio de buena fe. En la Comisión solamente podemos atender médicos y pacientes que actúan de buena fe, que de buena fe, quieren resolver su conflicto, encontrar la verdad. No a quienes van pensando que pueden extorsionar a su médico y obtener de él dinero. Ese tipo de inconformidades no atendemos, solamente a personas que de buena fe quieren resolver el conflicto a través de la conciliación o el arbitraje médico.

¿Cuál es la naturaleza jurídica de la Comisión? Pues es meta-evaluador especializado, somos los especializados en este tema, y se emiten recomendaciones con esta característica.

Es amigable componedor o arbitrador. Es decir, tiene la facultad de realizar arbitraje en amigable composición. La Comisión propone a las partes cómo se puede resolver el asunto, si aceptan firman un contrato, un convenio de transacción. Pero ellos son los que deciden con una propuesta de la propia Comisión, a lo cual precisamente se le ha llamado arbitraje en amigable composición. También puede ser árbitro en estricto derecho y en conciencia, naturalmente eso se presenta cuando las partes voluntariamente aceptan que un tercero, que es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, sea el que decida y funja como árbitro mediante la emisión de un laudo.

En la Comisión tenemos un solo proceso que es el de arbitraje médico, que inicia con la gestión, en la que tratamos de solucionar la inconformidad, para continuar con la conciliación y el arbitraje. Al proceso completo lo llamamos arbitraje médico, siendo por eso la denominación, Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

En la gestión promovemos atención oportuna, eficiente y una orientación apropiada al paciente. Por ejemplo, cuando el paciente acude con nosotros porque no se le está efectuando un estudio con la prontitud que se considera necesaria, un tumor cerebral que le dan cita en cuatro meses para hacerle la tomografía, gestionamos con la autoridad, con el director de la institución, para que se agilice el trámite y entonces se previene un posible daño al paciente e incuestionablemente un conflicto.

Del total de asuntos atendidos en la Comisión, más de 24 mil 600 asuntos atendidos durante estos cinco años de trabajo, del 96 hasta octubre del 2001, hemos encontrado que se han atendido vía asesoría y gestión 56% de los asuntos; y conciliación y arbitraje o dictámenes 44%. En los años de existencia de la Institución llevamos poco más de 4 mil 600 asuntos desahogados mediante la conciliación.

La conciliación promueve el diálogo voluntario entre el médico y el paciente, y busca puntos comunes para llegar a un acuerdo. Se logra la conciliación porque el médico acepta la mala praxis o el paciente acepta que no hay mala praxis. No se logra la conciliación porque no hay buena fe, hay pretensiones muy altas o una mala asesoría. Con cierta frecuencia el abogado aconseja al médico no seguir por esta vía, optando por la vía judicial, naturalmente esto rinde mejores cuentas para el abogado que asesora.

Algo importante, y en lo cual estamos trabajando es en la capacidad conciliatoria. Se ha modificado la curva de conciliación y hoy nuestro porcentaje de capacidad conciliatoria es de 57.2%, lo que representa que en el año se han atendido 1,151 asuntos por la vía de la conciliación y se ha logrado la conciliación en 658 asuntos.

Hemos hecho un estudio retrospectivo de qué es lo que ha sucedido con estas personas que estando en la Comisión deciden retirarse. Bueno, ¿qué paso? El 58% acudió a otra institución; el

41 por ciento ya no realizó ningún otro trámite, no siguió su asunto en ningún otro lugar, y el uno por ciento tuvo un acuerdo con el médico cuando salió de la Comisión.

Respecto a las personas que acudieron a otra institución, 48% lo hicieron al ministerio público, 35% a la contraloría o con las autoridades administrativas de la propia institución, 22% a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y el 32% a la televisión, radio, Cámara de Diputados o algunos otros lugares. La suma no da 100% porque hay quien asistió a más de una instancia.

El arbitraje médico que se lleva a cabo en la Comisión es voluntario, se apoya con la opinión de un asesor externo. Es muy importante recalcar que la opinión médica no la proporcionamos quienes trabajamos en la Comisión, se contratan los servicios de un médico experto certificado por el consejo de su especialidad y que indudablemente tiene toda la capacidad para determinar si la actuación del facultativo fue apegada a la literatura médica.

La Comisión es un árbitro institucional, es decir, el asesor externo no interviene como árbitro persona física, porque eso conllevaría muchos problemas, por ejemplo la incomodidad del propio asesor que nos brinda la información para que se presente a ratificar un dictamen ante las autoridades. Esa es la razón por la que la Comisión funge como árbitro porque, además, cuenta con los recursos, la metodología y la atribución de ser árbitro institucional.

El procedimiento arbitral se desarrolla con el rasgo de la oralidad, que significa la gran flexibilidad para resolver los asuntos, la economía procesal en poco tiempo, igualdad de las partes en el proceso, naturalmente la imparcialidad, gratuidad y la confidencialidad de los asuntos que son atendidos en el proceso arbitral.

El laudo arbitral determina la absolución o la condena de daños y perjuicios. En la Comisión, y esto es importante, no estamos condenando por daño moral; se le explica detenidamente a las partes que nosotros no evaluamos daño moral, solo daños y perjuicios. Lo que el paciente o sus familiares gastaron para reparar ese daño y que se puede comprobar o los perjuicios que ocasionó el daño al cual fue sometido.

Como se puede ver, solamente 136 asuntos se resolvieron a través de un laudo hasta octubre del 2001, lo cual significa que la vía de la conciliación es la más efectiva.

También nos dedicamos a elaborar dictámenes médico-periciales, mismos que son solicitados por la autoridad que puede ser la judicial o las contralorías. Es un peritaje institucional, se cuenta con la opinión de asesores externos para la evaluación del expediente clínico que permitirá alcanzar el dictamen médico-pericial. Ahí no podemos nosotros evaluar el contexto en el que se realizó el acto médico, eso le corresponde a la autoridad, nosotros opinamos sobre la parte documental. Cada vez se nos solicitan más dictámenes médico-periciales, 2 mil 160 hasta octubre del año en curso, hecho que permite a las autoridades normar su criterio y con ello puedan tomar una decisión.

Finalmente, ¿cómo se resuelven los problemas?, ¿cuáles son los compromisos? En 29% de los casos se acuerda el pago de un reembolso o indemnización, se conviene seguir otorgando atención médica al paciente. A veces una explicación técnico-médica al paciente, la cual se debió haber dado al paciente durante la consulta o atención médica, pero no se le dio y aquí se le viene a dar. Con lo anterior, se resuelve el problema, se logra la conciliación. En 8% de los casos se compromete un trámite administrativo o algún otro tipo de compromisos asumidos. De tal manera que en las conciliaciones no todo se resuelve a través de dinero para poder tener una satisfacción.

Es importante decir que tanto el laudo como los convenios de conciliación se consideran cosa juzgada, es decir, no se pueden llevar a ninguna otra instancia para que se vuelva a atender o abrir este mismo asunto.

Finalmente, estamos elaborando recomendaciones con el análisis del error o el conflicto para hacer conciencia de él, es decir, identificar el síntoma para detectar su origen, corregir y prevenir lo conducente. Tal información se hace del conocimiento de los profesionales de la salud, tanto a los que están en formación, como a las asociaciones médicas en las instituciones de salud, y a las propias instituciones de salud que les mandamos recomendaciones para poder prevenir el conflicto. El propósito es mejorar la relación médico-paciente y evitar el error médico con el análisis que hoy en día hace la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

El reto de la Institución es poder solucionar los problemas que se nos han dejado ver en la punta del iceberg, pero que, sabemos, seguramente la problemática es mucho mayor de la que nosotros estamos identificando en estos momentos.

Les agradezco mucho, me quedan cinco minutos para escuchar todas sus preguntas y recomendaciones.

Muchas gracias.

PREGUNTA DEL AUDITORIO: ¿No considera que el estar auxiliando al ministerio público le resta autoridad a la CONAMED?

DR. CARLOS TENA TAMAYO: Mi respuesta es la siguiente: El hecho de que no auxiliemos a la autoridad, no significaría que por esa razón van a acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, o sea, ya están ahí y la gente decidió porque no conoce la Comisión, o porque decidió que allá se atendiera su conflicto.

La otra, habría de dos: dejar que el ministerio público estuviera actuando con los peritos, que no sabemos a ciencia cierta quiénes pudieran ser ni su capacidad, o tratar de colaborar para que fueran un poco más justas las resoluciones de las autoridades. Decidimos por lo segundo.

Hemos insistido con la autoridad, particularmente durante este año, para que nos informen qué sucedió con el caso, sin embargo, no hemos tenido la respuesta. No obstante lo anterior, para la Procuraduría de Justicia nuestra opinión es eso, solamente una opinión; de ninguna manera pretendemos que con ella se resuelva el asunto. Déjeme explicarle, y esto a mí me apena mucho, que algunos compañeros médicos hayan interpretado que la Comisión ha opinado en su contra.

A nosotros nos llega un expediente clínico en donde, a manera de ejemplo, la paciente debió haber sido conducida a quirófano para realizarle una cesárea, sin embargo, aquella duró horas en sufrimiento fetal, falleciendo el producto por tal motivo, siendo lo más lamentable que esa situación se sabía horas antes. Se nos manda el expediente clínico del caso citado, lo revisamos y decimos: claro que hay mala práctica, no se ajustó a la *lex artis*, hubo diferimiento en la atención oportuna de dicha paciente. Es evidente que detectamos mala práctica de los médicos que atendieron a la paciente. Nosotros analizamos el expediente, pero luego el médico le puede decir al juez, "sí señor, pero nada más que el quirófano estaba cerrado, estaba ocupado, yo tenía cinco partos atendiendo, etcétera, etcétera". Esa información no la tenemos.

Sería muy injusto que la autoridad dictara una pena al médico sin haberlo escuchado, de tal manera que por eso tampoco nosotros pretendemos que nuestra opinión determine la actuación del juez o el contralor. El dictamen-pericial es la simple opinión acerca

de los documentos que forman parte del expediente clínico. Los hechos y circunstancias que rodean el actuar médico deberá ser analizado integralmente por la autoridad.

PREGUNTA DEL AUDITORIO: Muchas gracias, doctor Tena. Yo pediría dos respuestas adicionales del Comisionado para continuar con el programa. ¿Quién defiende a los médicos en el acto médico deficiente?

DR. CARLOS TENA TAMAYO: Me parece que al ir a la Comisión el médico debe tener la certeza de que la Comisión no defiende ni a médicos ni a pacientes, no somos defensores de nadie. Estamos contribuyendo a que se resuelva un conflicto con el conocimiento y opinión de los expertos, así como la evaluación del caso.

No defendemos a nadie, estamos para llegar a la verdad con el fin de resolver este tipo de conflictos que voluntariamente paciente y médico quisieron se atendiera en la Comisión.

Pero si hablamos de justicia, pues sí hay justicia para el médico, porque aquí se está opinando del acto médico actuando con absoluta imparcialidad, lo cual, queda claro, podría no suceder en otro tipo de instancias, aquí se está asegurando. Es por eso mi reconocimiento a los médicos que han tenido la decisión de aceptar el llamado de la Comisión. Estoy seguro, porque sé que quien va a opinar es un experto nacional sobre el tema que se está planteando.

PREGUNTA DEL AUDITORIO: "Señor Comisionado, se mencionó que en una encuesta realizada a 231 personas, solamente el uno por ciento de los casos llegó a un arreglo con el médico, el resto se fue a otras instancias, parece que son 231 de los no conciliados. Por favor, doctor.

DR. CARLOS TENA TAMAYO: Sí, de la gente que va a la conciliación, hablaba yo de un 54 por ciento, los demás no quieren conciliar; hay varios factores, yo mencionaba o su abogado le dijo que no conciliara, o el paciente está pidiendo millones de pesos y no se puede conciliar: 'tú quieres que te pague millones, yo no te los voy a pagar'; entonces no llegan a un arreglo, hay mala fe de alguna de las partes si no llegan a un arreglo o simplemente deciden irse de la Comisión. Esto ocurre entonces en poco más del 45 por ciento de los casos que se intenta conciliar.

Lo que presenté aquí es ¿a dónde se va ese 45%? Mencioné que muchos se van a otra instancia, el 40%; otro 40% no hace nada y el 1% cuando sale de la Comisión termina arreglándose con el médico, a pesar de que no concilió allí, pero afuera sí logro de alguna manera resolver su conflicto. Y esto es con la opinión de los propios usuarios de este tipo de servicios.

PREGUNTA DEL AUDITORIO: ¿Qué hace la CONAMED en los casos en la que se detecta relación, llaman aquí contubernio o colusión entre abogados del quejoso con bufetes de abogados? y también ¿si la Comisión se apoya en un experto externo, esto no quiere decir que no se requiera de un grupo o una comisión de expertos?

DR. CARLOS TENA: No, el que alguien esté trabajando en su bufete tratando de convencer a pacientes o médicos para que presenten sus casos y sean ellos quienes les lleven el litigio, pues no es ilegal, están en todo su derecho de hacerlo. Simplemente lo que tenemos que hacer es informar nuevamente a la sociedad de esta alternativa de resolución de conflictos y naturalmente los beneficios que tiene tanto para el paciente como para el médico. No se puede hacer nada porque no están actuando de manera ilegal este tipo de bufetes jurídicos.

Ahora, si hay un contubernio para presentar esta queja dentro de la Comisión y se persigue extorsionar al médico, si lo que se persigue es la obtención de un lucro, si nosotros identificamos

que no hay buena fe en alguno de ellos, pues simplemente les decimos que no podemos atender su caso. No podemos resolver un problema para beneficiar a alguien que tiene intenciones no lícitas o no claras.

PREGUNTA DEL AUDITORIO: ¿En todos los casos hay un experto externo?

Sí. En todos los casos que se tiene que emitir un dictamen médico pericial y en los que se tienen que emitir un laudo. En todos los casos necesitamos la opinión de un asesor externo, porque las partes voluntariamente decidieron que fuera la Comisión quien resolviera el asunto, y nos convertimos en árbitros institucionales. Para cumplir con esta misión, tenemos que contar con el conocimiento exacto y especializado del acto médico, y esto lo podemos tener a través de este asesor externo.

De tal manera que en todos los casos de arbitraje y dictamen médico se necesita al asesor externo, no así en todos los casos de conciliación, en los que el médico y abogado de la Comisión deben conocer el asunto, pero no van a la profundidad porque los que van a resolver son directamente el médico y el paciente que están tratando de conciliar.

PREGUNTA DEL AUDITORIO: ¿Cuáles son las acciones que ejercerá la CONAMED para fortalecer la relación médico paciente y evitar la medicina defensiva? Esa es la primera.

La segunda: ¿qué hará la CONAMED para mejorar la formación de los recursos humanos para la salud?

Tercera: ¿cómo interviene la Comisión para responder o incidir en la principal causa de la mala atención? Señalada esta última como deficiencia en la formación de las instituciones en educación superior.

DR. CARLOS TENA: Me gustaría dejar claro que las comisiones de arbitraje médico pueden contribuir a evitar la medicina defensiva.

Hoy los médicos, en un porcentaje de 40%, cuando actúan defensivamente lo hacen porque quieren. Cuando un paciente presenta una denuncia en la vía judicial en contra del médico, éste comienza a ejercer la medicina defensiva, sobre todo por el temor de que vaya a ser juzgado como frecuentemente sucede por si cumplieron o no con una obligación de resultados, que en términos generales el médico no tiene esta obligación de dar resultados.

A mi como médico cardiólogo nadie me puede exigir que un paciente atendido de un infarto no se me muera, ese resultado no me lo pueden exigir; sin embargo, hay demandas porque no se cumplió con ese resultado. Lo que sí se puede exigir al médico es que cumpla con su obligación de medios, es decir, que haga todo lo que le corresponde hacer para atender a su paciente.

En la Comisión solamente valoramos que se haya cumplido con la obligación de medios. Puede dar mucha tranquilidad en el ejercicio de la profesión cuando sabemos que si se nos llega a presentar una inconformidad, se va a efectuar una evaluación y lo único a identificar es si nosotros cumplimos con la obligación de medios, más no se exigirá la obligación de resultados que en otras latitudes sí se pide y naturalmente eso complica mucho la atención médica.

PREGUNTA DEL AUDITORIO ¿Qué hace la CONAMED para mejorar los recursos humanos en el área de Salud?

DR. CARLOS TENA: Lo único que estamos haciendo es presentar evidencias de la impericia detectada en la presentación de las inconformidades y que ocasionan un daño. Es algo complejo entrar a modificar planes de estudio de las universidades, sobre todo, exigirles que tengan garantía de calidad en la formación de los profesionales de la salud.

Nosotros puntualizamos permanentemente que este es un problema que origina mala práctica en medicina, porque el tener médicos mal preparados va a provocar mala práctica por impericia. Debemos poner en la mesa de discusión tal situación para que las autoridades y mismas universidades tomen conciencia de esta problemática que hoy en día existe en México.

PREGUNTA DEL AUDITORIO: ¿Quién ejecuta el laudo si no se cumple voluntariamente? y ¿por qué a la resolución que emite la CONAMED se le considera laudo y la importancia de la cosa juzgada?

DR. CARLOS TENA: Me cambio de cachucha y ahora me pongo una cachucha de abogado y dejo la del médico para poder contestar esta pregunta.

Si no se cumple con lo que se estipula en el laudo, entonces el paciente puede ir con un juez y éste hace que se cumpla. Anteriormente, hasta hace algún par de semanas, se tenía que homologar por el juez. Hoy la Suprema Corte de Justicia ha determinado que no se necesita homologar esto, simplemente se va con el laudo y el juez determina se cumpla con lo establecido en él. De tal manera que por eso decimos que es cosa juzgada. Es decir, no se puede ir a ningún otra instancia porque ahí voluntariamente resolvieron las partes y en el caso del arbitraje se le dio autoridad a la Comisión para que actuara como árbitro.

El documento que se entrega a las partes para que se cumplimente esta obligación es al que se le llama laudo. La voluntad de las partes que se someten al arbitraje produce un laudo, cuyas resoluciones se consideran cosa juzgada. Igual cuando se logra la conciliación y se alcanza un convenio de transacción se dice que es cosa juzgada.

PREGUNTA DEL AUDITORIO: ¿Hasta dónde es responsabilidad del médico y hasta dónde de la organización del sector salud, que propicia que tanto el paciente como el médico sean las víctimas del mismo?

DR. CARLOS TENA: Cuando existe una inconformidad que se presenta en la Comisión, nosotros tratamos de investigar hasta dónde se produce responsabilidad del médico y hasta dónde hay responsabilidad de la Institución.

El trabajo de la Comisión busca resolver el conflicto e identificar en dónde estuvo la causa de ese error o la inconformidad. Efectivamente, muchas veces el paciente pudo haber tenido un problema y nosotros identificamos que no fue culpa del médico, sino de la estructura institucional y es a ésta a la que le enviamos recomendaciones. La Institución debe responder por el daño ocasionado al paciente.

Se trata de identificar en el análisis que hace la Comisión, si es responsabilidad del Médico o de la Institución, o en ocasiones puede ser de los dos.

PREGUNTA DEL AUDITORIO: ¿Cuál es el papel de los colegios médicos en su participación como médicos peritos para el arbitraje?

DR. CARLOS TENA: Nosotros no tenemos peritos, no hay peritos médicos, son asesores externos. Los colegios médicos están participando en muchos lugares con peritos para la Procuraduría de Justicia, incluso hay una capacitación para los médicos colegiados para que puedan actuar como peritos. Pero dentro de la Comisión nosotros no contratamos peritos médicos, contratamos asesores externos que son médicos especialistas de acuerdo a la especialidad que nosotros o el caso requiere, y que son considerados como expertos a nivel nacional por sus pares.

PREGUNTA DEL AUDITORIO: ¿Cuál es la relación de la CONAMED con los colegios de profesionistas médicos y de abogacía?

DR CARLOS TENA: Tenemos relación no solamente con los colegios, sino con todas las sociedades médicas, las asociaciones, los propios consejos. Las recomendaciones que emite la Institución se presentan al gremio médico, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención médica y la prevención del conflicto.

Recientemente hemos analizado cuáles fueron los factores de inconformidad de los pacientes que recibieron atención de un radiólogo y cuáles fueron los errores cometidos por ellos. En este sentido invitamos a la Federación Mexicana de Radiología y juntos nos sentamos para efectuar un análisis y elaborar recomendaciones para evitar que este tipo de problemas se vuelva a presentar.

Fortalecemos nuestra relación con cada una de las sociedades médicas. Actualmente, realizamos este mismo ejercicio con la Sociedad de Oncología para emitir recomendaciones a los oncólogos, a efecto de evitar cierto tipo de prácticas que pudieran provocar un daño y que de hecho ya lo ocasionó en el pasado.

Esa es la tarea preventiva que tiene la CONAMED y solamente lo podrá hacer en conjunto con los colegios, sociedades, asociaciones y los propios consejos de especialistas.

Muchas Gracias.

### Transformaciones en la Práctica Médica y su Regulación en Latinoamérica

DR. JOAQUÍN MOLINA LEZA

*Graduado de Estomatología en la Universidad de La Habana, Cuba; tiene estudios de Epidemiología en Budapest, Hungría, y de Salud Internacional en la OPS en Washington, EUA. Ocupó diferentes cargos de especialista en el área de Asistencia Médica y Social del Ministerio de Salud Pública de Cuba y del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Se desempeñó como consultor de desarrollo de Sistemas y Servicios de la OPS/OMS en Nicaragua, ha trabajado en áreas de regulación sanitaria, planificación, gerencia de servicios de salud, descentralización y desarrollo en sistemas locales de salud, así como en programas de garantía de calidad, investigación y evaluación de servicios de salud, medicamentos y gestión de recursos humanos entre otros. Es profesor de cursos de posgrado en Salud Pública y Administración de Servicios, así mismo ha participado en diversos foros como congresista.*

Es un verdadero placer para la Organización Panamericana de la Salud, a través de mi persona, participar en este Sexto Simposio Internacional la "Prevención de Conflicto Médico y Métodos Alternativos para su Solución". Agradecemos a la CONAMED y a sus directivos la distinción que nos hacen al invitarnos a participar en este foro privilegiado para tratar temas de calidad y además hacerlo en esta Institución que es el Hospital General de México, que ha sido una parte importante de la historia del Sistema de Salud Mexicano. Agradecemos la distinción hecha y nos sentimos muy honrados en poder participar.

No todos los países resuelven de modo igual, cuestiones básicas de los sistemas de salud como son: ¿Quiénes tienen acceso a

los servicios de salud? y ¿A qué tipo de servicio tienen acceso los ciudadanos de un país?, ¿Cómo se financian? y ¿Cómo se integran los servicios de salud?, ¿Cuáles son las regulaciones con que opera el mercado de salud?, ¿Cómo se vigila el cumplimiento de las regulaciones en los mercados de salud?

Las respuestas a estas preguntas básicas nos remiten a describir y a analizar los sistemas de servicios de salud, a tratar en esta conferencia, haciendo énfasis en las transformaciones más recientes ocurridas en buena parte de los países del continente, en gran medida en lo que se denomina "Procesos de Reforma del Sector Salud", y en atención al tema que se nos ha pedido, voy a privilegiar los aspectos de regulación de la práctica profesional en el contexto latinoamericano.

Todos los sistemas de servicios de salud pueden inscribirse en un contexto que representamos con una línea hipotética de provisión de servicios de salud cuyos extremos polares son, por una parte la provisión totalmente pública de los servicios y por otra parte la provisión de los servicios de salud totalmente privada. No hay país que provea sus servicios de salud de modo totalmente privado, probablemente en América, Estados Unidos es el país que se encuentra más cerca de este polo.

En el opuesto, el país que probablemente esté más cercano al polo totalmente público es Cuba, en el continente Americano, seguido también en buena parte de los países del Caribe inglés y Costa Rica, donde la mayor parte de la provisión de los servicios de salud es pública. El resto de los países latinoamericanos los pudiéramos ubicar en algún punto entre la provisión de servicios de salud públicos y privados.

Otra forma de clasificación sería colocar a los países en una red hipotética según el origen de los fondos que se gastan en salud y aquí los extremos polares de nueva cuenta son los servicios financiados con fondos privados o públicos. En promedio, el 58% de los fondos que se emplean en la provisión de los servicios de salud en Latinoamérica provienen de fondos privados. Curiosamente, la mayoría de los países de mayor desarrollo económico los encontramos ubicados mayormente en fondos de origen público. En contraposición los países con menor desarrollo socioeconómico los encontramos en su mayoría ubicados con fondos de más del 50% de origen privado. Contextualizando lo anterior, encontramos un origen de los fondos públicos a países como la Guyana, Costa Rica, Panamá o Surinam. En la parte privada encontramos países como Guatemala, Venezuela, Brasil, Uruguay, Paraguay o El Salvador, en los cuales más de la mitad de sus fondos son de origen privado.

Una tercera forma también de colocar a los países, sería según la concentración de los fondos que se invierten en salud. Aquí los extremos polares serían los países que cuentan con instituciones privadas con fines de lucro y los países que no cuentan con estas instituciones. Posiblemente Estados Unidos sea el que esté más cerca del extremo de los países, cuenta con mayor cantidad de fondos que se concentran en instituciones con fines de lucro. Obviamente aquellos países en donde la mayor provisión de servicios de salud la prestan instituciones públicas, estarían ubicados en un punto medio de la recta.

Por ejemplo, de seis países seleccionados donde analizamos los datos económicos del sistema de salud invertidos entre 1997 y 1999, encontramos una diferencia notable entre los países, al clasificarlos según el gasto per cápita en salud medido en dólares. Por ejemplo, Argentina es de los países de Latinoamérica que más gasta en salud per cápita, cercano a mil dólares por persona. En el