

virtud, tiene derecho al pago de honorarios insolutos a cargo de la quejosa. (BEATRIZ SOSA)

Código Civil para el Distrito Federal

ART.1828.-Es imposible el hecho que no puede existir porque es incompatible con una ley de la naturaleza o con una norma jurídica que debe regirlo necesariamente y que constituye un obstáculo insuperable para su realización.

ART.2613.-Los profesores tienen derecho de exigir sus honorarios, cualquiera que sea el éxito del negocio o trabajo que se les encomiende, salvo convenio en contrario.

ART.2615.-El que preste servicios profesionales sólo es responsable, hacia las personas a quienes sirve, por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de las penas que merezca en caso de delito.

La Norma Oficial Mexicana para la atención de la obesidad

Octavio Casa Madrid Mata *

Jorge González Barranco **

El día 7 de diciembre de 1998, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad. A partir de esa fecha, la Secretaría de Salud abrió un espacio de consulta pública, por 60 días, a fin de obtener la opinión de la población en general. En virtud de la importancia del documento, Revista CONAMED glosa algunos de los aspectos fundamentales del proyecto, merced a la colaboración de dos de los integrantes de la

Comisión Redactora.

"La ciencia sólo es legítima cuando se pone al servicio del auge del hombre vivo".

GREGORIO MARAÑÓN

Antecedentes

Durante los últimos años, la atención médica de la obesidad se había constituido en un problema, no sólo de la atención médica, sino de salubridad general de la República y que amerita soluciones desde la perspectiva del derecho sanitario, en la medida que, por lo general, se ofrecen a la sociedad servicios de dudosa calidad, dirigidos a la satisfacción de inquietudes estéticas, a partir de supuestas soluciones médicas carentes de respald científico.

Destacan, entre los hechos cuestionables, los esquematizados en el cuadro I, que muestra un círculo vicioso, generador de múltiples problemas de salud.

En la medida que los usuarios han solicitado la aplicación indiscriminada de procedimientos que afectan la salud y diversos prestadores han tratado de satisfacer esta demanda —por móviles meramente económicos, soslayando las reglas y principios elementales del arte médico—, la cuestión derivó en un problema de grandes dimensiones.

La obesidad es una entidad patológica, una enfermedad crónica que produce múltiples complicaciones y que participa en prácticamente todas las enfermedades crónicas degenerativas. En México, por su frecuencia, se considera un problema de salud pública. Sin embargo, las apreciaciones simplistas y esquemáticas, a veces

avaladas por

la publicidad, reducen a mera apariencia externa un asunto con raíces más profundas.

Problemas observados

- Demanda poco informada de servicios.
- Publicidad inapropiada.
- Concurrencia de personal imperito.
- Empleo de medios inapropiados.
- Inobservancia de la lex artis.
- Inobservancia de principios éticos.
- Casos de dolo en la prestación de servicios.
- Atención yatropatogénica (presencia de lesiones injustificadas).
- Irrupción de conductas ilícitas de carácter civil, sanitario y aun penal.

Propuesta de adición al Libro Primero, título Primero del Código Civil para el Distrito Federal

Toda persona tendrá el derecho a la presencia estética, en razón de lo cual:

I.-Atendiendo al orden público y las buenas costumbres, y siempre que no se afecten los derechos de tercero, serán válidos y por tanto, bajo la protección de la ley, todos los actos y negocios jurídicos tendientes a la expresión de la apariencia física;

II.-Cuando se trate de actos biomédicos, dentro del concepto de buenas costumbres, estarán comprendidos los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica;

III.-Queda prohibido y en consecuencia será nulo de pleno derecho, todo acto o negocio jurídico tendiente a dañar o instrumentalizar la presencia estética, en consecuencia se tendrán por no puestas y no obligarán a las partes las cláusulas y condiciones encaminadas a los fines mencionados;

IV.-Para todo acto que entrañe la modificación irreversible de la presencia estética, se requerirá de la emisión, por el interesado o su representante legal, de consentimiento bajo información, por escrito otorgado ante dos testigos idóneos;

V.-Bajo ningún concepto serán lícitos los actos que entrañen modificaciones permanentes en menores, cuando no tengan justificación médica, y

VI.-Para la limitación del derecho a que este artículo se refiere, por motivos de salubridad general, se estará a lo dispuesto en la Ley General de Salud y sus disposiciones reglamentarias.”

La obesidad, en tanto enfermedad crónica, obedece a condicionamientos y factores hereditarios, emocionales y psicológicos, los cuales al sumarse a la ingestión de calorías excesivas, son capaces de alterar la absorción o el uso de la energía, y propiciar una disfunción tiroidea o hipofisiaria, además de alteraciones hipotalámicas en el individuo. Por tanto, el único abordaje apropiado del problema es interdisciplinario, es decir médico, nutricional y psicológico y no puede reducirse al

ofrecimiento indiscriminado e irresponsable de insumos o a la mera atención paliativa.

Propuestas normativas

La proliferación de métodos carentes de respaldo científico, de clínicas y establecimientos irregulares, en términos de las disposiciones en vigor, de personal imperito, y "las consiguientes alteraciones a la salud de los pacientes, obligaron a la revisión y adecuación del marco normativo a fin de precisar la buena práctica de la medicina en el tratamiento de la obesidad.

Para ello, la Secretaría de Salud integró una comisión interdisciplinaria, formada por expertos de la propia Secretaría, representantes de instituciones del sector salud, sociedades médicas, instituciones de educación superior, entre otros.

A lo largo de casi dos años, la Comisión realizó continuas sesiones y tras exhaustiva revisión del problema, formuló propuestas de lineamientos sanitarios para regular el manejo integral de la obesidad y el sobrepeso y definir la buena práctica médica.

La Comisión redactora concluyó sus actividades preliminares apuntando como necesidades normativas:

Fijar criterios de legitimación y estándares mediante normas reglamentarias y de tal suerte emitir normas oficiales mexicanas para:

- La atención integral de la obesidad y el sobrepeso.
- La prestación de servicios de cirugía estética y reconstructiva.
- La prestación de servicios relacionados con la apariencia física.
- Reformar el Código Civil para regular el derecho a la presencia estética.

Como podrá observarse, el proyecto de norma oficial mexicana para la atención integral de la obesidad es sólo una parte de la actividad normativa, por lo que deberán continuarse los trabajos en los siguientes rubros:

1.) La emisión de normas oficiales para la prestación de servicios de cirugía estética y reconstructiva; y la prestación de servicios relacionados con la apariencia física.

2.) Reformar el Código Civil para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia federal, a fin de establecer el derecho a la presencia estética, en los términos que se detallan en el cuadro II.

La Comisión redactora insistió en que por tratarse de una enfermedad, la atención de la obesidad debe estar a cargo de personal de salud y bajo ninguna circunstancia, ha de permitirse el anuncio y promoción de técnicas y procedimientos no autorizados por la Secretaría de Salud, previa investigación científica.

Con base en lo expuesto, el proyecto de norma oficial mexicana para la atención integral de la obesidad tuvo como propósitos:

_ fijar las reglas legitimadoras del acto biomédico en cuanto al tratamiento de la obesidad;

_ fijar los medios de tratamiento, mínimos obligatorios, a cargo del personal de salud;

- _ impedir el intrusismo profesional;
- _ establecer el tratamiento integral obligatorio, y
- _ caracterizar el fraude a la salud.

Dicho en otros términos, el proyecto de NOM tiene por objeto definir los estándares mínimos para la atención especializada en el manejo integral de la obesidad y el sobrepeso sin convertirse por ello en un instructivo técnico, y mucho menos en un manual. Su regulación abarca nueve rubros fundamentales, que abordan la multicausalidad del problema, como se detalla en el cuadro III.

Definiciones para la aplicación de la norma

La Comisión redactora estimó necesario establecer el concepto jurídico-sanitario de centro de atención para el manejo nutricional de la obesidad: "Todo aquél de carácter público, social o privado, cualquiera que sea su denominación o régimen jurídico, destinado a la prestación, manejo nutricional de la obesidad y sobrepeso de pacientes ambulatorios, incluidos los que atiendan control y reducción de peso. Estos establecimientos se considerarán consultorios para los efectos sanitarios."

Contenido de la NOM

- a.) Disposiciones generales.
- b.) Manejo médico - quirúrgico.
- c.) Manejo nutricional.
- d.) Manejo psicológico.
- e.) Infraestructura y equipamiento.
- f.) Actos prohibidos.
- g.) Publicidad.
- h.) Control y vigilancia sanitarios.
- i.) Sanciones y medidas de seguridad.

Cuadro III

Es importante hacer notar que el proyecto de NOM retoma el criterio legal establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, pues en dicho ordenamiento se da el carácter de consultorio y por tanto el de establecimiento médico, al destinado a la atención de la obesidad.

Sin duda la definición de mayor importancia es la de obesidad, entendida ésta como "la enfermedad caracterizada por exceso de tejido adiposo en el organismo. Se determina la existencia de obesidad en adultos cuando existe un índice de masa corporal mayor de 27 en adultos y en población de talla baja mayor de 25."

Merced a lo anterior se permitirá caracterizar el padecimiento mediante parámetros objetivos, es decir, atendiendo al índice de masa corporal.

El índice de masa corporal se obtiene por un simple cálculo aritmético, dividiendo el peso (kilogramos), entre la talla (estatura en metros) elevada al cuadrado.

Complementa lo anterior, la definición de talla baja; así tenemos que en la mujer adulta será inferior a 1.50 metros y para el hombre adulto de 1.60 metros.

Asimismo, se estableció el concepto de comorbilidades, para destacar ante cuáles padecimientos ha de instaurarse un régimen adicional; es decir, de protección especial al paciente. Éstas son las enunciadas en el cuadro IV.

Dicho en otros términos, ante la presencia de cualquiera de las entidades señaladas, será necesario extremar los cuidados médicos, hecho con frecuencia soslayado, especialmente por el personal imperito que venía concurriendo a la prestación de estos servicios.

Comorbilidades

- Hipertensión arterial.
- Enfermedad cardiovascular.
- Dislipidemias.
- Diabetes tipo II.
- Apnea del sueño.
- Síndrome de hipoventilación.
- Osteoartritis.
- Infertilidad.
- Hipertensión intracraneal idiopática.
- Enfermedad venosa de miembros inferiores.
- Reflujo gastroesofágico.
- Incontinencia urinaria de esfuerzo.

En concordancia con lo anterior se exige, a partir de este nuevo ordenamiento, un manejo integral médico, nutricional y psicológico, que precisa la teleología del tratamiento, y considera como finalidad el cambio conductual del individuo en beneficio de su salud.

Dentro de las reglas salientes, debemos mencionar que todo paciente obeso deberá ser valorado por medio de una historia clínica completa y la realización de los exámenes de laboratorio —o gabinete— que permitan el diagnóstico preciso del grado o magnitud de la obesidad.

Si el paciente obeso manifiesta múltiples complicaciones, con alto riesgo para su salud, deberá ser valorado, entonces, por un endocrinólogo o un médico internista.

Tanto la valoración nutricional, como el diseño individual del programa de alimentación o dieta, podrán llevarse a cabo por una licenciada en nutrición; y en caso necesario, el paciente será valorado también por un psiquiatra o psicólogo.

Invariablemente el tratamiento deberá ser integral, individualizado y bajo los principios científicos y éticos que orientan a la medicina y siempre bajo la responsabilidad del médico. Si se decidiera administrar farmacoterapia, ya sea para el manejo de la obesidad, o de las complicaciones, el médico será la única persona facultada para hacerlo.

Los programas de alimentación serán responsabilidad del médico y de personal con licenciatura en nutrición.

Los resultados del tratamiento en lo que respecta a la pérdida de peso, deberán ser adecuados, dependiendo de la magnitud de la obesidad; se considerará adecuada la

pérdida de 0.500 a 1.0 Kg., o la reducción del 1% del sobrepeso, por semana.

El tratamiento quirúrgico estará indicado exclusivamente en los individuos adultos con obesidad severa e índice de masa corporal mayor de 40, o mayor de 35, asociado a comorbilidad importante y cuyo origen, en ambos casos, no sea puramente de tipo endocrino. Deberá existir el antecedente de tratamiento médico integral reciente, por más de dieciocho meses, sin éxito; salvo casos en que el riesgo de muerte justifique el que no haya habido tratamiento previo.

La indicación de tratamiento quirúrgico de la obesidad deberá ser resultado de la decisión de un equipo de salud multidisciplinario; conformado por cirujano, anestesiólogo, nutriólogo, endocrinólogo, cardiólogo y psicólogo.

Es de igual importancia señalar que las unidades hospitalarias donde se realice tratamiento quirúrgico de la obesidad, deberán disponer de todos los insumos necesarios para satisfacer los requerimientos de una cirugía mayor en pacientes de alto riesgo.

A título de reglas generales para la atención integral, se establecen, en síntesis, las ilustradas en el cuadro V.

Atención integral

- a.) Cumplimiento de la lex artis.
- b.) Apego a principios éticos.
- c.) Respaldo científico en investigación.
- d.) El médico será el responsable del manejo.
- e.) Invariablemente deberá evaluarse el riesgo-beneficio de cada acto concreto.
- f.) Deberán evaluarse las alternativas para cada tratamiento individual.
- g.) Se deberá obtener, invariablemente, carta de consentimiento bajo información. (Aun en casos no quirúrgicos).
- h.) Se deberá evaluar previamente el estado de nutrición con indicadores objetivos.
- i.) Toda medida terapéutica se deberá apoyar en medidas psicoconductuales y nutriólogicas.
- j.) El médico será el único profesional facultado para la prescripción de medicamentos.
- k.) Todo medicamento deberá estar justificado bajo criterio médico.
- l.) Sólo podrán emplearse insumos registrados ante la Secretaría de Salud.

Por cuanto hace a la información documental se establece como obligatoria, la siguiente:

a.) Expediente clínico.

b.) Historia nutricia.

En cuanto a la segunda, se hace notar que se ha introducido un nuevo tipo de instrumento jurídico sanitario, el cual ha de estimarse como de verdadera necesidad.

Para cumplir con el tratamiento

El ordenamiento a examen define de manera precisa que únicamente podrán participar como personal facultado:

- Médico
- Nutriólogo
- Psicólogo

Esto impedirá que persista la irrupción de personal imperito, ésta era precisamente una de las partes más graves del problema; en efecto, habían venido concurriendo cosmetólogos, esteticistas, personal empírico, etc., lo cual entraña un enorme riesgo a la salud.

Por cuanto hace al ejercicio del médico general, el proyecto recomienda su capacitación en nutrición, de donde se sigue que la legislación sanitaria avanza en la necesidad de definir estándares mínimos de pericia.

En relación al personal técnico, y previendo el virtual intrusismo, el ordenamiento establece que no podrá actuar de manera autónoma; es importante insistir: uno de los propósitos esenciales de esta norma es sancionar especialmente la impericia temeraria y el dolo de malos prestadores de servicios, que habían convertido la atención de la obesidad en problema de salud pública.

Respecto al personal se ordena que todo establecimiento deberá tener un médico responsable, de preferencia especializado.

En cuanto al manejo médico, resaltan los siguientes rubros:

a.) Régimen especialísimo para la prescripción de anorexigénicos.

b.) Necesidad de dar explicación pormenorizada hacia el paciente.

c.) Expedición de receta. Tales principios, si bien ampliamente establecidos en la legislación sanitaria, resultan por demás necesarios en el ordenamiento, especialmente el primero, respecto al cual existía una laguna normativa.

Para el tratamiento quirúrgico, el proyecto de la NOM regula un sistema especial; el cual, si bien ha sido enunciado anteriormente, amerita su ilustración en el cuadro VI.

Tratamiento quirúrgico

a.) Sólo será admisible para obesidad severa.

b.) Debe resultar de la decisión de un equipo multidisciplinario.

c.) Será necesaria la valoración integral.

- d.)Deberá ofrecerse información completa.
- e.)Sólo podrá realizarse mediante técnicas de tipo restrictivo.
- f.)Debe ser tratada a título de cirugía mayor de alto riesgo.
- g.)El médico encargado del tratamiento quirúrgico deberá comprobar ser especialista en cirugía general o gastroenterológica,adiestrado en cirugía de obesidad.

Respecto del manejo nutricio ,se establecen las siguientes reglas mínimas:

- a.)Evaluación mediante indicadores objetivos.
- b.)Plan de cuidado nutricio.
- c.)Control y seguimiento.
- d.)Dieta individualizada.

Finalmente,en relación al manejo psicológico ,se establecen las reglas sintetizadas en los siguientes puntos:

- a.)Orientación para la modificación de hábitos alimentarios.
- b.)Referencia a psiquiatría en caso necesario.

Por cuanto hace a infraestructura , el proyecto publicado en el Diario Oficial señala como obligatoria para los centros de atención,la siguiente:

- a.)Área de recepción.
- b.)Áreas de entrevista privada.
- c.)Áreas de exploración física.
- d.)Instalaciones sanitarias.
- e.)Báscula clínica con estadímetro.
- f.)Plicómetro de metal.
- g.)Cinta métrica.

Por cuanto hace a los actos prohibidos , se definen como tales,los siguientes:

- a.)Intrusismo (es decir,concurso de personal imperito).
- b.)Dietas inadecuadas.
- c.)Tratamientos estandarizados.
- d.)Diuréticos y extractos tiroideos.
- e.)Medicamentos secretos o fraccionados.
- f.)Uso de hormonas.
- g.)Tratamiento farmacológico en menores.
- h.)Uso de técnicas no convencionales (hipnosis, acupuntura,etc.)

- i.) Uso de productos no regulados.
- j.) Empleo quirúrgico de técnicas abortivas.
- k.) Liposucción.
- l.) Lipoescultura.

Merced a lo anterior, traerá aparejada responsabilidad cualquier conducta o hecho que encuadre en estos supuestos, y habrán de tratarse a título de casos dolosos, pues se iría en contra de una norma prohibitiva que es de orden público.

Siendo necesario incidir en los aspectos sociológicos del problema, los cuales están relacionados especialmente con la publicidad, el cuerpo normativo a examen aborda el rubro a través de la sistemática explicada en el cuadro VII :

Publicidad

- a.) Se prohíbe ofrecer resultados, tal conducta es, en sí misma, dolosa.*
- b.) Se prohíbe aludir a tratamientos estandarizados, pues los mismos quedan prohibidos y han sido responsables de notorios daños a la salud.*
- c.) Se prohíbe anunciar insumos sin registro, secretos, prohibidos o sin respaldo científico.*
- d.) Se prohíbe toda la publicidad que induzca a la automedicación.*
- e.) Se prohíbe anunciar a establecimientos no autorizados*

Por su contenido resulta importante citar el párrafo 13.4 del proyecto de NOM:

Se entenderá ilícita la publicidad de insumos en cuya denominación o nombre distintivo clara o veladamente se haga referencia al exceso de peso o a los síndromes, síntomas, datos anatómicos o fenómenos fisiológicos relacionados con la obesidad.

Según se observa, el propósito fundamental de este ordenamiento es avanzar en las reglas del derecho sanitario. Y en especial su espíritu, que garantiza y fortalece el principio de libertad prescriptiva a favor del personal médico:

“Para la correcta interpretación de la presente Norma Oficial mexicana, y sin perjuicio de la aplicación de la legislación sanitaria, se tomarán en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva a favor del personal médico, a través de la cual los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten éstos.”

No obstante las innegables aportaciones normativas que este ordenamiento ofrece, queda mucho por hacer; empero, a juicio de quienes esto escriben, la experiencia en cuanto a protocolo de trabajo, estudios preliminares, alcance de las propuestas, contenido del ordenamiento, etc., es un hecho esperanzador ; en efecto, no es la coyuntura, no es la legislación al vapor, sino el estudio reflexivo el que ha determinado el contenido de los artículos que el mismo contiene. Esperamos que su aplicación, una vez concluido el proceso de consulta y expedición definitiva, resuelva los críticos problemas a los que está destinada, pues finalmente, la legislación sanitaria ha de ser vista como un verdadero servicio de salud.

*Octavio Casa Madrid Mata .Director General de Compilación y Seguimiento.Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

**Jorge González Barranco.Jefe de la Clínica de Obesidad.Departamento de Endocrinología y Metabolismo, Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán.

Síntesis del informe de actividades Conamed 1998

I.Aspectos sustantivos

En materia de asesoría se proporcionaron un mil 561 atenciones ,de las cuales 628 (40.2%)correspondieron a usuarios del interior de la República,en los que la asesoría se proporcionó a través de correspondencia y 933 (59.8%)fueron atendidas por comparecencia directa en la Comisión.Comparativamente con las un mil 935 atenciones del año anterior,hubo un decremento del 19.3%.

Del total de asesorías,en 765 (49%)no hubo motivo fundado de queja médica,y en consecuencia no se surtió la competencia para la intervención de la CONAMED,por lo que se brindó al usuario la más amplia orientación para resolver en otra instancia su caso.

Otros 336 de estos asuntos (21.5%)correspondieron a inconformidades en las que no obstante estar relacionadas con posibles irregularidades en el acto médico,tras análisis de los hechos,se encontró que no hubo motivo fundado de queja,por lo que se brindó la más amplia explicación técnico-médica sobre el caso en cuestión.

Es importante señalar que en 140 casos (9%),las asesorías que se proporcionaron fueron relativas a derechos y obligaciones de los usuarios de los servicios médicos.

Asimismo,en los 320 casos restantes (20.5%),no se contó con suficiente información que permitiera calificar la admisión o no de la queja,por lo que se otorgó una puntual orientación a los promoventes, para el acopio y presentación de la documentación complementaria,para permitir el análisis detallado del asunto y determinar,en su caso,la apertura del expediente de queja.

En lo que corresponde a las quejas ,durante el ejercicio evaluado,se admitieron un total de un mil 934 asuntos,de los cuales 38 se recibieron vía telefónica, por lo que los expedientes abiertos para conciliación formal llegaron a un mil 864,lo que representó un incremento del 12.2%con respecto a los un mil 689 casos recibidos en el año anterior.

Es importante mencionar que del total de las quejas recibidas,un mil 553 (81.9%)fueron presentadas por comparecencia ante la Comisión y las 343 restantes (18.1%)se recibieron en forma escrita,a través del correo.

De acuerdo al prestador del servicio,se presentaron 923 quejas (48.7%)en contra del Instituto Mexicano del Seguro Social,situación que resulta entendible dado el volumen de población que atiende,seguido por los servicios médicos privados,con 454 casos (24%),y en tercer lugar el ISSSTE,con 362 asuntos (19%),que en conjunto representaron cerca del 92% del total de las quejas recibidas en el periodo.

Conforme a lo anterior,las quejas contra el IMSS aumentaron un 15.5%respecto de las 799 recibidas en 1997,en tanto que el aumento en el caso del ISSSTE fue también de 5.5% y en el sector privado de 19.4%,ya que se

recibieron 380 asuntos el año anterior.

Las especialidades que mayor número de quejas han registrado en este

periodo, corresponden a: Traumatología y Ortopedia (270), Ginecología y Obstetricia (259),

Cirugía General (166), Urgencias (145), Medicina Familiar (139), Odontología (105) y Oftalmología (100), las que en conjunto suman un mil 184, equivalentes al 62.4%. En relación con 1997, el total de asuntos en esas especialidades sumó un mil 71, que del total de quejas de ese ejercicio fue equivalente al 63.4%.

Por lo que toca al origen de la queja por entidad federativa, ha sido el Distrito Federal de donde llega el mayor número de inconformidades y, en segundo lugar, del Estado de México; el primero con un mil 257 y el segundo

con 196, que en conjunto conforman el 76.6%. Respecto de 1997, las quejas del Distrito Federal aumentaron 38.6% (350 casos) en tanto que las del Estado de México disminuyeron 46.2% (168 asuntos), seguramente por la creación de la correspondiente comisión estatal.

De las un mil 896 quejas radicadas, se atendieron y resolvieron 430 quejas bajo la modalidad de la Conciliación "A". Ésta se refiere a la comparecencia directa y significa el 22.7% de las quejas del periodo.

A partir de septiembre se registra la Conciliación "B", cuya gestión es telefónica. A este rubro correspondían 1466 quejas (76.8%). En ambos casos las quejas pueden referirse a negativa de atención fundada en una presunta no vigencia de derechos, diferimiento de consulta para especialidad, desinformación a familiares del paciente hospitalizado y negativa de ambulancia para traslado, entre los más significativos.

Por otra parte, los servicios de atención telefónica han tenido un efecto muy importante entre la población, ya que implican una forma sencilla y fácil de contacto con la Comisión. En el periodo que informamos, se han brindado ocho mil 798 atenciones, en las que la ciudadanía solicitó desde una simple información sobre los requisitos para presentar una queja, el horario de atención al público, o bien una orientación sobre a qué hospitales públicos se puede acudir, así como las instancias competentes para ventilar asuntos de naturaleza distinta a los de la Comisión. Adicionalmente, por vía telefónica también, se dieron 456 asesorías y se atendieron 38 Conciliaciones "B", por lo que el total de atenciones por este medio suma nueve mil 292.

Asimismo, en la tarea de colaboración con las instancias de procuración e impartición de justicia, así como con los órganos de control interno de las instituciones de salud, la Comisión recibió 403 solicitudes de dictamen médico — a diferencia de las 142 peticiones del ejercicio 1997, de lo que resulta una diferencia de 183.8%.

En lo que corresponde a las actividades de conciliación de quejas generadas por los servicios médicos prestados en el Distrito Federal, se recibieron 907 quejas, 143 asuntos más (18.7%), que en 1997, en que se admitieron 764 inconformidades. Con los asuntos en proceso, se conformó un total de un mil 14 casos por atender en el año que se evalúa.

De las quejas admitidas, el mayor número correspondió al Instituto Mexicano del Seguro Social con 329 casos, seguido de las inconformidades con los servicios de atención médica particular con 322 y de los asuntos en contra del ISSSTE, que fueron 175. Comparativamente con el mismo periodo de 1997, las inconformidades en contra de los servicios médicos del IMSS y privados, se incrementaron en un 31.6% y 25.3% ya que en 1997 se recibieron 250 y 257 casos respectivamente; en tanto que, en el caso del ISSSTE, hubo un decremento del 5.4%, ya que se recibieron 185 casos el año anterior.

En cuanto a los resultados del periodo ,en el área de Conciliación se desahogaron 842 asuntos y 48 casos fueron enviados al área de Arbitraje,lo que da un total de 890 inconformidades.

De estos 842 asuntos,510 (60.6%)fueron conciliados y en 332 (39.4%)no fue posible llegar a un acuerdo entre las partes,por lo que se dejaron a salvo sus derechos.Al cierre del año los asuntos llegaron a 124.Respecto de 1997,los asuntos conciliados aumentaron un 2.1%(14 casos)en tanto que por otras modalidades el porcentaje disminuyó también en 2.1%(20 asuntos).

Como resultado de los compromisos adquiridos en los acuerdos de conclusión,relativos a reembolsos e indemnizaciones,se reintegraron de prestadores de servicios un total de 2 millones 162 mil 820 pesos.

Respecto de la atención de las quejas del interior de la República ,se tenían 170 asuntos en proceso a diferencia de las 292 que quedaron en proceso al inicio de 1997.Asimismo,se recibieron durante el año 559 casos,cantidad menor en 2.4%respecto de las recibidas en 1997 (573).El total de asuntos fue de 729,a diferencia de las 865 del año 1997.

Al igual que en los asuntos del Distrito Federal,el IMSS sigue siendo el prestador de servicio con mayor número de quejas,con un total de 326 (58.3%),seguido de los servicios privados con 121 (21.7%),el ISSSTE con 75 (13.4%),y otros prestadores con 37 (6.6%).

En la recepción de quejas por entidad federativa, se sigue observando un comportamiento similar al ejercicio anterior;donde el Estado de México acumuló más de la cuarta parte del total con 149 (26.7%); no obstante que ya se atienden en la Comisión Estatal de Arbitraje Médico las que se refieren a prestadores de servicio particulares y a los servicios estatales de salud.Le siguen en orden de importancia con más del 5%de quejas cada uno,los estados de Guanajuato, Veracruz,Querétaro y Jalisco.

En lo que corresponde a resultados ,en el año se desahogaron 564 quejas (77.4%del total a atender), de las cuales 215 fueron conciliadas y 322 se concluyeron por otras modalidades.Adicionalmente,otras 27 se sometieron al proceso de arbitraje.

Como resultado de los compromisos adquiridos en los acuerdos de conclusión,relativos a reembolsos e indemnizaciones,se reintegraron un total de 2 millones 335 mil 921 pesos 63 centavos.

Conforme a los resultados obtenidos en el área,la capacidad conciliatoria arroja un resultado del 42.6%.

En cuanto a juicios arbitrales ,en el periodo se recibieron 75 expedientes,de los cuales 48 fueron remitidos por la Dirección General de Conciliación, provenientes del Distrito Federal,y 27 por la Dirección General de Coordinación Regional.

De los 75 casos recibidos en el trimestre,el 79% son en contra de instituciones privadas y el 21%en contra de unidades médicas del sector público .

Durante el trimestre se concluyeron 58 asuntos sujetos a arbitraje:

- 29 (50%)mediante la emisión de laudo ,a diferencia de los 12 laudos del ejercicio anterior,lo que significa 141.7%superior en 1998.
- 17 (29.3%)por conciliación.La diferencia con 1997 fue mínima,ya que en ese año se concluyeron por vía conciliatoria 15 asuntos.

- Tres conciliados (5.1%),no obstante que no se establecieron contraprestaciones entre las partes
- Cuatro (6.9%)por falta de interés manifestado por las partes.
- Cuatro (6.9%)por desistimiento de las partes.
- Uno (1.7%)por sobreseimiento.

La capacidad de respuesta del área,tomando en cuenta el número de asuntos turnados,llegó a 47.5%; ya que se concluyeron 58 casos de los 122 por atender en el periodo.Respecto de los asuntos turnados, el índice de atención fue de 77.3%;ya que se recibieron 75 casos,y se concluyeron 58.Al cierre del ejercicio,se encontraban en proceso de desahogo 64 solicitudes,de las cuales en 16 casos aún no se firmaba compromiso arbitral.

Por otra parte,de los 29 casos concluidos por laudo,en un 35%(10 casos)fue favorable al quejoso; y en un 65%(19 casos),al prestador del servicio médico.

En materia de dictámenes médicos ,el quehacer de la Comisión se ha visto considerablemente incrementado por las solicitudes provenientes de las instancias de procuración e impartición de justicia,pero principalmente las contralorías internas en las instituciones que prestan servicios médicos.

Lo anterior se hace evidente durante el año,si se observa que de las 403 solicitudes,en el primer trimestre del ejercicio se recibieron 77 peticiones,84 en el segundo,105 en el tercero y 137 en el cuarto. En relación con el ejercicio anterior,el incremento fue de 184%,ya que en ese año se formularon 142 solicitudes.No obstante lo anterior,en el ejercicio que se evalúa,se concluyeron 268 casos.

De ellos,130 fueron solicitados por la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo a través del ISSSTE,IMSS,PEMEX y SSA;81 por la Procuraduría General de la República y sus delegaciones estatales; 48 por la Procuraduría General de Justicia del D.F.y las procuradurías de las entidades federativas,y 9 más por otras instituciones,como la Comisión Nacional de Derechos Humanos,el Poder Judicial,Comisión de Arbitraje del Estado de México,entre otros.

De las 585 peticiones a atender en el año,se concluyeron 268,es decir el 45.8 %,estando pendiente a diciembre de 1998 el desahogo de 182 solicitudes. Conforme a esas cifras,la demanda anual superó la del año anterior.

Sobre los resultados de los dictámenes,85 favorecieron al demandante.Mientras que 154 favorecieron al prestador del servicio.Adicionalmente,dieciséis solicitudes se desecharon por falta de interés de la autoridad solicitante,y en los doce casos restantes,no hubo elementos para hacer un análisis.

II.Apoyo a la gestión institucional

Respecto del cumplimiento de los compromisos asumidos entre las partes,la Dirección General de Compilación y Seguimiento se encargó de las contraprestaciones contraídas por los usuarios y prestadores de servicios médicos.

En ese sentido,de los asuntos concluidos en 1998, se sujetaron al proceso de seguimiento un mil 172 casos;de los cuales,en el año,se dieron por atendidos 676 (58%),quedando en proceso 496 (42%).

Cabe señalar que conforme a los registros históricos, de los dos mil 556 casos de

seguimiento generados desde la creación de la Comisión, al cierre del ejercicio 1998, se ha atendido el seguimiento de un mil 960 asuntos, estando pendientes los restantes 596 casos.

En materia de asuntos litigiosos, de cinco amparos promovidos contra la Comisión están pendientes dos, así como un asunto civil y otro de índole laboral.

En lo que corresponde a las actividades de Difusión, durante el año se editaron los números 6,7,8 y 9 de la Revista Conamed. En razón de la demanda, el tiraje se amplió a 8 mil ejemplares para el número 8 y llegó a 11 mil en el número 9.

Asimismo, se publicaron un mil 500 ejemplares de la Memoria del Segundo Simposio Internacional; 2 mil ejemplares del Segundo Informe Anual de la Institución; 8 mil de la Opinión Técnica relativa al expediente Clínico; un mil 500 carteles alusivos al II Concurso de Dibujo infantil; un mil juegos de carteles y programas para el Tercer Simposio Internacional; 2 mil calendarios 1998, ilustrados con los dibujos ganadores del certamen de dibujo.

Por lo que toca al Centro de Documentación CONAMED, durante 1998, se atendieron dos mil 186 consultas; un mil 778 de servidores públicos de la Comisión, y 408 usuarios externos.

Respecto de las actividades desempeñadas por el área de Investigación y Métodos, se proporcionó a las unidades administrativas elementos de información estadística, sistemas y aplicaciones informáticas, y se coordinaron acciones de investigación en servicios de salud.

En materia de investigación se firmaron un convenio de colaboración con la UNAM y acuerdos interinstitucionales con la SECODAM, la SSA, el ISSSTE y el IMSS.

En el área de Informática, a partir del segundo semestre de 1998, se publicó la página de la CONAMED en internet, bajo el dominio: www.conamed.gob.mx, instalada en un servidor propiedad de la Comisión, a fin de garantizar que la administración y mantenimiento esté enteramente a cargo de la institución. Es de destacar que, durante 1998 esta página recibió a más de 2 mil visitantes.

Por otra parte, con el propósito de asegurar la integridad, homogeneidad y seguridad de la información que compone el banco de datos del Sistema de

Atención de Quejas Médicas (SAQMED), así como todas las aplicaciones relacionadas con él, durante 1998, se conformó y sesionó el Comité de Información del Sistema de Atención de Quejas Médicas (CISAQMED).

En cuanto a los asuntos de competencia sectorial, se otorgó asesoría a gobiernos de 13 entidades federativas (Aguascalientes, Chihuahua, Durango, Zacatecas, Baja California, Campeche, Oaxaca, Querétaro, Jalisco, Michoacán, Veracruz, Nuevo León y Tlaxcala) para crear e instalar comisiones análogas a la CONAMED, con base en nuestra organización, funcionamiento y experiencia. Destaca que también se participó activamente en los trabajos para la instalación de cuatro comisiones estatales de arbitraje médico en los Estados de México, Guanajuato, Colima y San Luis Potosí, con lo cual el número de estas instituciones llega a seis.

Paralelamente, se llevaron a cabo con el apoyo de las unidades administrativas, 87 acciones en forma de conferencias, talleres y actos académicos, a las que asistieron un total de 8 mil 335 personas. De estas, 66 fueron realizadas en instituciones y organismos públicos y 21 en instituciones privadas, siendo evaluada cada una de las presentaciones mediante cédulas realizadas en cumplimiento a los requerimientos del Programa de Modernización de la Administración Pública.

Por otra parte, en materia de comunicación social se mantuvo contacto con representantes de los diversos medios de comunicación. En este sentido, se realizaron 31 comunicados de prensa que generaron 101 notas positivas, y dos promocionales radiofónicos de radio con un total de 130 mil 224 impactos durante los tres meses que se transmitieron con cobertura nacional.

En materia de recursos humanos, la plantilla de personal de la Comisión se compone de 223 plazas, de las cuales, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público autorizó la contratación de 205 plazas. Del total señalado, el 5% corresponde a servidores públicos de nivel superior, 58% de nivel de mandos medios y 37% de apoyo administrativo y secretarial.

Respecto al perfil profesional del personal, 21% son médicos de diferentes especialidades, 24% abogados, 27% de otras profesiones y 28% lo constituye el personal operativo.

En capacitación del personal, se instrumentó un programa durante el ejercicio de 1998 en el que se impartieron 29 cursos de 46 originalmente estimados. Se cancelaron 17 debido a las medidas complementarias de racionalidad, austeridad y disciplina presupuestal, emitidas en el mes de septiembre por el Gobierno Federal.

Por lo que toca a Recursos Materiales, durante el ejercicio se efectuaron trece licitaciones públicas, de las cuales seis fueron realizadas por la CONAMED y siete por la Secretaría de Salud. Asimismo, se llevaron a cabo ocho procedimientos de invitación restringida a cuando menos tres proveedores. Los bienes y servicios adquiridos cumplieron en calidad y oportunidad.

Respecto del presupuesto autorizado para 1998 ascendió a 56 millones 519 mil pesos. Este importe tuvo una reducción neta de 7 millones 241 mil pesos (12.8%), resultando un presupuesto modificado de 49 millones 278 mil pesos.

III. Conclusiones y perspectivas

Las tareas encargadas a la CONAMED deberán consolidarse en la medida en que la población cuente con una instancia que, verdaderamente, favorezca la resolución de sus inconformidades, a la vez que mediante sus recomendaciones procure la mejoría de los servicios médicos.

En ese sentido, son importantes las quejas promovidas contra instituciones como el IMSS y el ISSSTE, ya que por el número de atenciones que diariamente brindan pueden generar en la población un sentir generalizado de satisfacción o de inconformidad sobre la calidad de los servicios médicos; por lo cual, durante 1998, fue necesario mantener una permanente supervisión de estos asuntos. De los resultados que se informen a la ciudadanía, se generará una base de confianza respecto a los servicios de la CONAMED.

Por ello, fue importante la firma de Bases de Colaboración con el IMSS en febrero de 1998, ya que permite a la CONAMED emitir opiniones, para modificar, en su caso, las resoluciones de la Comisión Bipartita, en aquellos asuntos en los que se encuentren discrepancias con el criterio que sustentó la resolución de improcedencia.

En ese sentido, al cierre del ejercicio se emitieron 39 dictámenes en los que la CONAMED consideró inadecuada la resolución de improcedencia, dictada por el IMSS, habiendo recibido al cierre del año respuesta en diecinueve casos, en los que dicha institución modifica su resolución declarando procedente la petición del quejoso. De estos dictámenes, 21 corresponden a atenciones brindadas en el interior de la República.

En cuanto al convenio interinstitucional de colaboración, será necesario insistir en el cumplimiento cabal de los compromisos asumidos por la CNDH, ya que si bien algunos asuntos de naturaleza médica se han turnado a la CONAMED, dicha institución se ha reservado algunos otros.

Asimismo, como producto de dicho convenio, las tareas de la CONAMED en cuanto a dictámenes médicos han aumentado considerablemente. Como se informó con anterioridad, durante el año se recibieron 403 solicitudes que constituyen un incremento de 184%, en relación con las 142 solicitudes formuladas en 1997, de lo que resulta una capacidad de respuesta del 66.5%, ya que sólo se concluyeron 268 dictámenes y quedan en proceso 182.

Lo anterior, nos lleva a formular, de nuevo, el esquema de atención de este tipo de solicitudes y a reforzar el área encargada de su elaboración, ya que de otra manera, el rezago que se genera podría limitar la calidad de este tipo de documentos en deterioro del auxilio que esperan las autoridades de procuración y administración de justicia, junto con las contralorías internas en las instituciones prestadoras de servicios médicos.

Para que las quejas sean debidamente evaluadas a la luz de la *lex artis* médica, se ha establecido, como parte fundamental del proceso, la elaboración de una valoración médica integral en todos los casos, totalmente sustentada desde el punto de vista técnico, elaborada en forma imparcial y autónoma. En éstas se incluyen los aspectos relevantes del caso clínico, su evaluación, el análisis de la atención médica proporcionada, con revisión de la bibliografía médica correspondiente, en los casos en que se considere necesario, y la aportación de la opinión de asesores externos especializados, para determinar, finalmente, si la atención médica proporcionada fue adecuada o no, de acuerdo al padecimiento que tenía el paciente, lo que orienta la conducta a seguir en la audiencia conciliatoria; o bien, para tener elementos objetivos para la elaboración de dictámenes u opiniones técnicas.

Con base en estos elementos, se procedió a elaborar una Opinión Técnica en relación con la atención médica que se proporcionó a un usuario en un hospital privado, desprendiéndose de ella diversas recomendaciones a la Secretaría de Salud, en su calidad de autoridad sanitaria, por lo que la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud practicó una visita de verificación médico sanitaria al establecimiento, donde se encontraron importantes irregularidades, que ponían en riesgo la salud de los usuarios, por lo que se instruyó el procedimiento administrativo conducente, concediéndose plazos para la corrección de las anomalías detectadas.

Otras dos Opiniones Técnicas se dirigieron también a unidades médicas privadas. El primero respondió que su Comité de Ética analizó las recomendaciones de CONAMED y aplicó sanciones al médico involucrado, estableciendo medidas para evitar desviaciones a la ética y práctica médica; mientras que, en el segundo de los casos, la Secretaría de Salud aplicó medidas de seguridad y estableció procedimiento administrativo ya que en la unidad se aplicaban terapias no autorizadas por la autoridad sanitaria.

...para que las quejas sean debidamente evaluadas a la luz de la *lex artis* médica, se ha establecido como parte fundamental del proceso la elaboración de una valoración médica integral en todos los casos, totalmente sustentada desde el punto de vista técnico, elaborada en forma imparcial y autónoma.

Asimismo, como resultado de una Opinión Técnica dirigida a una institución pública, la misma se comprometió a tomar las medidas preventivas y correctivas para que el personal responsable del egreso del binomio madre-hijo, especifique nítidamente en el expediente las condiciones del recién nacido y proporcione a la

madre información verbal y escrita de las indicaciones para su cuidado,incluyendo recomendaciones especiales para que acuda,en caso necesario,a su Unidad de Medicina Familiar u hospital general correspondiente.

Otro de los aspectos que interesan a la CONAMED,es la satisfacción del usuario de nuestros servicios,por lo que mediante formatos de encuesta,el usuario señala sus impresiones sobre la atención recibida y sus inquietudes o inconformidad con el manejo de su asunto en el área de Conciliación.Estas anotaciones son evaluadas por la Dirección General de Investigación y Métodos:al cierre del ejercicio ha resultado un índice de satisfacción del 88.5%,superior al del primer semestre del año que fue en más de tres puntos.

Los tiempos en que los prestadores de servicios médicos responden a los requerimientos de información,también son una preocupación de la CONAMED

para atender las quejas,cuya atención requiere los siguientes plazos:50.3 días en los asuntos del IMSS,19.2 días en los del ISSSTE,y 17 en los casos particulares.